Mark R. Greene

RIESGO Y SEGURO

COLECCION TEMAS DE SEGUROS

EDITORIAL MAPFRE

D68 -14

MAPFRE
BIBLIOTECA
DE
SEGUROS

E-2415
MI-7728
R-5831

Colección TEMAS DE SEGUROS

RIESGO Y SEGURO

MARK R. GREENE
Profesor de Seguros de la
Universidad de Georgia

EDITORIAL MAPFRE, S. A.
Avda. de Baviera, 10
MADRID-28

Título original: **Risk and Insurance.**

Traducción: **Hernán Troncoso Rojas.**

© South-Western Publishing Co., Cincinnati, Ohio, U.S.A. con cuya autorización se publica.

1.ª edición. Noviembre 1974.
2.ª edición. Octubre 1976.
3.ª edición. Julio 1979.

Depósito legal: M. 25.516-1979
I.S.B.N.: 84-7100-081-4

Impreso en España

Printed in Spain

EDITORIAL MAPFRE, S. A.—Avda. Baviera, 10.—MADRID-28

Impreso por MARIBEL, ARTES GRAFICAS.—Tomás Bretón, 51.—MADRID-7

PROLOGO

A LA EDICION ESPAÑOLA

La edición española de la presente obra significa la culminación de un largo proceso de trabajo que, aunque obvio cuando se trata de traducir, revisar o adaptar un texto escrito originariamente en otro idioma, adquiere en este caso una especial relevancia por su extraordinaria extensión.

Si grande ha sido la satisfacción que, como editores, ello ha representado para nosotros, mayor es aún la derivada de la propia calidad del libro que ahora publicamos, cuyo contenido abarca con enorme profundidad los más importantes aspectos de la institución aseguradora.

Así, la naturaleza del riesgo y su tratamiento —"risk management"—, la clasificación del seguro y de las entidades que lo practican, su distribución en el mercado consumidor, aspectos a considerar en la elección de asegurador, las funciones de éstos y el esquema de su organización empresarial, los principios básicos de la actividad aseguradora —interés asegurable, indemnización, subrogación y buena fe—, el contrato de seguro, modalidades básicas de cobertura —incendios y daños consecuenciales, transportes, responsabilidad civil, automóviles, crédito, vida, enfermedad y accidentes personales, seguros sociales, etc.—, el control estatal de la función aseguradora y la fijación del coste de ésta son, entre otras, cuestiones desarrolladas con entero rigor y precisión por el autor de esta obra, que nos atrevemos a calificar de enciclopédica.

Mark R. Greene es actualmente catedrático de Seguros de la Universidad de Georgia, a la que se incorporó en 1970. Previa-

mente, en la Universidad de Oregón, fue jefe del Departamento de Marketing, Seguros y Transportes y director del Centro de Estudios de Operaciones Internacionales. En 1960 fue designado presidente de la Asociación Americana de Riesgo y Seguro, corporación nacional de profesores de Seguros.

Desde hace varios años, el profesor Greene, es igualmente miembro del Comité de Moderadores del Seminario Internacional de Seguros (IIS), que agrupa a los altos directivos de las más importantes entidades aseguradoras de más de treinta países.

Es autor de numerosísimos artículos, ensayos, monografías y libros relacionados con la industria aseguradora. El presente, RIESGO Y SEGURO, uno de los más utilizados como libro de texto en los Estados Unidos, ya ha sido traducido al japonés; la versión española que ahora presentamos corresponde a la tercera edición original.

A Mark R. Greene, y a su editor norteamericano South-Western Publishing Co., que nos han autorizado la traducción y publicación en castellano, expresamos nuestro agradecimiento, deseando asimismo dejar constancia de nuestro ferviente deseo de que esta magna obra contribuya a un mayor conocimiento, entre los profesionales latinoamericanos y españoles, de la institución en que desarrollan sus actividades.

EDITORIAL MAPFRE

Prefacio

En la tercera edición de este texto, publicado originalmente en 1962 y revisado en 1968, se han hecho extensas revisiones. Los principales cambios afectan a lo siguiente: (1) Se actualiza toda la información; (2) se agrega otro capítulo que comprende las dimensiones internacionales del seguro; (3) se incluyen las nuevas formas de seguro de automóviles («no-fault system»), seguridad social y programas de seguro federal; (4) se agrega nuevo material sobre programación de seguro de vida y planificación de la propiedad, junto con tablas de interés en el Apéndice C; y (5) se vuelven a redactar varios capítulos que reflejan los adelantos del seguro. Por ejemplo, se agrega material nuevo sobre selección de aseguradores, rentas vitalicias variables y seguro de vida variable.

Se mantienen los objetivos iniciales del libro: (1) abarcar las ideas básicas, problemas y principios que afectan al seguro moderno y otros métodos de tratamiento del riesgo; (2) resaltar los elementos unificadores y fundamentales del riesgo y el seguro; y (3) provocar el estudio de los problemas del riesgo y seguro mediante preguntas que a menudo no pueden contestarse con afirmaciones tajantes y precisas extraídas directamente del texto.

Se mantiene un criterio básico en este libro: reconocer que una obra sobre riesgo y seguro es el máximum que llegarán a considerar los estudiantes de alto grado. Por ello se cubre casi todo el campo del seguro y se destacan los problemas básicos

ocasionados por el riesgo en el mundo, antes de proponer soluciones. De esta forma esperamos que el análisis del seguro sea más significativo para el estudiante que lo que sería la simple consideración de los contratos de seguro sin tener en cuenta los problemas que motivaron la necesidad básica de tales contratos. Se hace hincapié también sobre el sistema con que deben analizarse los contratos, para que el lector pueda aplicar su conocimiento a medida que se desarrollan nuevas pólizas y coberturas.

Hay muchas personas a quienes el autor está muy agradecido por su gentil ayuda y sugerencias al preparar esta tercera edición. Expreso también mi gratitud a aquellos profesores que tan generosamente dedicaron su tiempo a escribir cartas con ideas útiles para introducir los cambios necesarios y correcciones en este libro. Creo que la incorporación de estas sugerencias en el manuscrito ha mejorado en muchas formas el libro. Como resultado de esto, su contenido debiera ser más significativo para los estudiantes que persiguen un conocimiento científico del riesgo y el seguro. Debo extender mis agradecimientos muy especiales a mi secretaria, Linda Bazemore, que ha contribuido enormemente por el cuidado que ha puesto al transcribir algunas partes del manuscrito y revisar las pruebas.

Mark R. GREENE

Sumario

PARTE I - Naturaleza del riesgo y su responsabilidad — **Págs.**

CAPITULO 1.—CONCEPTOS SOBRE RIESGO Y SEGURO. 1
Definición de Riesgo ... 2
Grado de Riesgo ... 4
Riesgo y Probabilidad ... 5
El Riesgo Objetivo y la Ley de Grandes Números ... 6
La Carga del Riesgo ... 9
Riesgo, Azar y Peligro ... 11
Clases de Riesgos ... 11
Riesgo Puro frente a Riesgo Especulativo ... 13
Tratamiento del Riesgo ... 15
Tratamiento del Riesgo Subjetivo ... 20
Resumen ... 22
Preguntas de revisión ... 23

CAPITULO 2.—PROBABILIDAD, RIESGO Y SEGURO ... 27
Probabilidad ... 28
Riesgo del Asegurador ... 41
Los Riesgos del Individuo ... 52
Análisis de Utilidad del uso del Seguro ... 53
Resumen ... 61
Preguntas de revisión ... 64

CAPITULO 3.—TRATAMIENTO DEL RIESGO EN EL SEGURO ... 71
El crecimiento del Seguro ... 71
Definición del Seguro ... 73

Págs.

Requisitos de los Riesgos Asegurables 75
Tipos de Riesgos 80
Seguro y Juego de Azar 82
El Seguro y la Especulación 83
Valores sociales y económicos del Seguro 86
Costos Sociales del Seguro 91
Resumen 93
Preguntas de revisión 94

CAPITULO 4.—EL SEGURO Y LA GERENCIA DEL RIESGO 99
¿Qué es la Gerencia del Riesgo? 100
Desarrollo de la Gerencia del Riesgo 101
Estimación de las Pérdidas 109
El manejo de los Riesgos no Asegurados 111
La decisión del Autoseguro 115
La Gerencia del Seguro Comercial 125
La Administración del Programa de Gerencia del Riesgo 132
Resumen 140
Preguntas de revisión 141

PARTE II-La Institución de Seguro

CAPITULO 5.—CLASES DE ASEGURADORES Y SUS SISTEMAS DE COMERCIALIZACION 147
Condiciones que favorecen el crecimiento del Seguro. 148
Campo del Seguro 152
Importancia de las principales Líneas de Seguro ... 154
Clases de Aseguradores Privados 159
Canales de distribución en materia de Seguros 167
Resumen 176
Preguntas de revisión 177

CAPITULO 6.—SELECCION DE ASEGURADOR 181
Selección de Aseguradores de Responsabilidad Civil-Propiedad 182
Selección de Aseguradores de vida 196
Resumen 208
Preguntas de revisión 209

Págs.

CAPITULO 7.—FUNCIONES Y ORGANIZACION DE LOS ASEGURADORES 213
Funciones de los Aseguradores 213
Organización interna de los Aseguradores 224
El Movimiento de Fusión 232
Organización externa de los Aseguradores 238
Resumen 245
Preguntas de revisión 247

PARTE III-Fundamentos de los contratos de seguros

CAPITULO 8.—PRINCIPIOS LEGALES DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS 251
Principio del Interés Asegurable 251
Principio de Indemnización 255
Principio de Subrogación 256
Principio de la máxima Buena Fe 259
Características legales propias de los Contratos de Seguro 265
Poderes Legales de los Agentes de Seguro 273
Resumen 279
Preguntas de revisión 280

CAPITULO 9.—ELEMENTOS COMUNES A LA MAYORIA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO 285
El Convenio de Seguro 285
Riesgo estipulado frente a Todo Riesgo 286
Definición del Asegurado 287
Cobertura de Terceros 288
Riesgos Excluídos 289
Pérdidas Excluídas 291
Bienes Excluídos 292
Situaciones Excluídas 293
Cláusulas que limitan los pagos a efectuar 293
Condiciones comunes de las Pólizas 303
Resumen 308
Preguntas de revisión 309

Págs.

PARTE IV-Principales contratos de seguros sobre propiedad y responsabilidad

CAPITULO 10.—SEGURO DE INCENDIO Y COMBINADOS ... 315
El peligro del fuego ... 315
Póliza Standard de Incendio ... 319
Tipos de seguro de Incendio y Combinados ("Multiple-Lines") ... 334
Resumen ... 352
Preguntas de revisión ... 353

CAPITULO 11.—SEGUROS SOBRE DAÑOS INDIRECTOS. 359
Características fundamentales de los Daños Indirectos ... 359
Clasificación de los contratos sobre Daños Indirectos. 361
Contratos que consideran el Factor Tiempo ... 361
Contratos que no consideran el Factor Tiempo ... 375
Resumen ... 379
Preguntas de revisión ... 380

CAPITULO 12.—SEGURO DE TRANSPORTES ... 385
Los peligros del transporte ... 386
La responsabilidad del porteador ... 387
Seguro de Transporte Marítimo ... 390
Seguros de Transporte Terrestre ... 402
Resumen ... 406
Preguntas de revisión ... 407

CAPITULO 13.—SEGUROS FLOTANTES ... 413
Seguro sobre la Propiedad Flotante. Personal ... 414
Seguro sobre la Propiedad Flotante. Negocios ... 420
Resumen ... 432
Preguntas de revisión ... 433

CAPITULO 14.—EL RIESGO DE RESPONSABILIDAD ... 437
El Derecho básico sobre la negligencia ... 438
Agravios ... 439
El acto negligente ... 439
Defensas ... 442

Págs.

Tendencia hacia la Responsabilidad Absoluta ... 445
Responsabilidad del patrono ... 451
Responsabilidad de arrendadores y arrendatarios ... 453
Responsabilidad de Productos ... 456
La responsabilidad Profesional ... 459
Responsabilidad por actos de los Agentes ... 463
Responsabilidad de los dueños y conductores de automóviles ... 464
Otras Responsabilidades ... 468
Resumen ... 469
Preguntas de revisión ... 471

CAPITULO 15.—CONTRATOS DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL ... 479
Principales clases de contratos de Seguros de Responsabilidad Civil ... 480
Algunos elementos comunes a todos los Contratos de Seguros de Responsabilidad Civil ... 481
Seguro de Responsabilidad Comercial ... 488
Seguro de Responsabilidad Profesional ... 497
Seguro de Responsabilidad Personal ... 502
Resumen ... 505
Preguntas de revisión ... 507

CAPITULO 16.—SEGURO DE AUTOMOVILES ... 515
El alto coste de los Accidentes de Automóvil ... 516
Necesidad del Seguro ... 523
La Póliza Familiar de Automóviles (PAF) ... 523
El Seguro del Automóvil y la Ley ... 538
Resumen ... 556
Preguntas de revisión ... 559

CAPITULO 17.—SEGURO CONTRA EL FRAUDE Y LOS FALLOS HUMANOS ... 565
Pérdidas debidas al robo ... 565
Tratamiento del riesgo por delitos ... 570
Seguros contra fraudes y otras garantías ... 574
Seguro contra robo, atraco y hurto ... 580
Resumen ... 585
Preguntas de revisión ... 587

Págs.

CAPITULO 18.—SEGURO Y GARANTIAS DE SERVICIO. 593
Seguro de Crédito ... 594
Seguro de Títulos ... 603
Seguro de calderas y maquinaria ... 606
Seguro de lunas y cristales ... 611
Resumen ... 612
Preguntas de revisión ... 614

PARTE V-Seguro de vida y salud

CAPITULO 19.—NATURALEZA Y ALCANCE DE LA PERDIDA DE LOS VALORES HUMANOS ... 619
Los valores de la vida ... 619
Muerte prematura ... 621
Pérdida de la salud ... 632
Vejez ... 639
Resumen ... 644
Preguntas de revisión ... 646

CAPITULO 20.—EL SEGURO DE VIDA ... 651
¿Qué es el Seguro de Vida? ... 651
Clases de pólizas más importantes ... 657
Resumen ... 671
Preguntas de revisión ... 672

CAPITULO 21.—ESTIPULACIONES CONTRACTUALES DEL SEGURO DE VIDA ... 677
Cláusulas de no Confiscación ... 677
Cláusulas de Liquidación ... 680
Cláusulas que protegen al asegurado y al beneficiario ... 685
Otras disposiciones contractuales ... 689
Estipulaciones sobre el Seguro de Vida Popular ... 694
Resumen ... 699
Preguntas de revisión ... 700

CAPITULO 22.—ANUALIDADES, SEGURO DE VIDA Y PLANIFICACION DEL PATRIMONIO ... 707
Concepto de Anualidad ... 707
Clases y usos de Anualidades ... 709

Págs.

Seguro de Vida y Planificación del Patrimonio ... 713
Ejemplo de Planificación del Patrimonio ... 718
Seguro de Vida, Anualidades e Inflación ... 726
Resumen ... 742
Preguntas de revisión ... 743

CAPITULO 23.—SEGURO DE ENFERMEDAD ... 749
Clases de Seguro de Enfermedad ... 749
Métodos de pago por Pérdida de la Salud ... 752
Distribución de la Cobertura ... 753
Estipulaciones comunes de los Contratos Individuales de Seguro de Enfermedad ... 754
Seguro de Enfermedad de Grupo ... 767
Principales problemas del Seguro de Enfermedad ... 772
Resumen ... 776
Preguntas de revisión ... 778

CAPITULO 24.—SEGURO SOCIAL ... 785
Definición del Seguro Social ... 786
Teoría del Seguro Social ... 786
Definición del Seguro Social ... 786
Teoría del Seguro Social ... 786
Seguro de Vejez, de Supervivencia, de Incapacidad y de Salud ... 794
Seguro de Accidentes de Trabajo ... 802
El problema del desempleo y el Seguro ... 810
Leyes de Incapacidad Temporal ... 817
Resumen ... 819
Preguntas de revisión ... 821

PARTE VI-Reglamentación gubernamental del seguro

CAPITULO 25.—CONTROL DEL GOBIERNO Y COMPETENCIA EN EL SEGURO ... 827
¿Por qué se reglamenta el Seguro? ... 827
Antecedentes de la Reglamentación ... 829
Reglamentación Federal frente a Reglamentación Estatal ... 832
Responsabilidades del Departamento de Seguros ... 834

	Págs.
Leyes de Seguros Diversas	840
Impuestos en Seguros	843
Competencia del Gobierno en el Seguro	844
Resumen	852
Preguntas de revisión	853
CAPITULO 26.—LOS PROBLEMAS EN EL PRECIO	859
La Composición de la Prima	859
Criterios para una Tarificación correcta	860
Métodos de Tarificación	864
Ejemplos de Planes de Tarificación de Mérito	871
La Tarificación en el Seguro de Vida	880
La Tarificación en otros Seguros	889
Resumen	890
Preguntas de revisión	892
CAPITULO 27.—ANALISIS FINANCIERO DE LOS ASEGURADORES	899
El Balance	900
Problemas que se derivan de las Reservas para Primas no Devengadas	904
Reservas para Pérdidas	913
Reservas en Seguros de Vida	921
Resumen	929
Preguntas de revisión	930
PARTE VII-Seguro internacional	
CAPITULO 28.—PROBLEMAS DEL SEGURO INTERNACIONAL	937
Crecimiento del comercio mundial	937
Instituciones Internacionales de Seguro	939
Problemas legales a nivel Internacional	945
Diferencias con las condiciones de Seguros en el Exterior	949
Planificación de los beneficios de los empleados en el Extranjero	954
Seguro de Exportaciones e Inversiones en el Extranjero	958

	Págs.
Resumen	966
Preguntas de revisión	968
APENDICE A.—CLASIFICACION "BEST" DE ASEGURADORES DE PROPIEDAD Y DE RESPONSABILIDAD	971
APENDICE B.—CLASIFICACION "BEST" DE ASEGURADORES DE VIDA	977
APENDICE C.—TABLAS DE INTERESES	979
APENDICE D.—BIBLIOGRAFIA	991

1

Conceptos sobre Riesgo y Seguro

El riesgo, que se define como la incertidumbre de la pérdida, es universal en cuanto plantea a los individuos un problema en cada etapa de su vida. Los estudiantes, cabezas de familia, hombres de negocios, empleados, viajeros, inversionistas y agricultores, todos deben enfrentarse al riesgo y a los medios de tratarlo. Si hay certeza de que se incurrirá en un coste o pérdida, puede planearse y tratarse anticipadamente como un gasto conocido y concreto. Cuando el riesgo se convierte en un problema importante es cuando hay incertidumbre de que tal coste o pérdida ocurra.

Para ilustrar la universalidad del riesgo, considere brevemente los medios en que éste llega a ser un problema para una firma comercial corriente. Primero, hay riesgo de pérdida del activo de la firma y de su capacidad de pago a causa de la destrucción o pérdida de su planta, u otra propiedad, debida a incendio, tormenta, etc. Estos peligros o sucesos pueden ocurrir o no, pero la posibilidad de su existencia y los efectos subsiguientes no pueden ser pasados por alto por un gerente prudente de cualquier firma.

Segundo, el negocio entraña riesgos de pérdidas por actos casuales que originen daños a terceros, de los que se derive una responsabilidad legal. Tercero, el negocio se enfrenta a riesgos de mercado; el gerente puede juzgar mal los deseos de los consumidores al fabricar productos que se vendan sólo con pérdida. Puede tener también pérdidas por deudas impagadas, por pro-

paganda en medios inadecuados o por selección de canales de distribución deficientes.

Cuarto, el negocio supone riesgos de producción. Las pérdidas pueden ocurrir por defectos de maquinaria, control inadecuado de calidad, mal tiempo, trabajo ineficiente o uso de materiales defectuosos. Quinto, el negocio encara riesgos sociales; acontecimientos tales como huelgas, motines, conmoción civil, leyes que entorpecen operaciones comerciales, inflación monetaria y sucesos políticos que restringen la actividad comercial, son causa de posibles pérdidas.

Sexto, el negocio origina riesgos financieros. Las ventas diferidas pueden reducir el flujo de caja y por tanto causar una posible quiebra. Las inversiones pueden ser deficitarias. Los préstamos necesarios para mantener el negocio en funcionamiento pueden ser denegados, obligando a la firma a usar otros recursos crediticios cuyas condiciones o tipos de interés sean onerosos.

Por todo ello, no es sorprendente que la mayoría de las personas trate de evitar el riesgo lo más posible o reducir sus consecuencias negativas, pero desgraciadamente no todo riesgo puede disminuirse o evitarse. Con el fin de progresar en la maximización de nuestra defensa respecto a los efectos adversos del riesgo, debemos estudiar el tema científicamente, aprender más sobre la naturaleza específica de las diferentes clases de riesgo y encontrar los medios de tratarlo más efectivamente.

DEFINICION DE RIESGO

En lenguaje común, la palabra riesgo se usa en muchas formas diferentes, refiriéndose varias veces a la incertidumbre en general, a la duda, a un objeto asegurado o a la probabilidad de pérdida. En este libro, no obstante, riesgo se define como la incertidumbre que existe de que un suceso pueda ocurrir. Generalmente, nos referimos al suceso que ocasiona una pérdida económica, o un reparto involuntario de valor. La pérdida económica puede tomar varias formas, tales como pérdida de la propiedad por peligros físicos, tales como incendios, tornados o explosión. Puede ser la muerte prematura de un hombre clave de una empresa comercial, o el que sustenta a una familia. Puede ser la consecuencia de un juicio para recuperar daños ocasionados por algún acto culpable. Cualquiera que sea su forma, el riesgo de pérdida económica es algo que la mayoría de la

gente desea evitar. Por lo tanto, es especialmente importante tener un conocimiento claro de su naturaleza.

El riesgo puede clasificarse según sea objetivo o subjetivo. Consideremos un suceso cuya probabilidad de acontecimiento sea conocida por una persona, pero desconocida para la otra. Por ejemplo, «A» es un jugador de póker experimentado y sabe que la probabilidad de sacar un as para su escalera en la próxima vuelta es muy reducida, debido a que ha observado que ya han salido tres ases. «B», por otro lado, que también trata de completar su escalera, ha omitido observar este hecho y se encuentra con una gran incertidumbre de lo que debe hacer. La probabilidad real de cualquiera de los dos jugadores de sacar un as es la misma, pero cada uno tiene una actitud diferente hacia la posibilidad, por sus diferentes grados de conocimiento. «A» se da cuenta de que si tuviera que enfrèntarse con una situación idéntica muchas veces, su posibilidad de sacar la carta precisa sería, por ejemplo, de 1:13. «A» es un jugador calculador, frío, y lo único que influye en él es el conocimiento de lo que ocurra durante el tiempo en que juegue. Podemos decir que el tipo de riesgo con el cual se enfrenta se podría medir y determinar objetivamente; «A» está tratando con un riesgo objetivo. «B», no conociendo las diferencias, basa su comportamiento en otros aspectos, tales como su fe en la buena suerte, su habilidad de engañar, su ánimo en el momento, y otras circunstancias subjetivas. Podemos decir que la clase de riesgo con que «B» se enfrenta se determina subjetivamente; se trata de un riesgo subjetivo.

Riesgo objetivo

El riesgo objetivo, pues, puede definirse como la variación relativa entre pérdida real y pérdida probable. En este libro nos ocuparemos principalmente de la escala de variabilidad de las pérdidas económicas sobre el promedio de pérdida a largo plazo (más probable), en un grupo suficientemente grande que permita analizarlo significativamente en un sentido estadístico. Por ejemplo, un asegurador, al observar antecedentes antiguos, encuentra que en un grupo de 100.000 casas hay un promedio de 100 pérdidas por incendio cada año. El asegurador naturalmente se preocupará por saber si el número real de pérdidas que experimentará será exactamente 100 ó cualquier otro, como 95 ó 105. Si puede tener «el 95 por 100 de seguridad» de que la variación no pasará de entre 95 y 105, puede cotizar una

prima. Si la variación es posible que sea de 80 a 120, debe cotizar una prima más alta porque el riesgo objetivo es mayor. Para el asegurador, la variación probable de pérdidas reales promedio (pérdida probable) es la medida del riesgo objetivo. Puede expresarse en la siguiente forma:

$$\text{Riesgo objetivo} = \frac{\text{Variación probable entre pérdidas efectivas y probables}}{\text{Pérdidas Probables}}$$

Riesgo subjetivo

Un riesgo subjetivo puede definirse como una incertidumbre psicológica que proviene de la actitud o estado del individuo [1]. Generalmente, el riesgo subjetivo no está sujeto a medidas precisas, aunque se han hecho algunos intentos en este sentido (ver Capítulo 2). Una persona puede estar sujeta a un riesgo objetivo importante, pero no tener riesgo subjetivo, porque no tiene conocimiento del peligro o subestima el riesgo verdadero. En cambio, una persona puede tener poco riesgo objetivo pero gran riesgo subjetivo, porque exagera la probabilidad de pérdida o le persigue un temor o preocupación indebida.

GRADO DE RIESGO

¿Qué significa «alto grado» de riesgo o «bajo grado» de riesgo? No es correcto decir que el riesgo es alto cuando es muy probable o casi cierto que ocurrirá una pérdida, pues en este caso aunque hay muy poca incertidumbre de que la pérdida ocurra, realmente el grado de riesgo puede ser muy bajo. Por el contrario, aunque sea casi imposible que una pérdida ocurra, porque sus posibilidades sean de una entre un millón, es incorrecto decir que el riesgo es bajo, pues uno nunca sabe si la pérdida le ocurrirá o no.

Por ejemplo, supongamos que Jack Smith regresa a su apartamento una mañana y siente olor a humo. Su casa está ardiendo. Se da cuenta súbitamente que no tiene póliza de incendios, por lo que de inmediato llama a su agente de seguros y le dice «Cúbreme». El Agente le dice, «Lo siento Jack, no podemos asegurar un edificio ardiendo». ¿Rechazó el Agente el riesgo porque era muy alto? De ninguna manera. En este ejemplo no hay ningún riesgo, porque no había ninguna incertidumbre en cuanto a la pérdida. La pérdida ya había ocurrido. Más aún; hay muy poco riesgo en que ocurra más daño antes que lleguen los bomberos. El agente no puede comprometer a su asegurador en una situación como ésta. Como este ejemplo, que parece tan obvio, hay muchos casos similares cada año en que personas buscan seguro sobre un suceso que están ciertos que causará pérdidas. Han dejado de distinguir entre un suceso que está sujeto a riesgo y un suceso que es *probable.*

[1] Algunos escritores usan la palabra «incertidumbre» como sinónimo de riesgo subjetivo, según se define aquí.

RIESGO Y PROBABILIDAD

Es necesario distinguir cuidadosamente entre riesgo y probabilidad. Muchos errores simples surgen en el tratamiento del riesgo, debido a desconocer la diferencia entre ambos conceptos. Como se expondrá en el Capítulo 2, la probabilidad se refiere a posibilidad de acontecimiento a largo plazo, o frecuencia relativa, de algún suceso. Los aseguradores están particularmente interesados en la probabilidad o riesgo de pérdida, y más concretamente en la probabilidad de que ocurra algún peligro que cause una pérdida a uno de entre un conjunto de objetos asegurados. Actualmente, la probabilidad tiene poco significado si se aplica a la posibilidad de acontecimiento de un solo evento; su importancia se plantea sólo cuando se aplica a la probabilidad de que ocurra un gran número de sucesos.

El riesgo, a diferencia de la probabilidad, es un criterio de variación relativa. Nos referimos aquí particularmente al riesgo objetivo. Como decíamos más arriba, el riesgo objetivo puede medirse significativamente sólo en relación a un grupo suficientemente grande para analizarlo en un sentido estadístico. Si el grupo de objetos es muy pequeño, el grado de probable variación es muy grande y puede ser infinita en lo que se refiere al asegurador. Puede ser, por ejemplo, que haya 1.000.000 de personas de edad de 25 años en un cierto sector de la economía y se predice por experiencia anterior que 3.000 de ellos morirán en un período de tiempo determinado. La probabilidad de pérdida es, pues, de 0,003. Un individuo puede interesarse en el riesgo por si se encuentra entre los 3.000 que se supone mori-

rán. Un asegurador que tiene 10.000 personas cubiertas bajo contratos de seguro de Vida puede tener interés en el riesgo de que un cierto número de ellos, distinto del número probable, digamos treinta, morirán dentro de un período de tiempo determinado. Claramente la probabilidad de muerte es la misma, con independencia del punto de vista en que cada uno hable. El riesgo, sin embargo, es muy diferente para el asegurador y el asegurado.

La razón de por qué el riesgo es diferente se comprende casi intuitivamente al reconocer que la «Ley de los grandes números» opera en el caso del asegurador, pero no en el caso del asegurado. La citada ley —básica en matemáticas— dice que mientras el número de unidades de riesgo aumenta, más seguro es que la experiencia de pérdida efectiva sea igual a la experiencia de pérdida probable. De ahí que el riesgo disminuye a medida que aumenta el número de unidades.

El individuo muy pocas veces tiene a su alcance un número suficiente de unidades que reduzcan significativamente el riesgo por medio de la operación de la «Ley de los Grandes Números». Sin embargo, puede agruparse con otros individuos y obtener esta ventaja. Básicamente, el mecanismo del seguro es un medio por el cual la tarea de agrupación puede cumplirse efectivamente.

EL RIESGO OBJETIVO Y LA LEY DE GRANDES NUMEROS

La Ley de los Grandes Números tiene un valor práctico para el asegurador, que, en muchos casos, puede reducir el riesgo hasta el punto de fuga, al obtener un número siempre mayor de unidades en su grupo asegurado.

Efecto de los números expuestos en el riesgo objetivo

Para ilustrar el efecto del número expuesto en el riesgo objetivo, supóngase que un asegurador tiene solamente 100 automóviles en un grupo asegurado y que la probabilidad de pérdida por colisión es 0,20 al año. Por regla general, el asegurador puede esperar 20 colisiones por año. Sin embargo, con sólo 100 autos, la variación del término medio puede ser muy grande. En realidad, puede demostrarse que bajo ciertas conjeturas

matemáticas (véase Capítulo 2 para mayor desarrollo de este punto), hay una probabilidad de 1 sobre 3 de que el número de colisiones exceda en 4 al término medio, y un 5 por 100 de probabilidad de que las colisiones excedan en 8 el término medio. Una variación de 8 sobre el número promedio 20 es un 40 por 100 (8/20). El asegurador puede no desear aceptar tanto riesgo. Sin embargo, si el número de autos asegurados se aumenta a 900, el riesgo sería tal que habría sólo una posibilidad del 5 por 100 de que las pérdidas reales excedieran el promedio de pérdidas hasta 24. Puesto que 900 autos tendrían un promedio de pérdidas de 180, una variación de 24 eleva a 13 1/3 el porcentaje de variación o a un tercio de la variación experimentada con 100 autos. Los resultados pueden resumirse como sigue:

$$\text{Riesgo objetivo} = \frac{\text{Variación probable en pérdidas}}{\text{Pérdidas probables}}$$

Probabilidad de pérdida de colisión = 20 %

100 autos	900 autos
$\frac{8}{20} = 40\ \%$	$\frac{24}{180} = 13\ 1/3\ \%$

Aumentando en nueve veces el número del grupo asegurado, el riesgo se reduce a un tercio de su nivel anterior. Esto ilustra un punto fundamental. Bajo supuestos matemáticos dados, permaneciendo iguales los demás factores, el riesgo objetivo varía inversamente a la raíz cuadrada del número de riesgos. En el caso anterior la raíz cuadrada del número de unidades de riesgos aumentó de 10, en el primer caso, a 30 en el segundo caso (tres veces), mientras que el riesgo declinaba en un tercio de su nivel anterior.

Efectos de la probabilidad sobre el riesgo objetivo

En el ejemplo anterior, se supuso que la probabilidad fundamental de pérdida no variaba. Ahora podríamos averiguar qué sucedería al riesgo objetivo si la probabilidad de pérdida variara pero el número de unidades de riesgos permaneciera igual.

¿Cuál es la relación del riesgo objetivo frente a la probabilidad? En primer lugar, uno podría creer que a mayor probabilidad, mayor riesgo. Sin embargo, esto no es exacto. Más bien, lo contrario es verdadero, porque mientras aumenta la probabilidad, la variación entre los promedios de pérdidas y las

pérdidas probables tiende a disminuir, suponiendo un número constante de unidades de riesgos asegurados.

Para ilustrar esto supongamos que hay dos empresarios, *A* y *B*, cada uno con 10.000 empleados, y se desea asegurar a éstos contra el peligro de accidentes del trabajo de los trabajadores. El empresario *A* desarrolla una actividad «segura», y la probabilidad de daño por invalidez en su fábrica es 0,01. El empresario *B* tiene una ocupación «peligrosa», y la probabilidad de lesión que cause invalidez es 0,25. A la larga, el empresario *A* puede esperar 100 lesiones por accidentes al año, frente a 2.500 del empresario *B*. Hay un 95 por 100 de probabilidad de que la variación probable en daños en *A* no exceda de 20, mientras que en *B* la variación probable no excederá de 275 [2]. Así, el riesgo objetivo en la situación *A* es de 20/100 ó 20 por 100, comparado con 275/2.500 u 11 por 100 para *B*. El principio, pues, surge: *el riesgo objetivo varía en sentido inverso a la probabilidad para cualquier número constante de unidades de riesgos.* Esta ley es un corolario de la de los Grandes Números, indicada más arriba.

---

[2] Asumiendo ciertas propiedades matemáticas en la distribución de las pérdidas. Ver capítulo 2 para mayor detalle. Por supuesto, son posibles otras definiciones de riesgo objetivo. Por ejemplo, Fikry Gahin y Jerry L. Jorgensen han definido el riesgo en la fórmula

$$R = \frac{1 + X(\sqrt{N} - 1)}{\sqrt{N}}$$

donde R es el coeficiente de riesgo, N es el número de unidades de riesgo, y X es la proporción esperada de pérdidas en un tipo de riesgo determinado. La proporción de pérdida es una estimación de probabilidad. Según esta definición, la fórmula indicaría que el riesgo varía inversamente a la raíz cuadrada del número de unidades de riesgo, pero directamente a la probabilidad de pérdida. El concepto de riesgo objetivo tratado en este libro considera el riesgo que varía inversamente con la probabilidad, debido a que se estima que a medida que un suceso llega a ser más cierto que suceda, hay menor riesgo y el suceso que produce la pérdida llega a ser progresivamente menos susceptible de cobertura por medio del seguro (ver capítulo 3). Lo contrario es cierto cuando la probabilidad de pérdida disminuye. La fórmula de Gahin y Jorgensen da una visión más lógica del riesgo subjetivo, puesto que la mayoría de la gente probablemente tienda a preocuparse más mientras aumenta la probabilidad de pérdida y de preocuparse menos cuando ésta decae. Fikry Gahin y Jerry L. Jorgensen, «The Theory of Risk and Insurance. An Alternate Approach» (La teoría de riesgo y seguro. Un enfoque alternativo). Documento presentado al Seminario de Teoría de Riesgos de la American Risk and Insurance Association, St. Louis, 1971).

Resumiremos ahora las dos más importantes aplicaciones de la Ley de los Grandes Números en cuanto afectan al riesgo objetivo:

1. A medida que aumenta el número de unidades de riesgo en un grupo asegurado, el riesgo objetivo disminuye. Concretamente, el riesgo objetivo varía inversamente a la raíz cuadrada del número de unidades de riesgo, si permanecen inalterables los demás factores.

2. A medida que aumenta la probabilidad de pérdida, el riesgo objetivo disminuye. En general, la tasa de disminución en el riesgo objetivo es menos que proporcional a la tasa de aumento de la probabilidad de pérdida.

De este análisis, el lector puede erróneamente llegar a la conclusión que un asegurador cobraría una prima más baja conforme aumenta la posibilidad de pérdida, debido al menor riesgo. Por supuesto que no es ése el caso. Básicamente, es la probabilidad de pérdida la que determina el importe de prima a cobrar en cada situación. Sin embargo, si el asegurador tuviera tan pocas probabilidades de pérdida en su grupo asegurado que no pudiera conocer cuáles serían éstas —i. e. su riesgo objetivo es alto— se inclinaría a asumir lo peor y calcularía el coste de la cobertura basado en el peor resultado posible. En efecto, el asegurador determina el precio basado tanto en el riesgo como en las pérdidas esperadas. En el caso de que el asegurador pueda lograr un grupo lo suficientemente grande de asegurados como para poder reducir o eliminar su riesgo objetivo, el precio del riesgo disminuye enormemente.

Frecuentemente, se le pide al asegurador que ofrezca cobertura sobre una sola unidad de riesgo. En tal caso, la ley de los Grandes Números no es de ayuda para el asegurador, que debe confiar en su propio criterio y cotizar una tasa basada en sus actitudes subjetivas frente al riesgo. En tal circunstancia, el riesgo puede adecuadamente considerarse como riesgo subjetivo.

LA CARGA DEL RIESGO

La idea de soportar y asumir el riesgo es para algunos un verdadero tormento. No obstante, lo que estos individuos tienen en mente, generalmente, es la incertidumbre de obtener una utilidad

o una ganancia, y no la de incurrir en pérdidas desastrosas. En este libro nos referimos a esta última clase de incertidumbre. Reconociendo que el asumir un riesgo lleva consigo la posibilidad de pérdida tanto como de ganancia, la mayoría de los individuos buscan constantemente los medios de evitar lo primero en la forma más eficiente posible, sin descartar la posibilidad de ganancia.

¿Cómo puede el riesgo crear un gravamen económico? Lo hace en varias formas. En primer lugar, al asumir un riesgo se necesita establecer un fondo de reserva para pagar las pérdidas cuando éstas ocurran. Dicho fondo de reserva, si no se usara para este fin, podría emplearse de otro modo, presumiblemente con mayor rentabilidad que la de un depósito a la vista o una inversión a bajo interés, de forma que sea fácilmente convertible en efectivo.

En segundo lugar, la existencia del riesgo no sólo aumenta el costo a la Sociedad de ciertos servicios, sino que también puede privar por completo a ésta de servicios «demasiado arriesgados» para garantizar la inversión de ahorros. Hay, en general, una merma de «riesgo de capital» en todas las naciones, en que la mayoría de los inversionistas prefieren mayor o menor grado de seguridad. Esta actitud quedó reflejada en una frase atribuida a Mark Twain, quien comentaba que él estaba más interesado en el retorno *de* su dinero que en el retorno *sobre* su dinero. En otras palabras, porque hay diversos grados de riesgo en una empresa comercial, cuanto más arriesgada es la aventura, mayor es el retorno o beneficio que se promete a los inversionistas; por lo tanto, es más costoso así el servicio particular para la Sociedad. Y si el riesgo es demasiado grande, el servicio puede llegar a eliminarse por completo.

Dos ejemplos ilustrarán el gravamen del riesgo. Durante cientos de años en los comienzos de la historia de los Estados Unidos, el oeste de la nación quedó sin poblar, a pesar de existir grandes recursos naturales y riqueza potencial. El riesgo era muy alto, y enormes las dificultades físicas para los pobladores. Sólo cuando se construyeron los ferrocarriles y se estableció la Ley se redujo el riesgo lo suficiente como para estimular la colonización en gran escala. Otro ejemplo del gravamen del riesgo se encuentra en los experimentos hechos sobre los usos de la energía atómica en tiempos de paz. Aun las más grandes compañías, antes de hacer inversiones sustanciales en este campo, han solicitado protección contra la responsabilidad que pudiera corresponderles a consecuencia de reclamaciones por daños atómicos.

Un gravamen adicional del riesgo es la intranquilidad mental que lo acompaña. Una de las más grandes aspiraciones humanas es lograr seguridad. La sensación de seguridad parece necesaria para que la Sociedad pueda funcionar eficientemente y realizar logros creativos. Mientras una Sociedad esté forzada a gastar la mayor parte de sus recursos luchando contra sus enemigos o contra los elementos de supervivencia, se la considera como relativamente primitiva. La misma generalización se aplica a un individuo. Esto, tal vez, explica por qué el hombre lucha tanto por conseguir la civilización avanzada y por cultivar una atmósfera de seguridad en que pueda expresarse la creatividad y pueda lograrse la abundancia relativa.

RIESGO, AZAR Y PELIGRO

Las personas usan con frecuencia los términos «arriesgado», «azaroso» y «peligroso», sinónimamente. A efectos de claridad, el significado de estas palabras debiera distinguirse cuidadosamente.

Un *peligro* puede definirse como una contingencia que puede causar una pérdida, y *azar* es la condición que origina o aumenta la probabilidad de pérdida por un peligro. Ambos términos están íntimamente relacionados con la probabilidad de que exista un riesgo. Por ejemplo, uno de los peligros que puede causar la pérdida de un vehículo es la colisión. Una condición que hace que ocurran colisiones con más probabilidad es una calle resbaladiza. La calle resbaladiza a causa del hielo es el azar y la colisión es el peligro. En invierno, la *probabilidad* de colisión es mayor debido a la existencia de calles con hielo. En tal situación, el *riesgo* de pérdida no es necesariamente ni más alto ni más bajo, puesto que hemos definido el riesgo como la incertidumbre que resultará en la práctica de una probabilidad subyacente.

CLASES DE RIESGOS

En el párrafo anterior, el azar o caso fortuito se definió como la condición que introduce o aumenta la probabilidad de pérdida por un peligro. Esta definición puede también ampliarse para incluir las condiciones que hacen que un daño sea mayor,

una vez que el peligro ha ocurrido y causado una pérdida. ¿Cuáles son las diversas clases de casos fortuitos en que no sólo aumenta la probabilidad de pérdida, sino también su intensidad una vez que ocurre? Aun cuando se han usado muchas clasificaciones, parece que hay sólo las tres clases básicas que se exponen a continuación:

Riesgo físico

Riesgo físico es la condición proveniente de las características físicas de un objeto, que aumenta la probabilidad y la importancia de la pérdida ocasionada por peligros determinados. En este sentido cabe hablar de fenómenos tales como la existencia de bosques secos (riesgo de incendio), defectos geológicos (riesgo de terremotos) o icebergs (riesgos para la navegación). Dichos supuestos pueden o no estar bajo control del hombre. Muchos riesgos de incendio, por ejemplo, pueden controlarse, adoptando medidas preventivas como la prohibición de fogatas en los bosques durante épocas secas. Algunos riesgos, sin embargo, no pueden controlarse: —poco puede hacerse para prevenir o controlar masas de aire que producen tormentas oceánicas.

Riesgo moral

Un riesgo moral proviene de la actitud mental del asegurado. Debido a la indiferencia a la pérdida, o, directamente al deseo de que ésta ocurra, el individuo la ocasiona o intencionadamente no hace nada para prevenir su ocurrencia o para disminuir su intensidad.

Estos riesgos morales son típicos de individuos cuyos antecedentes de deshonestidad o indiferencia son conocidos. Dichos riesgos suelen existir en situaciones en que las propiedades no son de utilidad y puede existir un interés en «vender el edificio a la compañía de seguros». Todo asegurador sabe que los siniestros de incendios son muy frecuentes en períodos de depresión, por ejemplo. Durante la de los años 30, los aseguradores de Vida tuvieron tal aumento en la frecuencia de reclamaciones de renta por incapacidad que la cobertura tuvo que suprimirse casi por completo.

Riesgo de condición moral

Aunque un individuo no desee conscientemente una pérdida, puede desearla subconscientemente de modo que las pérdidas tiendan a ser más elevadas en un grupo con tal actitud mental.

El riesgo de condición moral incluye casos tales como la actitud mental que caracteriza a una persona propensa a accidentes. Este tipo de individuos no parece que cause deliberadamente los accidentes que frecuentemente le ocurren, pero un psicólogo probablemente diagnosticaría la causa de los accidentes excesivos y repetidos como un deseo subconsciente de llamar la atención.

El riesgo de condición moral también incluye a los que están en situación de sufrir una pérdida, o necesitan protegerse contra ella, y tienden a ser los únicos en un grupo grande que solicite tal protección. Por ejemplo, quienes viven en las áreas bajas de zonas de inundación serían los únicos solicitantes del seguro frente a tal riesgo; entre los solicitantes de seguros colectivos de enfermedad, hay una tendencia a que los que gozan de buena salud sean un número mucho menor que los que tienen historial clínico y que, por tanto, causarán la mayoría de las reclamaciones. Los aseguradores llaman a esto «selección adversa» o «antiselección» y, por supuesto, toman toda clase de precauciones contra ella. Sin dichas precauciones, la pérdida tiende a convertirse en segura, y, por lo tanto, inasegurable, como analizaremos más adelante.

RIESGO PURO FRENTE A RIESGO ESPECULATIVO

Debe hacerse una distinción entre riesgo puro y riesgo especulativo, que aclara aún más la naturaleza del riesgo [3]. En el *riesgo puro* hay una incertidumbre en cuanto a si un objeto será o no destruido; un «riesgo puro» sólo produce pérdida si ocurre el peligro. Los ejemplos de riesgo puro incluyen la incertidumbre de pérdida de una propiedad a causa de incendio, inundación, tormenta u otro peligro, o la incertidumbre de invalidez total causada por un accidente o enfermedad. En el

[3] Albert H. Mowbray y Ralph H. Blanchard, *Seguro* (5.ª ed.; Nueva York: McGraw-Hill Book Company, Inc. 1961), pág. 6.

«riesgo especulativo» hay incertidumbre respecto al propio suceso en cuestión, que produciría indistintamente un beneficio o una pérdida, tal como una aventura comercial o un juego de azar. La distinción es significativa, porque generalmente el riesgo puro es asegurable, mientras que el riesgo especulativo normalmente se negocia por métodos distintos al seguro.

Los riesgos puros también pueden clasificarse según la mayor o menor clase de pérdida económica o peligro que representen. Podría hablarse de dos tipos principales de dichas pérdidas: personales y sobre la propiedad. Las pérdidas personales incluyen todas las que directamente afectan a la vida o salud de un individuo, incluyendo los gastos de hospitalización, pérdida de renta debido a incapacidad o gastos médicos. Las pérdidas de bienes, o pérdidas materiales, comprenden las que afectan a la propiedad o renta del individuo, como incendio, inundación, tormenta o responsabilidad civil por conducta culpable.

Los aseguradores asumen el riesgo especulativo en algunos casos. Pueden encontrarse ejemplos tanto en operaciones netamente de seguros o de inversiones. En seguro, por ejemplo, el riesgo especulativo se asume algunas veces mediante la emisión de rentas vitalicias variables, o en la venta de fondos mutuos combinados con seguro de Vida (ver Capítulo 22). Algunos aseguradores ofrecen garantía a sus asegurados de que después de un período establecido, el valor de sus fondos mutuos o rentas variables no será inferior al total de las primas pagadas, con independencia de las fluctuaciones en bolsa de las inversiones. Sin embargo, lo normal es que los aseguradores tiendan a no asumir riesgos especulativos. Los riesgos especulativos pueden ilustrarse mediante el «riesgo de precios», considerando como tal el riesgo de que el precio baje antes de que puedan venderse unas existencias a su coste original más un beneficio razonable. Si un asegurador conviene en cubrir a un comerciante que solicite protección contra la baja de precios, se convertiría, de hecho, en un socio comercial del asegurado, asumiendo graves riesgos a un precio fijo, pero sin la correspondiente oportunidad de participar en las utilidades, si las hubiere. Sin un conocimiento íntimo del negocio, el asegurador tendría poca base en que hacer estimaciones de probabilidad sobre una presunta ganancia o pérdida. Normalmente, el asegurador no tendría ninguna oportunidad de obtener la información necesaria para protegerse. Por estas y otras razones, se han reconocido y desarrollado otros medios especializados para tratar los riesgos especulativos, distintos al seguro.

TRATAMIENTO DEL RIESGO

Un individuo no puede por sí mismo reducir su riesgo, a no ser que controle un gran número de unidades de riesgo. Obviamente, es imposible que muchas personas reúnan esta condición. Después de todo, tenemos sólo una vida. La mayoría de la gente no tiene más de una casa; y aunque fueran dueños de dos o más autos, es un número insuficiente para permitir que opere la ley de los Grandes Números.

Surge entonces la pregunta. ¿Qué alternativas hay para el tratamiento de un riesgo? Por razones de conveniencia, los medios de tratar un riesgo pueden agruparse bajo los siguientes encabezamientos:

A. La asunción del riesgo.
B. La combinación de los objetos afectos al riesgo en un número suficientemente grande que permita una predicción de la pérdida. Este método comprende el mecanismo del seguro.
C. La cesión o transferencia del riesgo a otro individuo.
D. El empleo de actividades de prevención de pérdidas.
E. La eliminación del riesgo.

Asunción del riesgo

La asunción del riesgo (llamada también no-aseguramiento) es tal vez la más ampliamente usada entre todas las formas de tratar el riesgo. La mayoría de la gente se pasa la vida asumiendo una variedad grande de riesgos, sin constatar tal vez que lo hacen. La limitación de fondos evita generalmente que se usen otros métodos, excepto para aquellos riesgos en que la importancia de la pérdida, si ocurriera, sería gravosa.

El destinar un fondo bancario para responder de alguna pérdida posible no es un «auto-seguro», sino solamente una asunción del riesgo. Muchas personas creen erróneamente que han empleado el seguro en tal caso. Por el contrario, el seguro no es posible a no ser que haya un número suficientemente grande de unidades de riesgo que pueden agruparse, y la mayoría de los individuos no pueden cumplir este requisito por sí mismos. Un ejemplo aclarará por qué la simple dotación de un fondo no es un seguro. Si una persona ahorra 1.000 dólares en el banco

para pagar su cuenta de hospital, no tiene forma de saber si este fondo es o no adecuado. Un solo período de hospitalización podría fácilmente consumir sus ahorros, y podría haber un segundo período de hospitalización sin haberlos recuperado. Así, tal persona no ha reducido realmente el riesgo de pérdida de ahorros debido a una enfermedad que requiriese hospitalización. Sin embargo, un plan de seguro adecuadamente concebido, en que el riesgo de pérdida se cede efectivamente a otro, se haría cargo de cualquier número de hospitalizaciones.

Combinación de los objetos afectos al riesgo

El método de combinación es el sistema de tratar el riesgo que generalmente implica el uso de los grandes números. Como se indicaba anteriormente, cuando se agrupan suficientemente grandes números, la experiencia de pérdida efectiva en un período de tiempo se aproximará mucho a la experiencia de pérdida probable. En la medida en que esto sea así, el riesgo se reduce e incluso se elimina para quienes les concierne.

Una de las ilustraciones más claras del método de combinación se encuentra en las prácticas de los antiguos mercaderes chinos. Estos comerciantes hacían viajes periódicos interiores para reunir productos que podrían comerciar y vender en la costa. Al viajar por el río Yangtze, los comerciantes se reunían y redistribuían su carga para que cada bote llevara a bordo una pequeña parte del cargamento de los comerciantes. De esta forma, si un bote se perdía en los rápidos, ninguno de los comerciantes habría sufrido una pérdida total. Este esquema cooperativo sencillo evitaba a muchos comerciantes la ruina y aumentaba los beneficios de todos.

Las compañías de seguros utilizan el método de combinación como base para sus operaciones. Estas compañías simplemente convencen a un gran número de individuos, conocidos como asegurados, para fusionar sus riesgos individuales en un gran grupo, y de esa forma reducen o eliminan sus riesgos. La compañía de seguros no corre casi ningún riesgo en el estricto sentido de la palabra. El riesgo sencillamente desaparece, en cuanto lo consideremos como la incertidumbre de pérdida respecto a un objeto individual. Cuando todos los objetos individuales se fusionan en un grupo, el riesgo ya no existe, siempre que se cumplan otros requisitos (expuestos en el Capítulo 3). Este proceso puede compararse con una alianza entre un grupo de naciones para evitar un ataque. Individualmente, cada nación

podría correr un riesgo de importancia, pero, en grupo, el riesgo de cada una se reduce.

Una entidad aseguradora no es la única institución social o económica que usa el método de combinación para el tratamiento del riesgo. Las grandes organizaciones comerciales frecuentemente tienen un grupo suficientemente grande de objetos asegurables de manera que puedan predecir con precisión la experiencia de pérdida. Por ejemplo, una firma puede hacer un estudio de daños por colisión de automóviles para determinar exactamente, durante un período determinado de tiempo, qué pérdidas pueden esperarse en una flota grande de vehículos pertenecientes a ella. Con estos datos, la firma calcula los fondos que necesita para pagar esas pérdidas y los destina para tal fin. Lo hace con relativa seguridad de que, dentro de ciertos límites, el fondo fijado será igual, realmente, a las pérdidas que sufriría. Este método de tratar el riesgo se ha denominado «autoseguro» y debe distinguirse de la práctica de destinar fondos emergentes para el caso que surgiera alguna situación que ocasionara una pérdida. Este último sistema ha sido denominado «sin seguro» y es realmente una asunción del riesgo [4]. El «autoseguro» se trata con detalle en el Capítulo 4.

El método de combinación también se usa para hacer frente a los diversos tipos de riesgos no asegurables [5], tales como el riesgo de perder el mercado debido a obsolescencia del producto, o a actos de los competidores. La ola de fusiones de negocios en años recientes se atribuye, en parte, al deseo de reducir dicho riesgo de mercado [6]. Así, dos o más firmas pueden combinarse en una con el objeto de obtener una línea más diversificada de productos, para que en el caso que la venta de uno de ellos resulte sin beneficios, otros puedan compensarlo.

Cesión o transferencia del riesgo

En el método de cesión o transferencia, un individuo paga a otro por tomar un riesgo del que el cedente desea liberarse. El tomador del riesgo conviene en aceptarlo a cambio de un precio. El riesgo de pérdida es a menudo el mismo para el ce-

[4] M. R. Greene, «Risk Management», *Bests Insurance News, Fire and Casualty Edition* (julio 1955), pág. 116.

[5] Ver capítulo 3 para analizar estos riesgos.

[6] Federal Trade Commission (Comisión Federal de Comercio), *Report of Corporate Mergers and Acquisitions* (*Informe de Empresas Consolidadas y Adquisiciones*) (mayo 1955, págs. 103-143).

sionario que para el cedente. El que acepta el riesgo puede, no obstante, tener mayor conocimiento de la probabilidad de pérdida y estar de esa forma en mejor situación financiera para asumirla que el cedente. Sin embargo, el riesgo aún existe.

Al tratar un riesgo, es fácil confundir el método de cesión con el de combinación. La diferencia entre los dos reside en el hecho de que en el método de cesión el riesgo no se reduce o elimina necesariamente, mientras que en el método de combinación, el riesgo se reduce en verdad enormemente o tal vez casi se elimina por completo.

Se encuentran ejemplos de cesión de riesgo en muchas fases de la actividad comercial. Un mueblista minorista puede no desear almacenar grandes cantidades de muebles por temor a que los precios bajen antes de que él pueda vender su stock, o que el stock no pueda venderse debido a cambios de estilo. Por lo tanto, él vende sólo cantidades limitadas de mercaderías, obligando al mayorista a tener existencias suficientes para hacer frente a la demanda. El mayorista, en tal caso, es quien soporta el riesgo de pérdida debido a cambios de precio. Dicho riesgo, no obstante, puede compensarse cargando en última instancia precios más altos que los que tendrían aplicación si el minorista comprara grandes cantidades. El mayorista podría incluso tratar, a su vez, de traspasar el riesgo al fabricante.

Las compañías de seguros, a menudo, funcionan cediendo riesgos, más que utilizando simplemente el método de combinación, sobre todo cuando sea imposible obtener un número suficiente de unidades de riesgo para permitir que opere la ley de los Grandes Números. Si el Lloyd's de Londres acepta un contrato de seguro contra la pérdida de las manos de un pianista famoso, está actuando como cesionario del riesgo, no como agente para fusionar los riesgos de gran número de pianistas. En las operaciones de seguros, frecuentemente es difícil decir dónde termina el método de combinación y dónde empieza el de cesión, pues hay muchos casos en que una compañía aseguradora carece del número suficiente de unidades de riesgo para obtener predicciones de experiencia de pérdidas muy precisas. En la medida en que la pérdida no puede estimarse con precisión, los aseguradores actúan como cesionarios. El riesgo, de nuevo, no se reduce necesariamente.

Otros ejemplos de método de cesión en el tratamiento de los riesgos son el de quiebra y contratos de «leasing». Una persona o un negocio puede declararse voluntariamente en quiebra, traspasando a los acreedores las pérdidas que de otra forma soportaría la persona en quiebra. Una persona que arrienda un bien, traspasa al arrendatario el riesgo de la propiedad.

Prevención de pérdidas

Algunas veces se cree erróneamente que la prevención de pérdidas es un «buen seguro». Sin embargo, aunque las actividades de prevención normalmente producen reducciones de pérdidas probables y atenúan su gravedad, sólo afectan indirectamente el grado de riesgo. Por ejemplo, las tareas del Consejo Nacional de Seguridad han sido beneficiosas para reducir la probabilidad de muertes por accidentes en carretera, del mismo modo que las medidas de investigación médica y de salud pública han reducido la probabilidad de muertes y enfermedades. Estas actividades, sin embargo, no tienen efecto directo en el riesgo en el sentido en que lo hemos definido. El riesgo de pérdida es la incertidumbre de que en un período de tiempo determinado las pérdidas reales se igualen a las probables. Aun cuando las pérdidas probables se reduzcan, el riesgo puede estar todavía presente, pues aún existe la posibilidad de que hayan desviaciones importantes en la probabilidad de ocurrencia.

No obstante, el riesgo de pérdida se elimina si las actividades de prevención reducen la probabilidad de pérdida a cero. Uno puede eliminar el riesgo de accidente de automóvil, eliminando la posibilidad de riesgo; esto es, no yendo nunca en coche ni aventurándose en una calle donde éstos transiten. Si existiera una vacuna segura contra la artritis y se aplicara universalmente, no habría riesgo de enfermar por este motivo, porque la vacuna habría reducido a cero la posibilidad de tener esta enfermedad. Así, el riesgo puede eliminarse, eliminando la posibilidad de pérdida.

Evitación del riesgo

Intimamente ligado a la prevención de pérdida está el método de evitación de riesgo, que se usa por quienes tienen gran aversión hacia él. Así, una persona puede no entrar en cierto negocio y evitar el riesgo de perder su capital en ese negocio, o no usar aviones y evitar así el riesgo de perecer en un accidente aéreo. Las compañías de seguros pueden evitar asegurar cierta

modalidad de seguro y evitar así el riesgo de pérdida en tal modalidad.

TRATAMIENTO DEL RIESGO SUBJETIVO

El examen anterior de las formas de tratar el riesgo se refiere principalmente al riesgo objetivo. ¿Pero qué sucede respecto al riesgo subjetivo?

Cada individuo se enfrenta con una incertidumbre psicológica al tratar con riesgos que pueden asegurarse, reducirse o cederse por cualquiera de los métodos descritos más arriba, o que no pueden asegurarse o tratarse por tales métodos formales. Incluso las compañías de seguro se enfrentan a menudo con decisiones en que la ley de los Grandes Números no les es de ninguna ayuda debido al reducido número de unidades expuestas al riesgo. En este caso, el asegurador también se enfrenta al riesgo subjetivo.

Como se dijo anteriormente, el riesgo subjetivo concierne a la actitud mental frente a la incertidumbre. Un análisis del riesgo subjetivo es un tema muy complejo y no existe un consenso general de cómo debería medirse ni incluso de lo que sea realmente. No obstante, puede apreciarse la importancia del riesgo subjetivo, considerando varios ejemplos que ilustren diferentes actitudes mentales hacia un riesgo en situaciones diversas.

Al asegurador «*A*» se le ofrece la oportunidad de asegurar cierto riesgo, pero lo rechaza, mientras que el asegurador «*B*» lo acepta; o alternativamente, el asegurador «*A*» cotiza una prima mucho más alta por el mismo riesgo que el asegurador «*B*». En cada caso no existe una explicación obvia, aparte del hecho que el asegurador «*A*» es conservador.

El banquero «*A*» rechaza una proposición de préstamo que el banquero «*B*» acepta fácilmente y bajo idénticas condiciones. El estudiante «*B*» se gradúa y acepta una colocación con un sueldo inicial bajo, pero con la oportunidad de una mayor renta para los pocos que triunfan en la compañía; el estudiante «*A*» se gradúa y acepta una colocación con un sueldo mayor que el pagado a «*B*», pero bajo condiciones que limitan las oportunidades de ascenso. Al consumidor «*A*» se le ofrecen ciertos productos por teléfono, pero rechaza comprarlos, mientras que al consumidor «*B*» se le ofrecen los mismos productos y compra sin mayor información. El doctor «*A*» rechaza el tratamiento de una nueva droga o un nuevo método quirúrgico, aunque el doctor «*B*» ha estado usando la misma droga o el

mismo método con éxito durante algún tiempo. El hombre de negocios «*A*» asegura su industria contra incendios, aunque la prima sea muy alta, mientras que el hombre de negocios «*B*», vecino suyo, que trabaja en condiciones similares, rechaza el seguro.

En todos los casos anteriores, los ejemplos «*A*» podrían describirse como aquellos en que se percibe un mayor grado de riesgo en una situación dada y en que la conducta es más conservadora que la de «*B*» [7]. ¿Por qué? ¿Qué factores psicológicos, sociológicos o económicos han producido estas diferencias? Una vez identificadas, ¿pueden medirse las actitudes hacia el riesgo y predecirse el resultado del comportamiento humano? ¿Cuál es el papel del conocimiento del temor o la preocupación en el comportamiento de situaciones inciertas? Estas y otras preguntas permanecen en su mayor parte sin contestar por sociólogos.

Se han hecho experimentos para medir el riesgo subjetivo e intentos (casi todos con éxito) para predecir el comportamiento humano en situaciones inciertas. Por ejemplo, en un experimento con un grupo de estudiantes, se les hizo un test para medir su perspectiva sobre el riesgo. Se dividió a los estudiantes en dos subgrupos, según estuviesen relativamente dispuestos a aceptar riesgos o a rechazarlos. Se les hizo otra prueba para determinar qué particularidades requerirían para entrar en un caso de juego de azar. Se comprobó entonces que los estudiantes más dispuestos a aceptar el riesgo en virtud del primer test eran también los más osados a aventurarse en las consecuencias del juego. ¿Sería posible, en base a esto, precedir otros comportamientos respecto al riesgo, tales como la compra de un seguro? Los experimentos citados no conducen a ninguna conclusión definitiva, pero las pruebas recogidas hasta la fecha indican que mientras más sabemos del riesgo subjetivo, pueden esperarse progresos importantes en la ciencia de predecir el comportamiento humano.

Una técnica que se ha desarrollado para explicar y ayudar a predecir el comportamiento del comprador de seguros es la del análisis de utilidad. Un investigador informó del éxito considerable que se obtiene para predecir decisiones de negocios conociendo la actitud hacia el riesgo financiero, medido en base al análisis de utilidad. En su experimento, unos cien ejecutivos de empresas se sometieron a pruebas para medir su actitud

[7] Por supuesto, es posible que haya individuos que capten la intensidad del riesgo y se comporten no obstante en forma poco conservadora.

para adoptar decisiones sobre inversiones arriesgadas. Se descubrió que sus actitudes variaban notablemente y que su predisposición a aceptar el riesgo tendía a variar de acuerdo con la cantidad de dinero que destinaban a sus asuntos personales y no según la cantidad de dinero disponible en sus propias empresas [8]. El uso del análisis de utilidad al tomar una decisión de comprar seguro se expone en el Capítulo 2.

Tal vez la manera de tratar el riesgo subjetivo guarde relación con el conocimiento y la práctica. Una persona que previene riesgos puede estar más dispuesta a aceptarlos cuando tenga un mayor conocimiento de la incertidumbre con que se enfrenta. A medida que los aseguradores obtienen experiencia en un ramo determinado, muy frecuentemente están dispuestos a asegurar riesgos que antes rechazaban y a hacerlo con primas más reducidas. Tenemos un ejemplo en el campo de la explosión nuclear, que anteriormente no se aseguraba y que ahora se garantiza mediante «pools» de aseguradores privados debido al mayor conocimiento y experiencia conseguidos. La falta de conocimiento puede producir preocupación y temor en el comprador de seguros, cuyo riesgo subjetivo y oposición a pagar un alto precio por la cobertura se ven aumentados, Al mismo tiempo, el asegurador cuyo conocimiento es mayor, está dispuesto generalmente a aceptar el riesgo e incluso aplicar una prima más alta por el alto riesgo subjetivo que mentalmente tiene el comprador de seguro.

● RESUMEN

1. El riesgo se define como la incertidumbre que existe en cuanto a que ocurra o no un suceso.
2. El riesgo objetivo se define como la variación relativa entre pérdida real y la pérdida probable.
3. El riesgo subjetivo se define como aquella clase de incertidumbre psicológica que proviene de actitudes o estados mentales individuales.
4. La probabilidad es la oportunidad de que ocurra a la larga, o frecuencia relativa algún suceso.

[8] Ralph O. Swalm, «Utility Theory Insights Into Risk Taking (Vista de la teoría de beneficios al tomar un riesgo), *Harvard Business Review* (noviembre-diciembre, 1966), págs. 123-138.

5. Siendo los demás factores constantes, el riesgo objetivo varía en sentido inverso a la raíz cuadrada del número de unidades de un grupo. El riesgo objetivo varía inversamente a la probabilidad de pérdida en un número constante de unidades.
6. En una situación dada, el riesgo objetivo puede ser alto y el riesgo subjetivo bajo, y viceversa.
7. Puesto que el riesgo impone un gravamen económico a la sociedad y a los individuos, resulta importante que los sistemas de tratamiento del riesgo se desarrollen en forma científica.
8. El riesgo puede tratarse en varias formas: por asunción, combinación, cesión, actividades de prevención, eliminación, y por mayor conocimiento. El seguro es primordialmente un ejemplo del método de combinación, pero las compañías de seguros también usan otros métodos.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. ¿Es posible que una condición peligrosa en un caso pueda ser de simple azar en otro? Dé algunos ejemplos.
2. ¿Hay alguna utilidad en el estudio de la administración del riesgo como una ciencia, teniendo en cuenta que nuestro conocimiento de sucesos futuros será siempre incierto? ¿Por qué?
3. ¿Qué palabras, si las hay, podrían sustituir a «riesgo» o «arriesgado» en las siguientes frases para hacerlas precisas? ¿Por qué?
   (a) Cuando los niños juegan con fuego en un bosque seco, existe un alto grado de «riesgo».
   (b) Una carretera con hielo es un factor de «riesgo» para la seguridad en conducir.
   (c) Asegurar este «riesgo» (edificio) es peligroso.
   (d) La inundación es un «riesgo» que no aceptaremos.
   (e) Usted no tiene un grupo de personas lo bastante grande como para permitirnos reducir «el riesgo» en forma suficiente para tratarlo en base al grupo.

4. Cierto inversionista gozaba jugando en bolsa especialmente con emisiones especulativas altas. Decía que lo que más le entretenía era el riesgo que tomaba.
   (a) ¿Cree usted que este sentimiento es correcto?
   (b) ¿Podría usted sugerir una explicación alternativa al placer que muchos sienten por el juego?
5. ¿Qué clase de azar se muestra en cada una de las siguientes situaciones?
   (a) Un conductor propenso a accidentes.
   (b) Un conocido estafador que solicita un puesto de cajero.
   (c) El propietario de varios aserraderos que se han incendiado durante varios años, precisamente cuando el precio de la madera bajaba sustancialmente.
   (d) Un conductor joven.
   (e) Un bosque con hierba seca.
   (f) Un comercio de licor a granel en un barrio modesto.
   (g) Una ruta de vapores, del norte, en invierno.
6. (a) Diferencia entre riesgo puro y riesgo especulativo. ¿Por qué es tan importante esta diferencia?
   (b) ¿En qué forma se relaciona el seguro en el riesgo especulativo?
7. (a) Distinga entre asumir el riesgo y autoseguro.
   (b) ¿En qué forma básica se diferencian estos dos conceptos?
8. ¿Qué instituciones económicas, además de las compañías de seguros, han usado el método de combinación para tratar el riesgo?
9. ¿En qué sentido una fusión de empresas comerciales es un medio de tratar un riesgo?
10. Se ha dicho que nuestros gastos de defensa son realmente las primas de seguros contra el riesgo de guerra. ¿Es esto cierto? ¿Por qué? Si no es así, ¿cómo clasificaría usted dichos costes?
11. Si el número de unidades de riesgo aumenta cuatro veces, ¿qué puede decirse que sucederá al grado de riesgo objetivo?

12. Se ha dicho en el texto que la prima de seguro varía tanto con la probabilidad como con el riesgo. ¿Cuál de estos elementos puede presumirse que será más importante cuando aumenta la probabilidad de riesgo? ¿Por qué? ¿Cuál llegará a ser más importante cuando se reduzca el número de unidades de riesgo? ¿Por qué?
13. Un asegurador de automóviles decidió fijar las tasas de seguro para conductores jóvenes una vez conocidos los resultados que obtenía en un test sobre «actitudes hacia el riesgo». Los conductores con cinco años de experiencia fueron agrupados en cuatro categorías según el resultado de sus tests; y los costes de reclamaciones se desarrollaron basándose en el número de años de experiencia dentro de cada clasificación. Se descubrió que si en el Grupo 1 los costes eran del 100 por cien, los del Grupo 2 fueron de 148 por cien, los del Grupo 3, 199 por cien y los del Grupo 4, 231 por cien. Se llegó a la conclusión de que el «test sobre actitud hacia el riesgo» era un medio útil de diferenciar entre los conductores y de predecir los costes de reclamaciones totales de cada grupo.
   (a) ¿En qué forma el test de «actitudes hacia el riesgo» es similar conceptualmente a una medición del riesgo subjetivo?
   (b) Al clasificar a los conductores de automóvil, ¿preferiría usted el uso de este test al sistema de clasificación en base a las variables de edad, sexo, situación geográfica o clase de vehículo? ¿Por qué o por qué no?

2

Probabilidad, Riesgo y Seguro

El análisis de la probabilidad y la Ley de los Grandes Números constituye la base científica para la confección de las tarifas de seguros y comprender la ciencia del seguro en general. Existen pruebas de que no se han seguido estrictamente algunos principios matemáticos subyacentes en el seguro, lo que ha ocasionado unos resultados financieros poco afortunados para esta industria. En este capítulo describiremos de la forma más sencilla posible, algunos de dichos fundamentos científicos. Sobre todo, estudiaremos:

1. Las reglas básicas y las presunciones de análisis de probabilidad.
2. El concepto de valor esperado.
3. La ley de los grandes números, incluyendo el problema de precisar cuántas unidades deben tenerse en cuenta para una decisión determinada.
4. Los motivos que inducen a las personas a estar dispuestas a pagar una prima por el seguro mayor que el valor esperado de pérdida.
5. La forma en que se puede determinar la importancia del riesgo mediante un análisis de la utilidad.

PROBABILIDAD

La gente inexperta define la probabilidad de una forma muy simple, como «la posibilidad de que ocurra un suceso o un acontecimiento». Intuitivamente la mayoría de la gente comprende que un suceso «probable» es aquel que es muy posible que ocurra. Sin embargo, estas definiciones son demasiado vagas para ser válidas para analizar y resolver un problema científico. Hace falta una definición más útil, antes de poder emplear la probabilidad de una forma eficaz. Explicaremos algunos términos para evitar los errores que se producen al usar la teoría de la probabilidad como un instrumento de la administración de riesgos.

Definición

Nuestra definición de probabilidad comienza con la idea de un espacio de muestra y un acontecimiento. Imaginemos una serie, *S*, de acontecimientos o resultados posibles de un hecho determinado.

Dicha serie podría consistir en una lista de número de colisiones de todos los automóviles registradas en un cierto Estado durante un año determinado. Nos referimos a esta serie como el «ámbito de muestra» de los acontecimientos en que estamos interesados. Otro ámbito de muestra podría consistir en todas las muertes ocurridas entre individuos de 21 años de edad en los Estados Unidos, o los hundimientos de todos los barcos de ciertas características, mientras navegaban por la ruta del Atlántico Norte.

Consideremos una sección pequeña de la serie total, que denominaremos *E*, una subserie de *S*. En el caso del seguro de automóvil, tal subserie podría describir el número de colisiones comprendidas entre automóviles de precio alto —aquellos que cuestan 4.000 dólares o más nuevos—. La serie total *S* describe el número de colisiones entre todos los automóviles de cierto Estado durante un período de tiempo determinado. Deseamos saber cuál es la probabilidad de que ocurra una colisión de un auto de un coste superior a 4.000 dólares. Para determinar la probabilidad, asignaremos un número llamado «un peso» a cada suceso individual en la serie *F*. Este «peso» podría asignarse según la evidencia empírica relacionada con nuestro conocimiento anterior de la posibilidad de pérdida entre automóviles, en la región en que transita el automóvil o la clase de conductor. Dejemos que la expresión *W*. (*S*) sea el total de todos los pesos en la serie *S* y *W* (*E*) que representa el total de todos los pesos en la subserie *E*. Entonces, la probabilidad «*P*» de que un auto de precio alto esté envuelto en una colisión estaría representada con la expresión

$$p(E) = \frac{W(E)}{W(S)}$$

Si se presume que todos los acontecimientos sencillos en la serie *S* son igualmente parecidos, esta fórmula podría reducirse a una relación simple del número de resultados en la subserie *E* al total del número de resultados en la serie *S*, o simplemente

$$p(E) = \frac{E}{S}$$

Alternativamente podemos expresar con la probabilidad *Q*, que no habrá ninguna pérdida en los automóviles de precio elevado, pues

$$Q(E) = \frac{S - E}{S}$$

Pongamos como ejemplo que la serie *S* consta de 10.000 automóviles, 9.000 de los cuales cuestan menos de 4.000 dólares y 1.000 de ellos cuestan 4.000 dólares o más cuando están nuevos. Asigne un peso de uno a todos los autos inferiores al valor de 4.000 dólares y un peso de dos a todos los coches de valor superior a 4.000. La probabilidad de que choquen con los automóviles de precio alto es, según nuestra definición:

$$p(E) = \frac{W(E)}{W(S)}$$

$$= \frac{2 \times 1.000}{(2 \times 1.000) + (1 \times 9.000)}$$

$$= \frac{2.000}{11.000} = \frac{2}{11}$$

Si todos los sucesos reciben igual peso,

$$p(E) = \frac{E}{S} \qquad Q(E) = \frac{S - E}{S}$$

$$= \frac{1.000}{10.000} = \frac{1}{10} \qquad = \frac{10.000 - 1.000}{10.000} = \frac{9}{10}$$

Así hay un 2/11 de probabilidad de que haya una pérdida de un coche de precio alto (y una probabilidad correspondiente a 9/11 de que no haya tal pérdida) cuando se aplican pesos diferentes a diversas clases de sucesos en la serie. Si se asignan pesos iguales a todos los sucesos en la serie, o espacio de muestra, la probabilidad de pérdida en los coches de precio alto resulta ser 1/10 (y la probabilidad de que no haya pérdida es, por tanto, 9/10). El significado de los pesos se demuestra en estos ejemplos. Es mediante el cambio de pesos como el asegurador puede reflexionar precisamente sobre su evaluación de probabilidad de que ocurran los diversos sucesos de que se habla.

Descripción de sucesos

La definición precedente de probabilidad implica la presunción de que uno de los acontecimientos de la serie S tendrá que ocurrir. Más aún, se presume que los sucesos descritos serían *mutuamente excluyentes,* lo que quiere decir que ambos sucesos no pueden ocurrir al mismo tiempo. Por ejemplo, los sucesos de «pérdida de un coche de alto precio» y «pérdida de cualquier coche» no son mutuamente excluyentes, puesto que «cualquier coche» puede también incluir un coche de alto precio. Los dos sucesos podrían ocurrir simultáneamente. La cantidad expresada como W (E) en la fórmula anterior se refiere a los acontecimientos que se excluyen mutuamente.

Otro ejemplo; consideremos la probabilidad de muerte. Los sucesos «muere una persona» y «vive una persona» son mutuamente excluyentes y agotan todas las posibilidades. Una persona vive o muere. No puede hacer ambas cosas a la vez. Suponiendo una similitud igual de sucesos, es correcto afirmar que la probabilidad de muerte puede expresarse como una simple fracción del número de personas que muere durante un período de tiempo determinado entre un número total de personas que viven en el comienzo de un período. Por ejemplo, si hay cien mil personas que viven al comienzo del año y dos mil mueren, la probabilidad de morir para ese grupo sería del 2 por 100 y la probabilidad de supervivir es, por tanto, el 98 por 100. Por otro lado, si se nos dijera que de cien mil personas dos mil cogen la gripe y cinco mil cogen resfriados, no podemos decir que el 7 por 100 coge un resfriado o la gripe, porque los sucesos no son mutuamente excluyentes. Es posible (y muy probable) que haya personas que cojan un resfriado y otras la gripe. A no ser que sepamos este número, no podremos determinar la probabilidad total de coger un resfriado o una gripe. Esto nos conduce a la siguiente regla básica aludida como *regla aditiva.*

«La probabilidad total de que ocurran dos o más sucesos mutuamente excluyentes es la suma de las probabilidades respectivas de sucesos separados.»

Si los sucesos no son mutuamente excluyentes deben formularse otros métodos para definir las probabilidades.

Como ejemplo de la regla aditiva supongamos que hay unos naipes bien barajados y que deseamos calcular la probabilidad de sacar un as o un rey en una sola jugada. Como hay cuatro ases y cuatro reyes, la probabilidad de sacar un «as» sería 4/52 o 1/13 y la probabilidad de sacar un rey sería 1/13. Estamos suponiendo que tan probable es sacar un as, un rey o cualquier otra carta, puesto que la baraja está bien mezclada. Bajo la regla aditiva la probabilidad total de sacar, ya sea un as o un rey, es, por lo tanto, 2/13. Sabemos que es imposible sacar una carta marcada as-rey, puesto que no existe tal carta en el juego. El suceso «saque una carta que no sea un as» es mutuamente excluyente con el suceso «saque una carta que sea un as». Debemos tener un suceso o el otro y nunca los dos en una sola jugada. Así ocurre en otro ejemplo, como el de tirar una moneda; la probabilidad «sacar cara» es mutuamente excluyente con la posibilidad de «sacar cruz».

La probabilidad de cara o cruz es 1/2 + 1/2 ó 1. Se supone que es imposible que ocurra sólo un suceso, tal como «tire la moneda y que quede de canto»; por lo tanto, la suma de probabilidades en cada suceso separado de una serie es siempre 1, como se indica más abajo.

Pesos positivos

Se supone en la teoría de probabilidad que son positivas todas las asignaciones de pesos o sucesos individuales en una serie.

Puesto que la probabilidad se expresa como la relación de sucesos en una subserie a sucesos en una serie total, puede verse claramente que la suma de probabilidades de todos los sucesos debe ser igual a uno. Si un acontecimiento es seguro que suceda, su probabilidad es uno; si el acontecimiento no puede suceder, su probabilidad es cero. Se llega a la conclusión de que la suma de P, la probabilidad de que un evento ocurra, y Q, la probabilidad de que no ocurra es igual a uno.

En resumen, se puede decir que hay tres axiomas sobre los cuales se construye la definición de probabilidad, que son: 1) probabilidad es un número entre 0 y 1, que se asigna a un suceso; 2) la suma de probabilidades asignadas a una serie de sucesos mutuamente excluyentes y agotados colectivamente debe ser igual a 1. 3) La probabilidad de un suceso que se compone de un grupo de sucesos mutuamente excluyentes de una serie es la suma de las probabilidades individuales.

La probabilidad es aproximada

Sólo en raras ocasiones puede decirse que la probabilidad es absolutamente conocida. Por ejemplo, al sacar pelotas de una caja que contiene seis pelotas rojas y cuatro pelotas blancas mezcladas al azar podría decirse que la probabilidad de sacar una pelota blanca es 0,4.

$$P\ (\text{pelota blanca}) = \frac{W(E)}{W(S)} = \frac{E}{S} = \frac{4}{10} = 0{,}4$$

No obstante, en la vida real tal precisión es bastante rara, debido a la dificultad de determinar exactamente cuántas vidas se perderán en un grupo, qué porcentaje de autos quedarán destruidos en un año determinado o qué proporción de empleados robarán. Lo que se hace es observar cuántas vidas se pierden en un grupo suficientemente grande, cuántos autos se destruyen y cuántos empleados roban. Luego, estas pérdidas se expresan en un porcentaje del número total de unidades de riesgos para obtener una estimación empírica de la probabilidad.

Desde el punto de vista empírico, la probabilidad puede mirarse como una frecuencia de sucesos a largo plazo, expresada como un porcentaje. Si un suceso ocurre W veces entre un número posible de casos, N, la probabilidad empírica, podría expresarse como la fracción W/N.

Debería aceptarse, sin embargo, que esta fracción representa un dato histórico. Su valor para predecir sucesos futuros se limita necesariamente a una aproximación, a no ser que el pasado se repita con total exactitud, lo que no es muy probable. Debe también aceptarse que si hay 3/4 de probabilidad, digamos, de que un suceso determinado ocurra, ello no implica que podemos esperar que el suceso ocurra exactamente tres veces entre un número pequeño de casos. Si N es pequeño, puede haber grandes variaciones del número probable de sucesos. Es sólo a medida que N se aproxima a infinito, como la fracción W/N puede expresar la probabilidad empírica con precisión.

Acontecimientos independientes

Un concepto de gran importancia en la probabilidad y su aplicación al seguro es la de los «sucesos independientes». Dos sucesos son independientes cuando el resultado de un suceso en un grupo de posibles acontecimientos no afecta a nuestro cálculo de probabilidad en el suceso siguiente. Por ejemplo, tirar la moneda y sacar cara no debe afectar a nuestro cálculo de probabilidades de sacar cara en la próxima tirada. Aun si hubiéramos obtenido diez cruces de una vez, nuestro cálculo del resultado de la próxima vez no cambiaría, puesto que no hay nada que nos persuada de que la probabilidad de cruz en la próxima tirada es diferente de la probabilidad que teníamos en las anteriores —esto es, el 50 por 100—. La moneda no tiene memoria y no está obligada a retener resultados pasados.

Un ejemplo de sucesos que no son independientes sería el sacar pelotas de una caja sin reemplazar cada pelota después de haberla jugado. Así, si hay cinco pelotas blancas y cinco rojas en una urna, la probabilidad de sacar una pelota blanca en la primera jugada es de 5/10. Si no se reemplaza una pelota blanca retirada, la probabilidad de sacar una pelota blanca la segunda vez es de 4/9. El resultado en la primera jugada afecta a nuestro cálculo de probabilidades en la segunda.

Un ejemplo en el campo del seguro en el que los riesgos no producen pérdidas independientes sería el de asegurar contra la enfermedad a un grupo de empleados, después que se ha determinado que dos o tres empleados han sido contagiados de tifus. El hecho de que el tifus se difunda afecta a nuestro cálculo de probabilidad en las pérdidas mayores. Las pérdidas no son ciertamente independientes entre sí en este caso.

Pruebas independientes

Así como dos o más acontecimientos de una serie dada pueden ser independientes uno de otro, los resultados de una sucesión de experimentos pueden considerarse independientes uno de otro. En tal caso, el espacio de muestra se define en términos de pruebas sucesivas y los resultados son los distintos hechos que pueden ocurrir en dichas pruebas.

Por ejemplo, consideremos el experimento de tirar monedas; tiramos dos monedas dos veces. El ámbito de muestra puede definirse como Caras, Caras; Caras, Cruces; Cruces, Caras; Cruces, Cruces. Así, hay cuatro posibles «sucesos» en estas dos pruebas. Podríamos asignar una probabilidad de 1/4 a cada suceso. Si estamos interesados en el acontecimiento de todos los resultados en que aparecen caras, la probabilidad que asignaríamos a este evento es de 3/4.

Casualidad

Se dice que los sucesos ocurren al «*acaso*» cuando se asignan probabilidades iguales a cada suceso en un ámbito de muestra. Si tenemos la misma posibilidad de sacar una pelota de una caja o cualquier otra pelota podríamos decir que nuestra selección es el «*azar*». Si las pelotas estuvieran marcadas de alguna forma o no estuvieran bien mezcladas no podrían ser «*azar*», ya que las pelotas de arriba tendrían características diferentes a las de abajo.

Si una compañía de seguros acuerda asegurar a cada uno de los que pasan por cierta bocacalle tendría una selección al «*azar*» entre un grupo de gente de esa ciudad, pero no es del todo cierto, puesto que durante el día los hombres y niños probablemente no estarían suficientemente representados y los desocupados lo estarían en exceso. No hay una probabilidad igual de que *cualquier* persona sea seleccionada. De la misma forma, si una compañía de seguros está estudiando las propuestas de seguro de vida que se le ofrecieron voluntariamente sin solicitud previa, ¿podría considerar que estas solicitudes constituyen una selección casual entre un grupo asegurable en una población? No, porque las personas de naturaleza enfermiza estarían más dispuestas a solicitar el seguro que los que gozan de buena salud.

Importancia del azar y la independencia de los sucesos en el seguro

El azar y la independencia de los hechos tienen una importancia crucial en el seguro. Los aseguradores hacen todo lo posible para clasificar las unidades de riesgos en grupos en que las pérdidas puedan considerarse sucesos casuales e independientes. De esta forma se justifica el cobro a cada miembro del grupo, puesto que cada uno sabe que la pérdida puede sucederle tanto a él como a cualquier otro. Si una persona tuviera la probabilidad de sufrir una pérdida menor que los demás no estaría dispuesto a pagar la misma prima que el resto. Otro resultado del azar en grupos asegurados consiste en que no es tan probable que el mismo asegurado sufra dos veces una pérdida. Si un auto atropella a una persona este mes y si los accidentes de automóviles se distribuyen al azar, la misma persona puede ser atropellada nuevamente el próximo mes, así como lo fue en éste, por lo que sería falso razonar que quien ha sufrido una pérdida no le llegará su turno hasta dentro de un largo tiempo.

Probabilidad compuesta

Si dos o más sucesos independientes pueden ocurrir simultánea o sucesivamente, la probabilidad de que ocurran todos los sucesos es el producto de sus probabilidades separadas.

Para ilustrarlo supongamos que queremos saber qué probabilidad tenemos de sacar dos caras seguidas jugando a tirar monedas. Puesto que se supone que los sucesos son independientes, la probabilidad conjunta es $1/2$ por $1/2 = 1/4$. Asimismo, si la probabilidad de que A viva hasta los sesenta y cinco años es $3/4$ y la probabilidad de que su esposa viva hasta la edad de sesenta y cinco años es $4/5$, la probabilidad de que ambos, A y su esposa, vivan hasta la edad de sesenta y cinco es $3/4 \times 4/5 = 3/5$, siempre que supongamos la independencia.

Los sucesos «vivir hasta los 65» y «no vivir hasta los 65» son mutuamente excluyentes [1]. Podemos observar que la probabi-

[1] Si los sucesos no son mutuamente excluyentes se dispone de otras reglas para ayudar en la tarea de asignar valores de probabilidad de sucesos.

lidad de que A no viva hasta los 65 es 1-3/4 ó 1/4; igualmente, para la esposa de A la probabilidad de no vivir hasta los 65 es 1-4/5 ó 1/5. Por lo tanto, las probabilidades compuestas separadas debieran ser aditivas, como en realidad lo son, según se demuestra a continuación:

Suceso	*Probabilidad*
Ambos, A y esposa, viven hasta los 65 años.	$3/4 \times 4/5 = 12/20$
A vive hasta los 65 años; su esposa, no ...	$3/4 \times 1/5 = 4/20$
A no vive hasta los 65 años; su esposa, sí.	$1/4 \times 4/5 = 4/20$
Ni A ni su esposa viven hasta los 65 años.	$1/4 \times 1/5 = 1/20$
	$20/20 = 1$

Hay cuatro sucesos posibles, cada par de ellos es mutuamente exclusivo. Uno y sólo uno de estos cuatro sucesos es posible. La probabilidad total es, por lo tanto, uno.

La aplicación de probabilidad compuesta en el seguro se ve claramente en el contrato de renta vitalicia conjunta y último superviviente. En este contrato un asegurador suscribe una renta vitalicia sobre dos vidas, generalmente un hombre y su esposa, y se compromete a pagar una renta a los dos individuos mientras uno u otro de ellos viva. Así, la probabilidad de supervivencia de las dos vidas conjuntamente se torna importante.

Sucesos repetidos

Si sabemos que la probabilidad de que ocurra un suceso en una sola prueba es p, entonces la probabilidad que el suceso no ocurra puede establecerse por la ecuación $q = 1 - p$. Podemos calcular la probabilidad de que ocurrió R veces en N pruebas independientes por medio de la fórmula de binomio [2];

[2] La fórmula de binomio es: La probabilidad de *r*, sucesos, en *n*, pruebas, es igual

$$\frac{n!}{r!\,(n-r)}\,p^r q^n - r$$

La expresión *n!* se lee «*n* factor». La palabra factor se refiere a una multiplicación sucesiva de números, *n*, $n - 1$, $n - 2$... así: 4! significa $4 \times 3 \times 1$, ó 24. 0! se define convencionalmente como 1. Las tablas de probabilidades de binomio son válidas para obtener los valores de la fórmula anterior, pero para pequeños valores de *n* (150 o menos). Para valores mayores de *n*, se usan como aproximación otras fórmulas, como las de Poisson o funciones de densidad normal.

dicha fórmula utiliza las reglas de sucesos compuestos y propiedad aditiva de sucesos mutuamente excluyentes que hemos visto anteriormente.

Es importante en el seguro estimar la probabilidad de cierto número de pérdidas en un grupo asegurado. Si hay 10.000 automóviles asegurados, la fórmula de binomio (u otras fórmulas aproximadas) podría utilizarse para calcular la probabilidad de diez pérdidas o cualquier número de las mismas, siempre que conozcamos tanto p como q.

Igualmente, si hay cien unidades de riesgos, como, por ejemplo, casas, sabemos por la experiencia anterior que la probabilidad separada de pérdida de una sola casa por causa de incendio cada año es de 0,01. La referencia a una tabla de binomio nos dice que la probabilidad es:

0,37	que el número de casas que se quemen sea cero
0,37	que el número de casas que se queme sea uno
0,19	que el número de casas que se quemen sea dos
0,06	que el número de casas que se quemen sea tres
0,01	que el número de casas que se quemen sea cuatro o más
Total 1,00	

El cuadro anterior es un ejemplo de probabilidad o una distribución de frecuencia: en este caso, una distribución de probabilidad teórica, conocida como «la distribución de binomio».

Es una de las diversas clases de distribuciones de probabilidad que se usan en el seguro, pero de las más importantes. Para utilizar la fórmula de binomio se parte de las siguientes condiciones:

1) Hay dos posibles sucesos o resultados que son mutuamente excluyentes.

2) La probabilidad de cada suceso es conocida o puede estimarse.

3) Puesto que cada suceso es independiente de los demás, la probabilidad del mismo no cambia de una prueba a otra, sino que es constante a través de todo el proceso. Debido a que se

conoce la probabilidad de acontecimiento, y puesto que hay sólo dos sucesos, sabemos también automáticamente la probabilidad de que el suceso no ocurra (1 — probabilidad de que ocurra).

Puede observarse que una serie de sucesos repetidos sigue el proceso Dermaulli[3] (esto reúne las condiciones anteriores); el asegurador tendrá un arma poderosa para predecir la frecuencia de las pérdidas. Aun cuando todas las condiciones arriba indicadas se cumplan perfectamente, el teorema de binomio es extremadamente útil al hacer conjeturas perfeccionadas en cuanto a la frecuencia de las pérdidas.

Por ejemplo, en el seguro, la probabilidad de pérdida efectiva no es nunca conocida exactamente, puesto que aun para gran número de unidades de riesgo habrá alguna variación. Pero los modelos matemáticos ayudan al asegurador a hacer sus estimaciones, que de otro modo las haría sin excesiva orientación.

Probabilidad condicional

Como ejemplo del uso de modelos matemáticos para ayudar a una persona a estimar pérdidas futuras tenemos el concepto de probabilidad condicional. La probabilidad condicional se define como la probabilidad de que ocurra algún suceso determinado que ya ha ocurrido. Estamos, pues, interesados en la probabilidad de dos sucesos que no son independientes uno de otro. En el caso referido en la página anterior supongamos que el asegurador desea estimar la probabilidad de que ocurran tres o más incendios, toda vez que un incendio puede ocurrir. La probabilidad de que ocurra es menor que la probabilidad de que no habrá ningún incendio, ó 1 — 0,37 ó 0,63. La probabilidad de que haya 3 o más incendios es 0,07 (0,06 más 0,01). Por lo tanto, la probabilidad de que ocurra un incendio y que implique tres o más casas es 0,07/0,63 ó 1/9, ó 0,11 (*). El asegurador tiene así una estimación de la importancia de la pérdida que podría tener, si ocurriera alguna.

[3] Los sucesos en el proceso de binomio se llaman pruebas-Bernoulli, por Jacob Bernoulli, quien fue uno de los primeros matemáticos que formalizó este teorema.

* En la fórmula. Probabilidad de un suceso

$$\frac{P(E^1)}{P(E_2)} = \frac{0{,}07}{0{,}63} = 0{,}11$$

Valor esperado

El valor esperado de un suceso se determina preparando un cuadro de posibles resultados y ponderando cada resultado por su probabilidad. Luego se suman resultados y se obtiene una cantidad conocida como «valor esperado del suceso».

En el ejemplo precedente relativo a los incendios de casas supongamos que el promedio de pérdidas en dólares por cada incendio es de 1.000. El asegurador puede pensar lo siguiente: puesto que hay 1,37 de probabilidad de una pérdida, el valor esperado o el coste de esta pérdida es 370 dólares. Si ocurre la pérdida, el asegurador debe pagar mil dólares; pero está del todo seguro que la pérdida ocurrirá. Por lo tanto, asigna una probabilidad a la pérdida por si ocurriera, y llega a la conclusión, ponderando la probabilidad de la misma, de evaluar ésta en 370 dólares. Igualmente, el coste esperado de dos pérdidas es 19 × 2.000 dólares o 380; tres pérdidas, 0,06 por 3.000 dólares ó 180, etc. Dichos cálculos se usan para hacer estimaciones de pérdidas totales y se hacen las previsiones cobrando a cada asegurado la prima adecuada. En la distribución de binomios, el total de todas las pérdidas esperadas es el número de pruebas o sucesos multiplicado por la frecuencia a largo plazo esperada (0,01 en el ejemplo anterior) por el dinero desembolsado en cada pérdida. Si hay diez casas, cada incendio que ocasione un promedio de pérdidas de 1.000 dólares, teóricamente, hace que el coste total esperado de pérdidas sea 10 × 0,01 × 1.000 dólares, ó 100 dólares. Por supuesto que si el asegurador tuviera sólo diez casas aseguradas no podría estar seguro de ninguna manera de que 100 dólares es la prima adecuada, debido al riesgo insuficiente. Aún hay más, el asegurador tendría que hacer un ajuste en sus costos para hacer negocio. Estos problemas se examinan con más detalle en el capítulo 26.

El valor esperado se presenta en nuestra vida diaria en formas muy significativas. Por ejemplo, supongamos que a un contratista se le pide construir una casa; si todo va bien y no hay condiciones anormales, se calcula que ganará mil dólares de beneficios en el contrato con una probabilidad de 0,9. Sin embargo hay 1,1 de probabilidad de que haya un gasto inesperado de

donde E = probabilidad que la pérdida sea tres o más casas, si no hay ninguna pérdida (0,06 + 0,01) y E_2 =. Probabilidad total que no haya ninguna pérdida (0,37 + 19 + 0,06 + 0,01 = 63).

unos 1.000 dólares en una excavación extraordinaria debido a que las condiciones del suelo son pobres. Así, el valor esperado del contrato es 900 — 100 dólares u 800, como lo indica la siguiente tabla.

Valor esperado del contrato

Probabilidad	*Resultado (dólares)*	*Valor esperado (dólares)*
0,9	+ 1,000	+ 900
0,1	— 1,000	— 100
1,0		800

El contratista puede considerar la construcción de esta casa junto con otras oportunidades para el empleo de su capital. Siendo las demás iguales, el contratista probablemente aceptará la proposición que le ofrezca el mayor valor esperado. Pero también estará dispuesto a pagar 100 dólares como una especie de prima de seguro a alguien que asuma el riesgo de pérdida en caso de que las condiciones de la tierra fuesen pobres. De esta manera, el contratista puede sentirse más seguro en sus planes.

Las consideraciones sobre el valor esperado pueden modificarse a menudo al tomar una decisión, porque se puede no querer correr ninguna probabilidad de una pérdida grande, aunque pueda tener la probabilidad de una gran ganancia que la contrarreste. Por ejemplo, el contratista puede no estar dispuesto a aceptar el contrato bajo ninguna condición si hay un 0,90 de probabilidad de ganar 10.000 dólares, con un 0,01 de probabilidad de perder 20.000, aun cuando el valor esperado del contrato sea 9.000 — 2.000 ó 7.000 dólares. Esto puede ser muy real, debido a que no puede afrontar una pérdida de 20.000 dólares si ocurriere[4]. Los hechos analíticos necesarios para resolver este problema son «el criterio de utilidad» que se estudia más adelante en este capítulo.

[4] Ver «Probabilidad y Estadísticas para decisiones de negocios» (Probability and Statistics for Business Decisions), de Robert Schlaifer (Nueva York: McGraw-Hill Book Company. Inc., 1961), capítulo 2, para discutir el criterio de valor esperado y la utilidad al tomar decisiones. Además de Samuel Goldberg. «Probabilidad: Una introducción (Probability: An Introduction), Nueva York: Prentice-Hall. Inc., 1960, capítulo 5 tiene un estudio excelente de la distribución de binomio y sus aplicaciones, incluyendo las decisiones tomadas relativas a la incertidumbre.

RIESGO DEL ASEGURADOR

Las condiciones poco realistas impuestas por la «distribución de binomio», que consisten en que el que se queme una casa dentro de un grupo de cien es de 0,37. Hay una probabilidad de 0,26 de que dos o más casas se incendien. Esto es cierto, aunque la probabilidad a la larga (expectativa matemática) de pérdida sea exactamente una casa.

De este modo podemos empezar a ver por qué un asegurador debe preocuparse primordialmente por un gran número de riesgos. Si tiene pocos, el asegurador no podrá estar seguro de poder realizar en la práctica la expectativa matemática de la pérdida. Su riesgo podría definirse como la incertidumbre unida a la proposición de que las pérdidas efectivas son iguales a las pérdidas probables.

Aun cuando la consideración del modelo de binomio es un arma teórica interesante para explicar algunos resultados básicos en el riesgo y el seguro, en el mundo real las conjeturas de este sistema no siempre son válidas. Así, por ejemplo, no sabemos con anticipación cuál es la verdadera probabilidad de pérdida, pero debemos estimarla. Esta estimación contiene errores estadísticos, no sólo existen riesgos mal estimados por estos errores en un período determinado; también el asegurador se enfrenta con el problema de que la probabilidad subyacente está continuamente cambiando. Puede ser 0,01 en un período de tiempo, 0,05 en otro período de tiempo y 0,015 en otro período. Los cálculos de probabilidad estimada son hechos invariablemente en el período de tiempo pasado, pero el contrato de seguro debe cubrir un período futuro, y además existen cambios frecuentes, como los requisitos legales, inflación o cambio de actitudes hacia las pérdidas que deben estimarse individualmente.

En la vida real el asegurador no puede estar seguro de que las pérdidas sean sucesos independientes. La probabilidad de pérdida en una «distribución de binomio» supone que permanece en cada prueba. Sin embargo, en un grupo de unidades de riesgos asegurados la probabilidad puede cambiar después de haber experimentado una o dos pérdidas por causa de las medidas tomadas para prevenir siniestros o por ser la gente más cuidadosa de lo que era antes del siniestro.

Otra razón por la cual las conjeturas del modelo de binomio generalmente no se mantienen en la vida real consiste en la falta de un número suficiente en un grupo asegurado para que la ex-

pectativa de pérdidas matemáticas se realice en el grado conveniente de certidumbre.

Podría decirse que los riesgos del asegurador se forman con todas las maneras diversas en que las conjeturas subyacentes en los cálculos de probabilidad no pueden realizarse en la práctica. A veces se argumenta que el asegurador no corre ningún riesgo, puesto que puede combinar un número suficiente de unidades para permitir que las pérdidas sean casi perfectamente previsibles. Esto es una simplificación exagerada de la situación real, como se ha indicado anteriormente. Si pudiera eliminarse el riesgo objetivo, siempre existe el riesgo subjetivo. Una de las razones básicas por la que el seguro es una ciencia consiste en la necesidad de dedicarle un estudio detenido a la forma en que puedan enfrentarse con éxito en la práctica los riesgos del asegurador. Se usan muchos instrumentos de análisis tomados de otras disciplinas para ayudar a reducir dichos riesgos. Por ejemplo, en el seguro de vida, un análisis médico de las condiciones físicas del solicitante de seguro ayuda a dar seguridad en que aquellos que son aceptados están lo más cerca posible a ser homogéneos por naturaleza y no están sujetos a influencias no casuales, que podrían distorsionar la experiencia de pérdida sobre la que se basan las primas.

Muchos criterios importantes de las matemáticas se utilizan para reducir el riesgo del asegurador. Como podemos comprobar, se usa la distribución teórica de binomio y otras distribuciones, tales como la de Poisson y la normal. Alguna de las consecuencias de las distribuciones normales se estudian a continuación.

La ley de los grandes números

Uno de los riesgos que corre el asegurador consiste en no saber anticipadamente cuál es la probabilidad efectiva de pérdida. Debe estimar la misma por la experiencia cuyos resultados no son nunca exactos y llevan cierto grado de incertidumbre. La ley de los grandes números es de vital importancia para analizar este problema, porque indica al asegurador que puede obtener una respuesta tan precisa como estime necesario, aumentado el número de observaciones indefinidamente[5]. La ley de grandes números nos dice que si nosotros no sabemos la probabilidad

[5] La ley de los grandes números se atribuye generalmente a Jacob Bernoulli, «Ars Conjectandi, 1713».

subyacente de acaecimiento de ciertos sucesos podemos estimarla con más o menos precisión, aumentando el número de nuestras observaciones en el proceso de muestreo. El valor promedio de un gran número de observaciones se aproximará muy de cerca al promedio verdadero de la población de la que se sacan las observaciones. Por ejemplo, supongamos que no sabemos cuántas personas de veinticinco años morirán en un año determinado (esto es, la probabilidad de muerte a la edad de veinticinco años), pero estamos tratando de estimar el número. Observamos a un grupo de 500 personas de veinticinco años de edad durante un año y ninguna de ellas muere. El año siguiente observamos otro grupo de 500 de veinticinco años de edad y esta vez mueren dos. En el tercer año observamos otro grupo similar y muere uno. Si este experimento se repite un gran número de veces podemos ver que aunque haya fluctuaciones de grupo a grupo, como promedio muere uno entre 500. Empíricamente podemos presumir (dada la independencia de los sucesos) que la probabilidad de muerte de todas las personas en edad de veinticinco años es de 1/500 ó 2 por 100.

El fundamento del seguro descansa en la ley de los grandes números. El asegurador, en efecto, obtiene un gran número de observaciones, en virtud de lo indicado en el ejemplo anterior. Los registros de mortalidad de millones de personas de diferentes edades están disponibles para su análisis; estos registrós se resumen en tablas de mortalidad y están a disposición de los aseguradores de vida. El asegurador, generalmente, tiene un gran número de ejemplos al azar y sabe que allí puede medir con bastante precisión la probabilidad de pérdida subyacente.

Número de riesgos requeridos para una precisión determinada

Una cuestión de considerable interés, tanto para el asegurador comercial como para el posible asegurador propio, es saber la dimensión que debe tener un riesgo (esto es, cuántas unidades de riesgos individuales) antes de poder conseguir un grado determinado de precisión para obtener una frecuencia de «pérdida real», que se aproxime lo suficiente a la frecuencia de «pérdida esperada». Es cierto que a medida que el número de unidades de riesgo llega a ser indefinidamente mayor, la frecuencia efectiva de pérdida será igual a la frecuencia de pérdida esperada; pero nunca es posible para un solo asegurador, sea un asegurador comercial o un asegurador propio, agrupar indefinidamente un

gran número de riesgos. Sin duda, muchos individuos equivocadamente suponen que están en situación de asegurarse ellos mismos si tienen bajo su control, digamos, diez automóviles. Estas personas piensan que sería improbable que más de uno o dos automóviles se perdieran en un período de tiempo determinado, o que únicamente ocurra una reclamación de daños. Ya demostraremos que es la postura más peligrosa.

Surge una pregunta: ¿qué cantidad de error se presenta cuando un grupo asegurador no es suficientemente grande? Concretamente, un asegurador puede preguntarse: «¿Cuántas unidades de riesgos deben agruparse para que yo pueda tener el 95 por 100 de seguridad de que las pérdidas efectivas se diferenciarán de las pérdidas esperadas en no más de un 5 por 100?» Se supone que se conocen las pérdidas esperadas para una gran población de riesgos o que pueden estimarse por las informaciones obtenidas. Esencialmente, el asegurador desea saber hasta qué punto será estable su propia experiencia de pérdidas determinadas, qué cantidad de riesgos objetivos deberá aceptar en un número determinado de unidades de riesgos. Ciertas leyes estadísticas y matemáticas responden a esta pregunta. Aunque los supuestos requeridos no siempre se mantienen en la vida real, en cambio permiten al asegurador hacer una aproximación que le ayudará considerablemente a tomar una decisión justa. La conjetura requerida es que las pérdidas ocurren en la forma impuesta por «el teorema de binomio». En otras palabras, cada pérdida ocurre independientemente de cada una de las otras pérdidas, y la probabilidad de pérdida es constante para uno y otro acontecimiento. Establecido así en términos matemáticos, las pérdidas deben considerarse como pruebas de Bernoulli.

Distribución normal

Podemos demostrar que si las pérdidas se comportan de la forma imaginada, se distribuirán casi normalmente [6]. ¿Qué quiere decir ser distribuidas casi normalmente? La figura 2-1 ilustra, gráficamente, la forma general de una distribución normal o en forma de campana. En una distribución normal la frecuencia de acontecimiento de los sucesos medidos se distribuye simétricamente en la forma general de una campana tocante al valor medio [7]. En la figura 2-1 la frecuencia de acontecimiento o la probabilidad de pérdida se muestra en el eje vertical, y el número de pérdidas aparece en el eje horizontal. Si hay cien unidades de riesgos, cada una de las cuales tiene una probabilidad de acontecimiento de pérdidas de 0,30, el número medio de pérdidas es 30. La probabilidad de que ocurran exactamente 30 pérdidas es 0,09; que ocurran exactamente 26 pérdidas es 0,06; que ocurran exactamente 25 pérdidas es 0,05, etc. Sumando todas las probabilidades resultará una probabilidad total de uno, puesto que los sucesos son mutuamente excluyentes y colectivamente independientes. Obsérvese que el número de pérdidas en el gráfico comienza con 20, puesto que la probabilidad de que ocurran menos de 20 pérdidas, cuando el número de pérdidas esperado es 30, es muy pequeño, realmente, 0,0089. Igualmente, el número de pérdidas termina alrededor de 40, puesto que es muy poco probable, con una probabilidad de 0,0125, que ocurran más pérdidas. En teoría es posible tener cien pérdidas entre un número total de cien unidades de riesgos y así las barras verticales nunca llegarían al eje horizontal, sin embargo las barras quedarían tan cercanas al eje mostrado que para todos los supuestos prácticos puede olvidarse la probabilidad de tener una pérdida menor de veinte o mayor de cuarenta.

La importancia de que las pérdidas estén normalmente distribuidas es que podemos calcular dentro de tolerancias conocidas la probabilidad de que las pérdidas caigan dentro de una cierta variación de su número medio. Esto lo explicaremos con un ejemplo, y antes de darle debemos pensar en lo que significa una media estadística de dispersión conocida como «desviación standard».

La desviación standard

La desviación standard es un número que mide lo próximo que está un grupo de medidas individuales a su valor promedio; si, por ejemplo, un grupo de 10 árboles se caracteriza porque la altura varía entre 6 a 100 pies, pero la promedia es

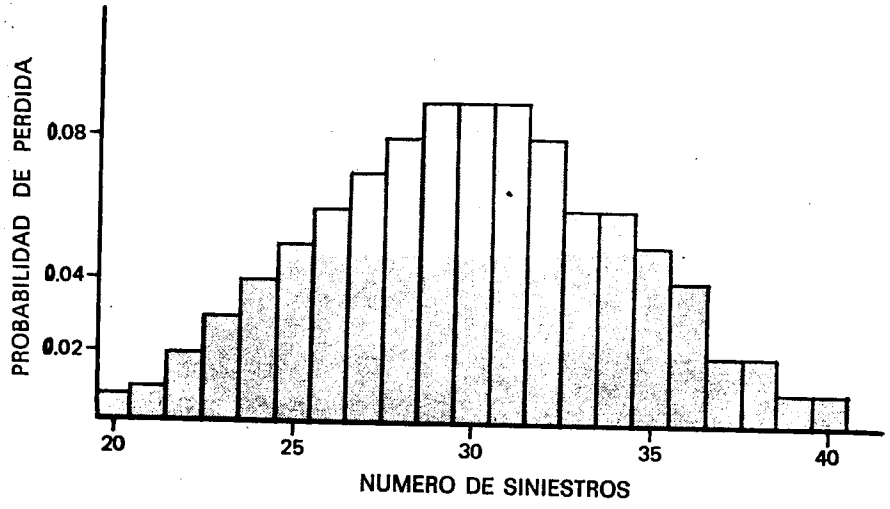
[6] Para una prueba matemática de ésto, véase E. Parzen, *Teoría de probabilidad moderna y sus aplicaciones* (Modern Probability and its Applications) (Nueva York: John Wiley, 1960), págs. 239-245.

[7] Hay otras distribuciones que también encajan en esta descripción. El significado preciso de una curva normal debe darse en una fórmula matemática algo compleja. Para evitarnos explicar esta fórmula, se da una explicación en términos de binomio, que, como se observa, se aproxima mucho a la curva normal.

de 50 pies, encontraríamos que la dispersión de la altura de los árboles individuales es muy grande. Los árboles varían en altura desde 6 a 100 pies y al decir «que el promedio de altura de los árboles es 50 pies» no es una representación muy real de la altura de estos árboles. Por ejemplo, al comparar el grupo anterior con otro grupo de diez árboles que varían en altura de 45 a 55 pies, pero cuyo promedio de altura es 50 pies, uno naturalmente busca el medio de establecer precisamente cómo difieren los dos grupos. El concepto de desviación standard es, posiblemente, el instrumento más importante de estadística usado para realizar este objetivo. Comparando la desviación standard de altura de los dos grupos de árboles, uno puede indicar precisamente cuánta variación existe en altura. Es posible establecer, por ejemplo, que la altura de 3/4 de todos los árboles cae dentro de una desviación standard de la altura media en un grupo, y que sólo el 10 por 100 de los árboles cae dentro de la desviación standard de la altura media del otro grupo. Con tal afirmación, tenemos una descripción más precisa del promedio de altura de los dos grupos de árboles.

Figura 2-1

ACONTECIMIENTO DE 30 SINIESTROS DISTRIBUIDOS EN TERMINOS DE BINOMIO, CON PROBABILIDAD 0.30, ENTRE 100 UNIDADES DE RIESGOS



La desviación standard es, pues, un indicador de la dispersión de medidas sobre el promedio. Si, por ejemplo, el standard de desviación es 20 pies, podríamos decir que «la dispersión» de alturas sobre el promedio es, en el término medio, 40 por 100 (20/50 = 0,40) en la variación de una desviación standard; 80 por 100 en la variación de dos desviaciones standard, etc. [8]. Cuando la desviación standard se expresa como un porcentaje del promedio, como se indica más arriba, los estadísticos llaman a este resultado el «*coeficiente de variación*», que es la forma en que el asegurador distingue el concepto de riesgo matemático. Es, en efecto, el método de medir el riesgo objetivo usado en el Capítulo I. Si las pérdidas de un grupo de unidades de riesgos tiene un coeficiente de variación bajo, hay menor riesgo respecto a este grupo que frente a otro con un coeficiente de variación alto, puesto que el asegurador puede saber con mayor certeza, exactamente, cuál sería su desembolso financiero.

Intervalo de confianza

¿Qué conclusiones podrían sacarse si las pérdidas se distribuyesen normalmente? En la curva normal puede demostrarse que aproximadamente el 68 por 100 de todas las pérdidas caerá dentro de una variación de una desviación del standard de su número medio; aproximadamente el 95 por 100 caerán dentro de dos desviaciones del standard del medio; y más o menos el 99 por 100 dentro de tres desviaciones del standard del medio. Si sabemos la desviación del standard de una distribución, podemos hacer afirmaciones de «intervalo de confianza». Por ejemplo, podríamos decir que con el 68 por 100 de confianza (o probabilidad) los sucesos caerán dentro de una variación del standard del medio; con el 95 por 100 de probabilidad, que los mismos caerán dentro de dos desviaciones del standard del medio, etc.

---

[8] Para obtener la desviación standard de un grupo de medidas búsquese primero el valor promedio, sumando los valores de todas las partidas individuales y dividiendo por el número total de las partidas. Entonces, tenemos el medio de desviaciones cuadradas. La raíz cuadrada de la variación es la desviación standard. Ejemplo: Busque la desviación standard de cinco números, 0, 1, 2, 3, 4. Solución: el medio es 2. La suma de las desviaciones cuadradas del medio es 10. Término medio de desviaciones cuadradas es 2 — la variación. La desviación standard es 1,414 (raíz cuadrada de 2).

La Figura 2-1 ilustra una distribución de binomio que aunque similar en la forma a una distribución normal, no lo es realmente [9]. Sin embargo, puesto que la distribución normal es una buena aproximación de la distribución del binomio, podemos emplear los principios que se aplican a la distribución normal para ilustrar la naturaleza de las afirmaciones del «intervalo de confianza». En la Figura 2-1 el número de pérdidas esperado en un grupo asegurado de 100 unidades es 30. La desviación del standard es aproximadamente 4,6 pérdidas [10]. Así, la probabilidad es 0,68 de que el número real de pérdidas caiga dentro de una variación aproximada de 26-34 (aproximadamente una variación de la desviación del standard); 0,95 de que el número real de pérdidas caiga en la variación 21-39 (aproximadamente una variación de dos desviaciones del standard); y 0,99 que el número real de pérdidas caiga en la variación de 16-44. Debido al redondeo, estas cifras son sólo aproximadas.

Con sólo 100 riesgos y con una probabilidad de 0,30, el asegurador no puede estar muy seguro de cómo será el resultado de sus pérdidas. Espera 30, pero no puede tener más del 95 por 100 de confianza de que su experiencia de pérdidas no quede aún dentro de la variación de aproximadamente 21-39, un coeficiente de variación del 30 por 100. Esto es una dispersión más amplia y puede que no reúna las normas de precisión que exige el asegurador. Puede estar satisfecho con un 95 por 100 de intervalo de confianza, pero puede desear que este intervalo sea más bien menor que el establecido anteriormente.

Se dispone de una fórmula matemática sencilla para permitir al asegurador estimar el número de riesgos exigidos para un grado de precisión determinado. A no ser que se usen con gran precaución las herramientas matemáticas que hemos indicado más arriba y se interpreten por personas experimentadas, se llega, a menudo, a conclusiones erróneas. La fórmula se da sólo como una ilustración de la forma en que dichas herramientas pueden ayudar y guiar al asegurador a reducir sus riesgos.

[9] Una distribución normal es continua por naturaleza, mientras que la distribución de binomio se define de tal forma que cada prueba debe contarse, separadamente, como un entero, y se le llama distribución discreta. Esta es la razón por la que el alcance de las desviaciones del standard debe expresarse en números enteros.

[10] Actualmente la desviación estandard es 4,58, que se obtiene por abreviación matemática. La distribución de binomio se da por la cantidad np (número de pruebas por probabilidad a largo plazo) o en este caso (100) (0,30) o 30. La desviación standard de una distribución de binomio se obtiene en la fórmula $\sqrt{np(1-p)}$, o en este caso $\sqrt{100\ (0{,}30)\ (70)} = 4{,}58$.

La fórmula se basa en la conjetura de que las pérdidas de una población asegurada se distribuyen normalmente [11] y se refiere solamente a la existencia de una pérdida y no a la evaluación del volumen de la pérdida, que es un problema enteramente diferente que va más allá del alcance de este libro. La fórmula se basa en el conocimiento de que la distribución normal es una aproximación a la distribución de binomio, y que los porcentajes de pérdidas conocidos caerán dentro de 1, 2, 3 o más desviaciones del standard del medio. La fórmula es [12]

$$N = \frac{S^2 p(1-p)}{e^2}$$

donde: N es el número de unidades de riesgos suficiente para un grado de precisión determinado.

e es el grado de precisión requerido expresado como una relación de pérdidas reales al número total de la muestra.

S es el número de variaciones del standard de distribución. El valor de s nos dice con qué nivel de confianza podemos establecer nuestros resultados. Así, si s es 1, sabemos que con el 68 por 100 de confianza las pérdidas serán las pronosticadas por la fórmula; si s es 2, tenemos el 95 por 100 de confianza, etc.

Por ejemplo, supongamos que en el caso anterior donde nuestra probabilidad de pérdida es 0,30 (probabilidad que no es muy común para el choque de automóviles en ciertas zonas) deseamos tener el 95 por 100 de seguridad de que la relación de pérdidas reales (número de pérdidas dividido por el número de unidades aseguradas) no diferirá de la relación de pérdidas esperadas de 0,30 en más del 2 por 100, esto es, 0,02. En otras palabras, queremos saber cuántas unidades debe haber en el grupo asegurado para tener el 95 por 100 de seguridad de que

[11] Por supuesto, no hay ninguna garantía de que las pérdidas se distribuirán necesariamente en forma normal. Pruebas estadísticas pueden establecer la existencia o no existencia de una distribución normal de historias de pérdidas pasadas, sobre las cuales se pueden hacer conjeturas sobre una expectación futura de una experiencia de pérdida dada. No obstante, si se encuentran las pruebas de una distribución de binomio, las pérdidas serán distribuidas casi con normalidad.

[12] Véase Parzen, *op. cit.*, págs. 228-232, para la derivación matemática de una fórmula similar.

el número de pérdidas entre cada 100 unidades caerá en la variación: Ejemplo,

28-32. Sustitución en la fórmula $\frac{S^2p(1-p)}{e^2}$ = produce $\frac{2^2(0,3)(0,7)}{(0,02)^2}$, o 2.100 unidades de riesgos. El valor de S es 2 en este, porque por nuestra exigencia del 95 por 100 de intervalo de confianza —sabemos que el 95 por 100 de todas las pérdidas caerán dentro de una variación de 2 desviaciones del standard del medio.

Podríamos demostrar la lógica del resultado anterior trabajando a la inversa. La fórmula nos dice que 2.100 automóviles son necesarios para que tengamos el 95 por 100 de confianza de que las pérdidas no variarán un 2 por 100 del número expuesto, o en más de 42 pérdidas (0,02 × 2.100). Si las pérdidas son normales, podríamos esperar una pérdida media de 630 (0,30 × 2.100) y una desviación del standard de 21 (por la fórmula dada en la nota 10, i.e. = $\sqrt{np(1-p)}$ o $\sqrt{2.100(.3)(.7)} = 21$. Dos desviaciones del standard son, pues, 42 (2 × 21) que es la variación en el número de pérdidas permitidas por nuestras conjeturas. Por ejemplo, supongamos que estamos satisfechos con una precisión de 0,05 por el valor de E. En este caso, la fórmula produce $\frac{2^2(.3)(.7)}{(0,05)^2}$ o 336 unidades de riesgos. Si estamos satisfechos con una precisión de 0,10, necesitaríamos sólo $\frac{S^2(0,3)(0,7)}{(10)^2}$ u 84 unidades de riesgos. Si deseáramos tener el 99 por 100 de seguridad de que nuestra frecuencia de pérdidas no diferirá de la frecuencia de pérdidas esperada en más de 0,02, necesitaríamos $\frac{3^2(.3)(.7)}{(0,02)^2}$ o 4.725 unidades de riesgos.

En el ejemplo precedente, la probabilidad de pérdida era mucho mayor. En muchos campos del seguro es bastante raro experimentar probabilidades tan grandes. Es mucho más normal que la probabilidad de pérdidas sea el 5 por 100 o menos. Si ésta es sólo el 5 por 100, el asegurador deseará sin duda insistir en una norma de precisión más alta de la que resultó efectiva en el caso precedente. Así, 0,03 podría ser satisfactorio si la relación de pérdidas esperada es 0,30, porque una desviación de 0,03 del medio de 0,30 representa sólo un 18 por 100 de error (0,03/0,30 = 0.10). No obstante, si la probabilidad básica sólo es 0,05, un error de 0,03 en la fórmula anterior se convierte en una variación del 60 por 100 fuera de la pérdida esperada (0,03/0,05 = 0.60). De ahí que el asegurador puede decir que si

la pérdida esperada es 0,05, su standard de precisión será 0,005 ó 10 por 100 fuera de pérdida esperada. La sustitución de 0,005 por e en la fórmula anterior produce un nivel de confianza del 95 por 100, $\frac{2^2(0,3)(0,7)}{(0,005)^2}$ o 33.600 unidades de riesgos como el número mínimo necesario.

En el seguro de Vida es interesante observar que a una edad temprana, como los 20 años, la probabilidad de pérdida es menor que 0,002. Si un asegurador de Vida tuviera el 95 por 100 de confianza de que su número efectivo de muertes entre todas sus vidas aseguradas, de edad de 20, caerá dentro del 0,0002 (otra vez, un 10 por 100 de precisión normal) de su tasa de muertes esperadas, debe asegurar $\frac{2^2(0,002)(0,998)}{(0,0002)^2}$ o 199.600 vidas.

La fórmula indica que se requiere un número muy grande de vidas para que el grado de riesgo sea aceptable, pero el ejemplo ilustra una verdad fundamental sobre el riesgo del asegurador: cuando la probabilidad de pérdida es pequeña, el asegurador necesita un mayor número de unidades de riesgos que lo que se admite comúnmente para que el grado de riesgo sea aceptable. Las fórmulas matemáticas, como las usadas en estos ejemplos, pueden ayudar considerablemente al asegurador en hacer sus estimaciones del grado de riesgo que asume con un número determinado en su grupo de riesgos.

Dichas fórmulas, ofrecen un medio para que el asegurador considere simultáneamente las interrelaciones de número de unidades de riesgos, probabilidad de pérdida, errores en predicciones y niveles de confianza de estimaciones futuras de pérdida. Una vez que se determine cualesquiera de estas tres variables, puede encontrarse la cuarta. Usando las fórmulas, un asegurador comercial, por ejemplo, puede encontrarse con que necesita una mayor penetración en el mercado de seguros para reducir el riesgo a niveles aceptables. Podría procederse así, más inteligentemente al tomar decisiones como retirarse de ciertos mercados o disponer de mayores cantidades para actividades de promoción. Nuevamente, un asegurador propio puede informarse de que su firma corre riesgos de pérdida catastrófica debido a que hay muy pocas unidades de riesgos para la establidad de pérdida. Si el propio asegurador decide continuar su seguro propio de todas maneras, admite la probabilidad de que las pérdidas esperadas sean de tal cantidad que los fondos del seguro propio puedan consumirse en el año siguiente. La gerencia puede, pues, decidir aumentar el fondo del seguro

propio, comprar un seguro comercial o continuar asumiendo el riesgo.

Las tablas de credibilidad

El uso del modelo matemático para determinar el número de unidades necesario para lograr un grado determinado de estabilidad de pérdida es también importante para preparar «las tablas de credibilidad». Estas indican el grado de confianza que el que elabora las tasas puede atribuir a la experiencia de las pérdidas en las unidades de riesgos existentes. Por ejemplo, si un elaborador de tasas ha de aumentar o disminuir una tasa de seguro basado en las relaciones de pérdidas mayores o menores que ha observado en el año anterior entre su grupo asegurado, debe hacerse la siguiente pregunta: «¿Es este grupo asegurado suficiente para producir una tabla fidedigna?» Las técnicas matemáticas y estadísticas son muy útiles en este aspecto. (Ver Capítulo 26.)

LOS RIESGOS DEL INDIVIDUO

El riesgo básico, para el individuo, es la incertidumbre de que le ocurra una determinada pérdida. Puede saber que la probabilidad de pérdida es pequeña, pero no tiene medio de saber dónde o a quién alcanzará el rayo. Si existe la posibilidad de una pérdida seria, aunque sea mínima, buscará algún medio para evitar esa posibilidad.

Del análisis anterior se desprende que rara vez un individuo particular tendrá suficiente número de unidades de riesgos para lograr un alto grado de precisión en sus predicciones estadísticas de pérdidas. Podríamos decir que para un individuo el riesgo es realmente muy alto. De ahí que para evitarlo se recurre al seguro o a otros medios para evitar el riesgo. Por supuesto, a un individuo puede que no le importe si un riesgo le ocurre o no, pues la cantidad de dinero comprometida puede ser muy pequeña en relación con su riqueza. Puede no estar dispuesto a comprar un seguro contra el acontecimiento de una pequeña pérdida, tal como el seguro de incendio sobre su galpón de madera, aunque la cobertura sea muy barata. Puede estar dispuesto a comprar el seguro sobre un automóvil nuevo aunque la expectativa matemática de las pérdidas sea menor que la

prima que pague. Simplemente, porque no está dispuesto a exponerse a perder una inversión que es relativamente grande si la compara con su riqueza total.

Supongamos, por ejemplo, que hay un 2 por 100 de probabilidad de que una colisión destruya completamente el automóvil de una persona. El dueño de un auto de 1.000 dólares puede darse cuenta de que el valor esperado de pérdida es 0,02 × 1.000 dólares, o 20 dólares. Pero puede encontrar que el seguro contra colisión costaría 40 dólares, porque el asegurador tiene que cobrar lo suficiente para pagar las pérdidas esperadas más el coste en hacer el negocio. ¿Debería el dueño asegurarlo? Si un auto de 1.000 dólares representa una gran parte de la riqueza total de una persona, posiblemente lo asegurará. Sin embargo, si la persona es rica y tiene otros vehículos más valiosos que éste, no lo asegurará. Esta situación sugiere un principio fundamental y muy importante del seguro. Debido al elemento del riesgo, un individuo puede estar dispuesto a pagar más para evitar una pérdida que el valor esperado verdadero de esta pérdida. En realidad, si no fuera por este fenómeno, el seguro no podría existir. El asegurador debe siempre cobrar más por su servicio que el valor de la pérdida esperada. Si un individuo actúa solamente de acuerdo con el criterio de pérdidas esperadas, tal vez nunca contrataría el seguro, suponiendo que conoce «el valor esperado de pérdida». En muchos casos, sin embargo, ignorará dicho valor. No obstante, el riesgo es un gravamen para la sociedad y los individuos están dispuestos a pagar una cantidad para evitarlo.

ANALISIS DE LA UTILIDAD DEL USO DEL SEGURO

En el Capítulo I se introduce el criterio de riesgo subjetivo. Este riesgo proviene de las actitudes mentales hacia la incertidumbre. Si la gente se inclina a actuar según dichas actitudes, y si las medimos, probablemente tendríamos un valioso instrumento para predecir el comportamiento humano en determinadas situaciones. En particular, podríamos predecir el comportamiento humano ante la contratación de seguros, conociendo mejor las actitudes mentales hacia el riesgo. Un criterio que se emplea para medir éstas, es el de la utilidad.

«*Utilidad*» es el valor subjetivo que un individuo atribuye a sus mercancías, servicios u otros bienes de valor para él. Tal

valor de utilidad resume todos los factores psicológicos, económicos y sociológicos en una cifra neta. Los economistas utilizan desde hace tiempo este concepto para explicar el precio de demanda en el mercado. Si la cesta de la compra y una mesa de radio tienen la misma utilidad total para el comprador, probablemente estas dos mercancías tendrán igual valor en el mercado libre, y al comprador le es indiferente qué mercancía elegir. De la misma manera, si el consumidor compara la posibilidad de ganar una cierta cantidad de dinero con el precio de un billete de lotería, probablemente le será indiferente cualesquiera de estas dos elecciones. Si el precio del billete es ligeramente reducido, tal vez el consumidor se decidirá por jugar y comprar el billete. La utilización en las mercaderías y servicios no está necesariamente relacionada con el coste de producción. De ahí que el vendedor puede tener una utilidad sobre sus costes elevando el valor de su mercancía en la mente del consumidor, a través de las técnicas de propaganda.

Para explicar el hecho de que el precio tiende a bajar al aumentar las cantidades de mercancías en venta, los economistas confían fuertemente en el criterio de disminución de la utilidad marginal.

Utilidad marginal

La utilidad marginal se refiere al valor subjetivo para el consumidor de la última unidad de mercancía comprada. Se presume que el valor de cada unidad adicional de un producto tiene menos valor para el consumidor (aunque el precio sea el mismo) que la unidad de un producto inmediatamente precedente. A medida que compra más mercaderías se llega a un punto donde el precio de un artículo no tiene valor para el usuario. Así, el consumidor no comprará más mercaderías a ese precio. Siguiendo este razonamiento, la pérdida de una unidad marginal del producto se considera de menos importancia para un hombre rico que para uno pobre, quien, por lo tanto, tendrá mayor razón de asegurarse contra la pérdida que un hombre rico.

La medida de la utilidad

La pregunta surge para ver cómo puede usarse en la práctica el análisis de la «utilidad» al estudiar la decisión de comprar un seguro. Primero, debe encontrarse la forma de medir

la utilidad de cada comprador —esto es, su actitud hacia el riesgo—. Por ejemplo, hemos afirmado que una pérdida grande se considera más seria que una pérdida pequeña, pero ¿cómo determinamos cuándo es más seria? Friedman y Savage han establecido un método para determinar este valor [13]. Esencialmente, este método comprende la determinación del punto en que a un individuo le es indiferente elegir entre dos alternativas: una cierta cantidad de dinero en un mano y una suma mayor de dinero en la otra, pero incierta. Podría describirse el método de la siguiente forma:

1. Elija cualesquiera de las dos cantidades, digamos 500 y 1.000 dólares, y asigne un valor arbitrario de utilidad de 0 y 1, respectivamente.
2. Elija una cantidad intermedia, digamos 600 dólares. Busque su utilidad.
3. Pregúntele a un individuo si le sería indiferente tener una renta segura de 600 dólares o una probabilidad *(pth)* de 500 y una probabilidad *(qth)* de 1.000. Busque el valor de p para que a él le sea indiferente. Por ejemplo, vea si a la persona le sería indiferente una cantidad entre 600 dólares y una oportunidad de 1/10 de 500 y una oportunidad de 9/10 de 1.000 (si dice que preferiría la última reduzca la diferencia). Digamos que el valor de p resulta ser 2/5. Esto significa que le es indiferente una renta segura de 600 dólares y unos 2/5 de probabilidad de 500 y un 3/5 de probabilidad de 1.000 dólares. El valor actuarial de la oportunidad es 200 dólares más 600 = 800. Pero él preferiría tener una cantidad segura de 600 que una cantidad incierta, cuyo valor esperado sea 800. Esto se debe a su forma especial de juzgar los valores y su punto de vista sobre la incertidumbre.

4. El valor de la utilidad, debido a nuestra asignación inicial arbitraria es 0,6, a que se llega en la siguiente forma:

U (600) = 2/5 U (500) más 3/5 U (1.000).

U (600) = 2/5 (0) más 3/5 (1) = 0,6.

Donde U (dólar) = a la asignación de utilidad de una persona a una cantidad de dinero determinada.

5. Repita el experimento con cualquier valor entre 500 y 1.000 dólares.
6. Para obtener utilidades por valores fuera de la variación entre 500-1.000, proceda de la siguiente manera: ofrezca al consumidor una opor-

[13] Milton Friedman y L. J. Savage, *El análisis de utilidad de selecciones que implica el riesgo* (The utility analysis of choices involving risk), «Journal of Political Economy» (Periódico de Economía), vol. LVI (1948), páginas 279-304 y reeditado en Asociación Americana de Economía (American Economics Association), lecturas sobre teoría de precios (Readings in Price Theory) (Homewood, III: Richard D. Irwin, Inc. 1952).

tunidad, p, de 500 dólares y una oportunidad, q, de digamos 10.000 y una seguridad de 1.000, variando p hasta que al consumidor le sea indiferente entre una cantidad segura de 1.000 dólares y una cantidad incierta de 400 (4/5 × 500) más 2.000 (1/5 × 10.000) ó 2.400.

Una utilidad de 1 se asigna a un importe de 1.000 dólares y 0 a 500; así

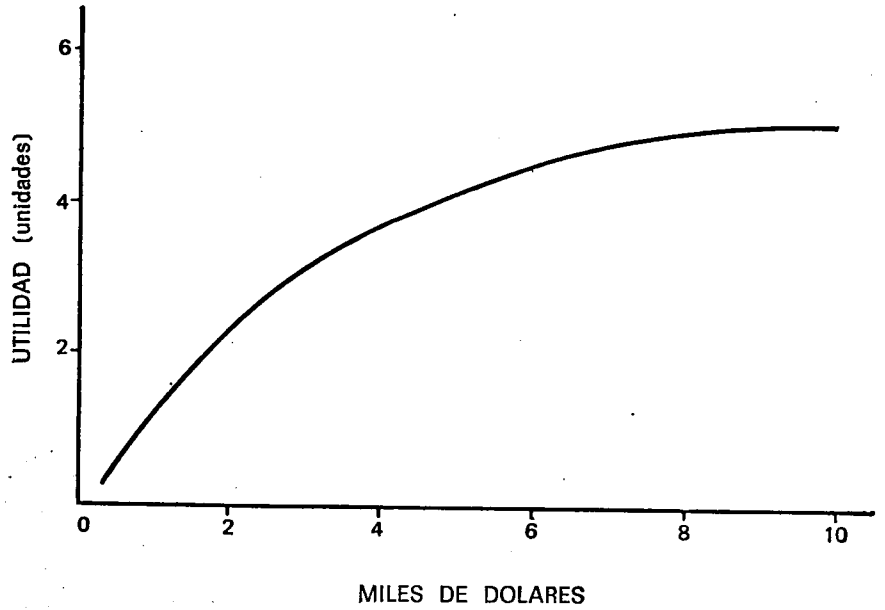
$$\begin{aligned} 4/5\ U\ (500) + 1/5\ U\ (10.000) &= U\ (10.000) \\ 4/5\ (0) \quad + 1/5\ U\ (10.000) &= 1 \\ + 1/5\ U\ (10.000) &= 1 \\ U\ (10.000) &= 5 \end{aligned}$$

Gráficamente estos valores continuos podrían verse en la Figura 2-2.

Si un individuo fuera «lineal» en dinero, su curva de utilidad en la Figura 2-2 estaría representada por una línea recta en vez de una curva.

Figura 2-2

EJEMPLO DE GRAFICO DE VALOR CONTINUO PARA ANALISIS DE UTILIDAD



Sin embargo, se piensa que hay pocos individuos con este punto de vista sobre el riesgo, pues significaría que una persona se hallaría completamente indiferente entre una cantidad de

dinero seguro, como 1.000 dólares, y una oportunidad de 0,01 de recibir 100.000. Pocas personas pagarían 1.000, por el 1 por 100 de probabilidad de ganar 100.000. Si es válido el argumento anterior, el análisis de la utilidad deberá tenerse en cuenta en las decisiones relativas a los riesgos, como en el caso del seguro.

Para ilustrar de una manera específica la aplicación de la utilidad en una decisión de compra, supongamos que el punto de vista de Smith sobre el riesgo se mida por el proceso anterior, resumiéndose como sigue:

Posible resultado monetario si ocurre un incendio	Puntos de Utilidad asignados
— 50.000 dólares	— 2.000
— 10.000 »	— 300
— 5.000 »	— 60
— 1.000 »	— 10
— 500 »	— 3
— 0 »	0
+ 500 »	+ 3

Al parecer Smith no es muy rico, pues una pérdida de 50.000 dólares le significa más que una pérdida de proporciones más modestas, como 10.000. Una pérdida de 50.000 dólares le significaría una pérdida de utilidad de 2.000 puntos, mientras que una pérdida de 10.000, un quinto de la anterior, le significaría una pérdida de sólo 300 puntos, 15 por 100 de la pérdida de utilidad de 50.000. Igualmente, una pérdida de sólo 500 dólares significa una pérdida de utilidad de sólo 3 puntos. Una pérdida de 500 es el 5 por 100 de la pérdida de 10.000. La pérdida de utilidad asignada a 500, 3 puntos, es sólo el 1 por 100 de la pérdida de utilidad de los 300 puntos asignados a los 10.000 dólares.

Ahora, supongamos que por una prima de 1.000 dólares, Smith puede asegurarse contra una pérdida de 50.000, cuya probabilidad de acontecimiento es 0,01. Smith sabe que la probabilidad de pérdida es sólo el 1 por 100 y que, por tanto, la probabilidad de pérdida a largo plazo, si estuviera expuesto a esta pérdida durante muchos años, le costaría, en un promedio, 500 dólares. ¿Debería comprar el seguro? Según la curva de utilidad de Smith, una pérdida de 50.000 dólares significaría una pérdida de 2.000 puntos de utilidad. A la larga él podría

esperar perder un 1 por 100 de éstos, o 20 puntos. En otras palabras, la expectativa matemática de pérdida de utilidad es de 20 puntos. Sin embargo, debería comprar el seguro. *Smith debería comprar el seguro contra todo riesgo hasta que la utilidad del desembolso de la prima se iguale a la utilidad de la pérdida esperada.* Esta regla se ilustra a continuación:

(1) Resultado monetario si un incendio ocurre	(2) Puntos de utilidad asignados	(3) Probabilidad de acontecimiento	(4) Valor esperado de utilidad perdido por incendio (2 × 3)	(5) Prima de seguro		(6) Pérdida en puntos de utilidad por pagar primas (de 2)
				Como porcent.	En dólares	
— 50.000	— 2.000	0,01	— 20	2	1.000	— 10
— 10.000	— 300	0,05	15	10	1.000	— 10
— 1.000	— 10	0,10	— 1	20	200	— 1
— 500	— 3	0,20	— 0,6	40	200	— 1
— 300	— 1	0,30	— 0,3	60	120	— 0,6

Según la tabla anterior, Smith debería asegurarse contra las pérdidas por los importes superiores a 1.000 dólares, pero no los inferiores. Para menos de 1.000 la prima del seguro es demasiado alta, puesto que la pérdida de utilidad por pagar primas excede el valor de la pérdida de utilidad a causa de incendio. Por ejemplo, a Smith se le pide que pague 200 dólares por asegurar contra una pérdida de 500, cuya probabilidad de que acaezca es 0,2. La pérdida de utilidad por pagar esta cantidad es una suma cierta, es decir, 1 punto. El valor esperado de pérdida de utilidad a causa de incendio, sin embargo, es sólo de 0,6 puntos. Este resultado ocurre porque se supone que el asegurador cobra una prima que es el doble del valor de pérdida esperado para cubrir sus gastos de operación. Al mismo tiempo, se observa que Smith está más cerca de ser lineal en cuanto al dinero a medida que la pérdida probable se aproxima a 0.

En resumen, el criterio de disminución de la utilidad marginal explica por qué una persona estaría dispuesta a pagar más por un seguro para evitar una pérdida que el valor esperado y verdadero de la pérdida.

En algunos experimentos psicológicos se encuentra algún respaldo a la hipótesis de la utilidad al explicar el comportamiento de compra de los seguros, donde se muestra que la gente se inclina a sobreestimar las probabilidades pequeñas de pérdida o ganancia y a subestimar las grandes. Se fijó una línea divisoria aproximada de 0,20, en un experimento dirigido por Preston y Baratta [14] bajo el cual los sujetos se inclinan a sobreestimar la probabilidad verdadera de pérdida. Puesto que la mayoría de las probabilidades relacionadas con el seguro son muy pequeñas, puede observarse que hay una tendencia a que los individuos crean que la probabilidad verdadera de pérdida (y pérdida consiguiente en la utilidad esperada) es mayor que la real. De ahí que para dichas personas el coste de seguro les parezca relativamente bajo.

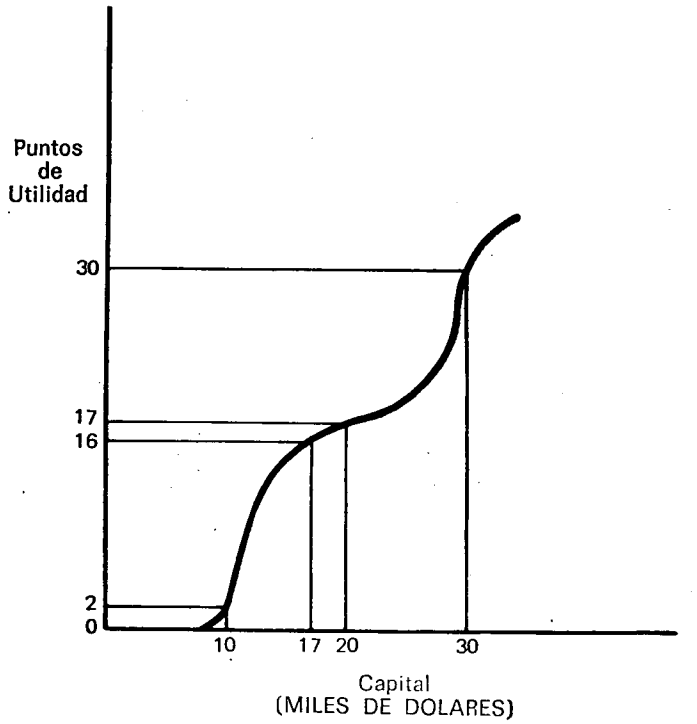
Friedman y Savage [15] observaron que algunas personas contratan un seguro y, en forma aparentemente inconsistente, también participan en el juego. Si la curva de utilidad de una persona se formara como la curva de la Figura 2-2, no jugaría puesto que la utilidad marginal esperada de ganancia sería inferior a la utilidad marginal de la apuesta. Por consiguiente, Friedman y Savage formulaban la hipótesis de que es posible que la curva de utilidad de una persona aparezca como una «*S*» extendida, aumentando, primero, a una tasa decreciente, luego a una tasa creciente, y aumentando, finalmente, otra vez a una tasa decreciente a medida que su riqueza o renta aumenta. Si la renta o riqueza de una persona está en uno de los puntos en que la tasa de cambio de utilidad comienza a aumentar a una tasa creciente, probablemente esta persona estaría dispuesta a jugar puesto que sobre este nivel de riqueza la ganancia en utilidad esperada por ganar le valdría más que la pérdida de utilidad por pagar la apuesta. Gráficamente la curva de utilidad de esta persona aparecería como se indica en Figura 2-3.

[14] M. G. Preston y P. Baratta, «Estudio experimental del valor de remate de un resultado incierto» (An experimental value of the auction value of an uncertain outcome). *American Journal and Psychology* (Periódico Americano y Psicología), Vol. 61 (1948), págs. 183-193.

[15] Friedman y Savage, *op. cit.*

Figura 2-3

CURVA DE UTILIDAD HIPOTETICA DE UN INDIVIDUO CON CAPITAL DE 20.000 DOLARES



Al ver este cuadro, imaginemos que el capital de Jones es de 20.000 dólares, dándole valor de utilidad de 17 puntos. Se le presenta un juego en que tiene la oportunidad de aumentar su riqueza a 30.000 dólares con una apuesta de 3.000 dólares. El cuadro muestra que la utilidad perdida al pagar la apuesta es de 1 punto, mientras que la utilidad de la ganancia es de 13 puntos. La utilidad de la ganacia es 13 veces la utilidad de la apuesta. Probablemente, Jones entrará en el juego si la probabilidad de ganar excede 1/13. Supongamos que la probabilidad de ganar es 0,10. Los puntos de utilidad esperados de la ganancia es 1,3 (0,10 × 13), mientras que la utilidad perdida por pagar la apuesta es 1. Estos resultados ocurren aun cuando Jones esté dispuesto, aparentemente, a pagar 3.000 dólares por

la oportunidad de ganar 10.000, que es tres veces el valor esperado en el juego.

Supongamos que a Jones se le exige pagar una prima de 3.000 dólares por contratar un seguro contra una posible pérdida que reduciría su riqueza de 20.000 dólares a 10.000. La curva de utilidad muestra que su utilidad total declinaría de 17 a 2, o 15 puntos, mientras que la pérdida de utilidad al pagar la prima sería 1 punto. Probablemente, Jones compraría el seguro si la probabilidad de pérdida excediera de 1/15. Si la prima de seguro es el 10 por 100, por ejemplo, la pérdida de utilidad esperada por correr el riesgo es 1,5 puntos (0,10 × 15), mientras que la utilidad perdida por pagar la prima es 1 punto.

Así, Jones podría estar dispuesto a comprar el seguro y todavía entrar en el juego. Aun cuando esto parezca una conducta inconsistente, la forma particular de la curva de utilidad de Jones para el dinero explica su proceder. Como señalan Friedman y Savage, muchas personas compran un seguro y juegan al mismo tiempo. Mosteller y Nogee [16] demostraban que los jugadores, en el caso de juego de azar, parecen tener curvas de utilidad que se asemejan mucho a la curva mostrada para Jones.

Puede observarse que sobre cierto nivel de riqueza (30.000 dólares) la línea de utilidad de Jones nuevamente se curva por arriba, indicando que no le agrada el riesgo por encima de este punto. Esto indica por qué muchas personas ricas se vuelven conservadoras con su dinero, convirtiéndose en grandes compradores de seguros.

● RESUMEN

1. Los teoremas básicos de probabilidad son de gran importancia en el seguro, especialmente en la elaboración de las cuotas, administración financiera y formulación de provisión contractual. Son de importancia crucial para proteger la solvencia del asegurador al permitir mayor número de predicciones precisas de pérdidas, especialmente cuando la información empírica es escasa y deben formarse conjeturas en cuanto al curso de los acontecimientos futuros. Estos orientan al asegurador para determinar el número adecua-

[16] F. Mosteller y P. Nogee, «Una medición experimental de utilidad» (An experimental measurement of utility), *The Journal of Political Economy* (Periódico de Economía Política). Octubre 1951, págs. 371-404.

do de unidades de riesgos que permitan una estabilidad financiera. La teoría de la probabilidad es una guía importante para el probable asegurador propio a la hora de estimar la naturaleza de su riesgo.

2. La probabilidad se define como la frecuencia a largo plazo de ciertos sucesos expresados como un porcentaje del número total de posibles sucesos en un espacio de muestra, a cada uno de los cuales se ha asignado algún número llamado «peso» para reflejar su importancia relativa en el total. Probabilidad es un número entre 0 y 1 asignado a un suceso.
3. Cuando los sucesos en un espacio de muestra se definen como mutuamente exclusivos, la probabilidad total de que ocurran dos o más sucesos es la suma de las probabilidades respectivas de los sucesos separados. Esto se llama regla aditiva en probabilidad. La suma de dichas probabilidades no pueden exceder de 1, y no puede ser inferior a 0.
4. Un supuesto importante en los sucesos asegurables es que los sucesos son independientes y casuales. Independencia significa que el conocer la probabilidad de un suceso no afecta el cálculo de probabilidad del próximo suceso en un espacio de muestra. Un hecho casual significa que cada suceso en un espacio de muestra es tan probable que ocurra como cualquier otro. Los aseguradores tratan de clasificar las unidades de riesgos en forma tal que las pérdidas que ocurran sean independientes y casuales.
5. Si dos o más sucesos independientes pueden ocurrir simultáneamente, en secuencia, la probabilidad de que ocurran todos es el producto de sus probabilidades separadas. Conocida como la regla de «probabilidad compuesta», esta afirmación sirve de base para los métodos más complicados de determinación de la probabilidad de acontecimientos en un número de sucesos dados dentro de un gran número de ellos en el espacio de muestra. Este es un medio muy útil para el asegurador que se interese en la probabilidad de que acontezca más de una pérdida.
6. El criterio de valor esperado es básico para los cálculos de probabilidad. El valor esperado de un suceso o una serie de sucesos se calcula preparando una lista de resultados posibles, multiplicando cada resultado por su probabilidad, y sumándolos.

7. La probabilidad condicional es la probabilidad de que ocurra algún suceso descrito en el supuesto de que otro suceso ha ocurrido. El criterio de probabilidad condicional es especialmente útil para juzgar la gravedad de pérdidas posibles, si las hubiere.
8. Los riesgos principales del asegurador son: (a) las incertidumbres supuestas al estimar la probabilidad de un suceso, (b) las incertidumbres supuestas al determinar que los sucesos por asegurar son independientes y casuales, o que concuerdan con otras suposiciones matemáticas, y (c) el hecho de que el asegurador pueda no tener un número suficiente de riesgos para predecir las pérdidas con el grado de certeza requerido. El coeficiente de variación es un medio para caracterizar el riesgo objetivo del asegurador al obtener un número suficiente de unidades de riesgos con precisión matemática.
9. El principal riesgo del asegurado es la incertidumbre relativa a si una pérdida determinada le ocurrirá o no individualmente. Puesto que generalmente el riesgo es muy grande debido a la incapacidad del asegurado común de lograr un número suficiente de unidades de riesgos para obtener predicciones precisas en cuanto al acontecimiento de pérdidas, se han buscado las formas de reducir el riesgo por medio del seguro y otros sistemas. No es la probabilidad de pérdida lo que ocasiona dificultad, sino más bien la incertidumbre de que un individuo esté, o no, entre los que se espera que experimentarán una pérdida. Las pérdidas que son seguras serían previstas con anticipación por los afectados. Es la pérdida incierta la que requiere métodos refinados de tratamiento.
10. El criterio de utilidad es un instrumento importante para explicar el crecimiento económico del mecanismo del seguro como un medio de tratamiento del riesgo. Sin la idea de utilidad, sería difícil explicar por qué algunas personas pagarían 20 dólares de seguro contra una pérdida de 10.000 dólares, cuyo valor esperado (10.000 $\times$ la probabilidad de acontecimiento es 0,001 de 10.000 dólares o 10 dólares. La respuesta reside en el hecho de que para la mayoría de las personas la pérdida potencial de 10.000 dólares es tan grande que están dispuestos a pagar mucho más

de 10 dólares para evitar la posibilidad de perder dicha cantidad.

PREGUNTAS DE REVISION

1. (a) Refiriéndonos al ejemplo que figura en el epígrafe de «Probabilidad Compuesta», calcule la probabilidad de que si ocurre un incendio, el número de incendios será 1.
   (b) De qué valor es el criterio de probabilidad condicional para un asegurador?
2. Un jarro contiene 1.000 bolitas: 300 rojas, 300 blancas, y 400 azules:
   (a) Si se mezclan las bolitas y se sacan al azar, ¿cuál es la probabilidad de sacar una bolita azul en 10 pruebas, en 100 saques distintos de 10 bolitas cada uno?
   (b) ¿Cuál es el riesgo en cada caso? Explíquelo.
3. Al girar la rueda de una ruleta, se dice que la rueda no tiene memoria. Esto significa que hay mitad de números negros y mitad de números rojos en la rueda, y que cada color tiene una posibilidad igual de salir en cada giro.
   (a) ¿Qué probabilidad hay de sacar un número rojo después de 10 números negros en 10 giros sucesivos después de que cinco giros sucesivos han sido negros?
   (b) ¿Cómo se explica el hecho de que el mismo color puede aparecer 10 veces sucesivamente? Analizarlo.
4. Un malentendido frecuente de la ley de los grandes números o de la ley de promedios es que mientras más tiempo se pasa sin accidente, es más probable que su turno esté por llegar. ¿Por qué?
5. Un hombre tira una moneda 100 veces y obtiene 35 caras. Piensa que si tira la moneda otras 100 veces obtendrá 65 caras para compensar su fallo de obtener 50 caras durante las primeras 100 tiradas. Por consiguiente, tira la moneda otras 100 veces pero obtiene sólo 40 caras. Piensa que puesto que falló por 15 caras en el primer juego, y ahora se ha distanciado en 25 de los 100 esperados, la ley de promedios lo está dejando mal. ¿Está usted de acuerdo con él? ¿Por qué?

6. Un estudiante decide participar en un juego de cartas en un casino, con una probabilidad de ganar de uno a cuatro. Piensa que tiene una mejor oportunidad de ganar si juega un rato largo que si juega un rato corto, sobre la base que puede reponer sus pérdidas apostando más fuertemente después de una serie de pérdidas. Aconséjelo.
7. Un famoso matemático francés, D'Alembert, argumentaba lo siguiente: tire a cara o cruz dos monedas. Hay la probabilidad de sacar 0, 1 ó 2 caras, cada una con iguales probabilidades. Por lo tanto, la probabilidad de sacar una cara es 1/3 y no 1/2 como se cree comúnmente. ¿Qué elemento importante en el análisis de probabilidad pasó por alto D'Alembert?
8. Se le pide a un asegurador asegurar bajo una póliza colectiva las vidas de los pasajeros de un gran buque, pero rehusa sosteniendo que los sucesos no están distribuidos casualmente. Explique la actitud del asegurador. ¿Es lógica?
9. Un asegurador argumenta que si la probabilidad de que una casa se queme debido a un incendio es 0.02 y la probabilidad de dañarse a causa de una tormenta es 0.03, la probabilidad de daños por incendio o tormenta es 0.05 ¿Es esto cierto? ¿Por qué?
10. Se le pide a un asegurador que suscriba un contrato cubriendo los dos automóviles de una familia. Hay una probabilidad de 1 a 10 que el padre tenga un accidente y una probabilidad de 1 a 5 que el hijo tenga un accidente.
    (a) ¿Cuál es la probabilidad que ambos tengan un accidente?
    (b) ¿En qué supuestos basa su respuesta?
11. John dice que su tipo ideal de niña es una con las siguientes características: debe ser rubia, tener ojos pardos, su padre debe haber estudiado en Harvard, y ella tener el grado de «master» en matemáticas. Si las probabilidades de estas cualidades son, respectivamente, 0.3, 0.1, 0.01 y 0.001, ¿cuál es la probabilidad de que John encuentre una niña que a la larga le conduzca al altar?
12. De la figura 2-1.
    (a) Indique la probabilidad de que ocurrirán exactamente 30 pérdidas; de que ocurrirán 40.

(b) Verifique que si uno toma cada número de pérdidas de 20 a 40 y multiplica cada uno por su probabilidad de acontecimiento separado, el resultado es 30.
(c) ¿Cuál es el otro nombre para el resultado que dentro de 100 unidades de riesgos, 30 pérdidas son las más probables?

13. En la figura 2-1 verifique que aproximadamente el 68 por cien de las pérdidas caen dentro de una variación de 26-34 (una desviación standard del medio) y 95 por cien de las pérdidas caen dentro de una variación de 22-38 (dos desviaciones standard del medio).
14. (a) Calcule la desviación standard de los siguientes cinco números: 11, 8, 4, 7 y 10.
(b) ¿En qué sentido es el coeficiente de variación una medida del riesgo del asegurador? Explíquelo.
15. Un actuario de compañía de seguros hace la siguiente afirmación: «Si nuestras pérdidas se distribuyen normalmente, podemos estar con 99 por cien de seguridad de que las pérdidas caerán dentro de las tres desviaciones standard del medio. ¿Qué clase de afirmación es ésta, y qué valor tiene para el seguro?
16. Una firma industrial posee 300 automóviles que están repartidos por todos los Estados Unidos y los usan los vendedores. De la experiencia anterior el gerente de seguros de la firma sabe que el 12 por cien de estos autos se verán envueltos en accidente cada año, con un promedio de pérdida de 500 dólares. En el pasado tenían seguro comercial. La pregunta que se hace ahora es sobre la factibilidad de seguro propio, pero el gerente de seguros cuestiona su conveniencia sobre la base de que las variaciones de pérdidas en un año determinado podrían causar un importe de fluctuación de ganancia poco común en ciertas áreas. Estaría dispuesto el seguro propio, sin embargo, si se le pudiera demostrar que sólo hay un 5 por cien de probabilidad de que la frecuencia de pérdida real difiera de la frecuencia de pérdida esperada por más del 3 por ciento.
(a) ¿Tiene la firma un número suficiente de automóviles para garantizar el resultado solicitado por el gerente de seguros, suponiendo que las colisiones de los automóviles de la firma estuvieran distribuidos normalmente? Demuestre que su respuesta es correcta.
(b) Conteste: (a) sobre la base de que la firma está satisfecha con una precisión del 0.06.
(c) Busque el grado de precisión, en la frecuencia de la pérdida que producirán 1.500 automóviles, según las conjeturas de un intervalo de confianza de dos desviaciones standard y una distribución normal de pérdidas.
(d) ¿Qué dispersión de la frecuencia de pérdida esperada representaría este grado de precisión?
17. Una firma está considerando la conveniencia del seguro propio sobre responsabilidad de daños corporales. En este campo, la frecuencia de pérdida esperada de la firma es sólo de 0.04; pero la severidad de las pérdidas, una vez que ocurren, es tal que el importe promedio de reclamo es 10.000 dólares. La firma insiste en que antes de intentar el seguro propio debe estar segura de que hay un 95 por cien de probabilidad de que la frecuencia de pérdida real no diferirá de las pérdidas esperadas en más de 0.004. ¿Cuántos automóviles debe poseer la firma para tener seguro propio sobre el riesgo de responsabilidad por daños corporales?
18. (a) ¿Es generalmente cierto, en su opinión, que un individuo rico se permite no asegurar con tanta frecuencia como un hombre pobre?
(b) ¿Qué argumento teórico apoyaría esta posición? Explíquelo.
19. A usted le dan una oportunidad de comprar un billete de apuestas de caballos cuya probabilidad de ganar 20 dólares es del 50 por cien:
(a) ¿Cuánto pagaría usted por el billete? ¿Cuánto pagaría si el billete ganador (cuya probabilidad de pagar es todavía el 50 por cien) se pagara a 10 dólares, a 1.000, a 10.000, a 1.000.000? En cada caso, suponga que paga con su propio dinero y que usted tuviera esta cantidad de dinero más un 10 por cien de margen en su cuenta bancaria.
(b) ¿Qué tiene que ver este experimento con el riesgo?
20. Se dice que «si un individuo actuara solamente bajo el criterio de pérdida esperada, nunca podría comprar un seguro». ¿Es cierto?

21. En una famosa obra, A. H. Willett afirmaba: «Los hechos fundamentales de la naturaleza humana en que se basa la doctrina del riesgo están en que la incertidumbre en los asuntos económicos reside, en general, en un estado de mal genio, y que este desagrado aumenta a medida que la incertidumbre es mayor. Esto significa más bien que cada hombre prefiere una ganancia segura a una probable de la misma cantidad... Significa que cada hombre... prefiere un retorno seguro del 5 por cien...». «El hombre con un gran capital estará más dispuesto a arriesgar una cantidad fija en un riesgo dado que uno que tenga poco capital». Interprete esta afirmación en los términos de valor esperado. ¿Está usted de acuerdo con esto? ¿Por qué?

22. A. H. Willett manifestó: «Debe observarse también la afirmación de que el hecho de que el riesgo o la incertidumbre impone una carga a la sociedad, de ningún modo implica que la sociedad estaría en mejores condiciones si el riesgo fuera evitado. El hecho de que el capital puede obtener la recompensa adicional necesaria para inducir a la sociedad a invertir en una ocupación arriesgada demuestra que ésta evalúa tan alto el producto de la industria que prefiere soportar el gasto adicional que contentarse con el producto de inversiones seguras...».
    (a) ¿Hasta qué punto, si lo hubiere, estimula el seguro la inversión en empresas arriesgadas mediante la reducción del riesgo?
    (b) ¿De qué forma es la inversión en empresas arriesgadas un beneficio para la sociedad?

23. La incertidumbre es una forma de pérdida en la que nadie incurrirá voluntariamente a menos que gane algo con ella. ¿Está usted de acuerdo? Explíquelo.

24. T. N. Carver (economista), ha declarado: «El riesgo es menor para el empresario que para aquellos a quienes libera del mismo... Esto no se debe a ningún principio actuarial, como en el caso de las compañías de seguros, sino a una visión de calidad superior y a la habilidad para evitar las pérdidas. Su renta neta efectiva se llama, propiamente, por tanto, renta neta del asegurador y no se debe a los riesgos que acepta sino a aquellos que no asume... su renta neta, o utilidad, nace del hecho de ser capaz de reducir su propio riesgo a un nivel menor del que otros tienen que soportar.
    (a) ¿En virtud de qué principio reduce el asegurador su riesgo a un nivel más bajo que el del asegurado? Explíquelo.
    (b) ¿Por qué no se aplica, aparentemente, este principio al empresario en general?

3

Tratamiento del Riesgo en el Seguro

El seguro es uno de los principales métodos para tratar el riesgo. El seguro ha crecido rápidamente y constituye una importante fuerza social y económica. Existen, sin embargo, limitaciones definidas en su utilización. No todo riesgo es asegurable, debido a azares legales, físicos y morales, como también a otros factores. El costo del seguro sobrepasa, a veces, el valor económico que tiene para el usuario. Existen, finalmente, ciertas consideraciones de tipo económico y social para determinar el grado en que puede servir el seguro para manejar el riesgo. Esto es lo que estudiaremos en este capítulo.

EL CRECIMIENTO DEL SEGURO

La industria del seguro ha contado con uno de los records más envidiables de crecimiento a largo plazo frente a cualquier otra institución financiera. Desde sus modestos orígenes, se ha desarrollado como una de las industrias mayores de los EE. UU. considerándose como algo esencial para una nación industrial altamente desarrollada. En el período que va de 1900 a 1945 los activos de las compañías de seguro de Vida, por ejemplo, aumentaron 57 veces, mientras que los activos de todos los bancos de los EE. UU. aumentaron 15 veces[1]. Este avance en la

[1] Cálculo derivado de tablas estadísticas publicadas en *Life Insurance Fact Book 1958* (Libro de Hechos del Seguro de Vida) (Nueva York: Ins-

tasa de crecimiento no se ha mantenido en los últimos años, como se ve en el Cuadro 3-1, donde los activos de las compañías de seguros se comparan con las mayores instituciones financieras. El Cuadro 3-1 indica el volumen, medido por sus bienes, de las mayores instituciones financieras de este país en 1941 y en 1970.

Del Cuadro 3-1 se desprende que los activos totales de las compañías de seguro de Vida crecen algo más lentamente que las cooperativas bancarias de ahorro y los bancos comerciales en el período 1941-1970, mientras que las compañías de seguro de daños en las cosas aumentaron sus bienes algo más rápidamente que los bancos.

Finalmente, aunque los bienes de las asociaciones de ahorro y préstamo crecieron cinco veces más que las compañías de seguros durante el período, las asociaciones de ahorro y préstamo tenían aún sólo el 85 por 100 de la magnitud de las compañías de seguros.

Cuadro 3-1

ACTIVOS TOTALES DE LAS MAYORES INSTITUCIONES FINANCIERAS DE LOS ESTADOS UNIDOS, 1941 Y 1970

(Miles de millones de dólares)

Instituciones	1941 (dólares)	1970 (dólares)	Porcentaje de aumento
Bancos comerciales	79,1	576,2	628
Cooperativas bancarias de ahorro	11,8	79,0	569
Compañías de seguro de cosas y daños (accidentes)	5,3	51,0	862
Compañías de seguro de Vida	32,7	207,3	534
Asociaciones de ahorro y préstamo	6,0	176,6	2843

FUENTES: *Extracto Estadístico de los EE. UU., 1967; Hechos del seguro 1970* (Nueva York: Instituto de Información del Seguro, 1970). *Libro de Hechos del Seguro de Vida 1972* (Nueva York: Instituto del Seguro de Vida, 1972), y *Boletín de la Reserva Federal* (Junio 1971).

tituto del Seguro de Vida, 1958) y (*Estadísticas históricas de los Estados Unidos 1789-1945*) Historial Statistics of the United States (Washington: U. S. Bureau of the Census, 1949) Oficina del Censo de EE. UU., pág. 262. Esta información de los bancos no corresponde precisamente con la información proporcionada en la Tabla 3-1 dado que la primera proviene del Supervisor de la Moneda, que trata a las sucursales como bancos separados.

La importancia del seguro desde el punto de vista del ingreso por primas puede apreciarse comparando las primas totales cobradas por los aseguradores con la renta personal disponible. Se estima que el 19,1 por 100 de la renta personal disponible de 1970 se gastó en seguro de todos los tipos. De esta cantidad, los programas de seguro social representan alrededor del 8 por 100 y el seguro privado el restante 11 por 100. En 1950, los aseguradores privados percibieron alrededor de un 7,5 por 100 de la renta disponible en primas de seguro [2]. El seguro progresa tanto absoluta como relativamente ante la renta total.

Una encuesta nacional hecha por el Instituto de Seguro de Vida, durante el año 1969, nos muestra que el 91 por 100 de todas las familias compuestas únicamente de marido y mujer tienen una o más pólizas de seguro de Vida. Alrededor del 80 por 100 de la población adulta total está protegida por el seguro de Vida, y el 85 por 100 por algún tipo de seguro de salud. La mayor parte de los nuevos seguros de Vida los adquieren los grupos de edades de 15-24 y 25-34, que compraron 34 por 100 y 25 por 100, respectivamente, de todos los nuevos seguros de Vida ordinarios vendidos en 1970. Estos grupos de edades son los que aumentan más rápidamente en la población de los Estados Unidos, mostrando un cuadro continuo de rápido crecimiento del seguro durante la próxima década.

DEFINICION DEL SEGURO

El seguro puede definirse en dos contextos principales: como una institución económica o social destinada a cumplir ciertas funciones y como un contrato legal entre dos partes. Una definición que se apoye exclusivamente en uno de ambos contextos es imperfecta porque cada punto de vista tiene algo que ofrecer a la persona que busque una amplia definición. La ventaja de la primera, la definición funcional, consiste en que describe la forma básica mediante la cual el seguro reduce el riesgo al combinar un número suficiente de unidades de riesgo que hagan predecible la pérdida. Tal definición, sin embargo, no parece contemplar un convenio de seguro en que no haya lugar para reducción del riesgo. Según anotamos en el Capítulo I, existen muchos contratos de seguro en que el asegurador

[2] Basado en las rentas personales de 207 miles de millones de dólares disponibles en 1950.

toma el riesgo como cesionario y donde no existe una reducción del riesgo en la sociedad como conjunto. El riesgo se descarga simplemente de los hombros de una de las partes y se coloca en los hombros de la segunda mediante cierta cantidad.

Por otra parte, una definición estrictamente legal del seguro no describe el tema con suficiente amplitud como para incluir aquellos contratos de seguro que no se realizan por un contrato legal privado, como es el caso de la seguridad social y el seguro de desempleo. Lo que se necesita es una definición que combine ambos enfoques. Ofrecemos la siguiente definición como una base de análisis:

El *Seguro* es una institución económica que reduce el riesgo combinando bajo una sola dirección un grupo de objetos situados de tal manera que las pérdidas accidentales acumuladas a que el grupo está expuesto se vuelven predecibles dentro de límites reducidos. El seguro se lleva a efecto mediante ciertos contratos legales bajo los cuales el asegurador, por el pago de una prima, promete reembolsar al asegurado o prestarle determinados servicios en caso de sufrir ciertas pérdidas accidentales que se describen, durante la duración del acuerdo.

En esta definición destaca la principal función económica del seguro, concretamente la reducción del riesgo. La definición, así, resulta suficientemente amplia como para contemplar varios tipos de seguro social. Más aún, esta definición incluye un convenio de seguro que no descansa especialmente en la ley de los grandes números como forma de predecir una pérdida, porque la definición contempla un convenio dentro del cual se transfiere un riesgo simplemente por medio de un contrato legal.

La definición de seguro dada anteriormente se refiere al seguro como institución económica. El estatuto legal del asegurador no es importante porque puede tener el carácter de compañía de seguros registrada, empresa privada, un grupo de personas asociadas que cooperan informalmente en una gestión de seguros o una agencia gubernamental.

La definición se refiere a «pérdidas accidentales». Las pérdidas que ocurrirán con seguridad no son asegurables. La pérdida tendrá que deberse a una contingencia eventual o un hecho imprevisto. Un acuerdo para mantener un aparato de televisión en condiciones de funcionamiento no es seguro, sino un contrato de servicios. Sin embargo, si un contrato de servicio cubre la contingencia de robo u otro hecho eventual, puede considerarse seguro.

REQUISITOS DE LOS RIESGOS ASEGURABLES

Desafortunadamente, no todos los riesgos son asegurables dado que el seguro descansa en la ley de los grandes números; hay muchas situaciones que pueden causar una pérdida y la ley de los grandes números no opera satisfactoriamente. En algunas situaciones puede funcionar razonablemente bien y en otras opera de forma casi ideal. Entre estos extremos, hay muchos grados de asegurabilidad.

Algunos ejemplos aclararán esta afirmación. El uso del átomo en tiempos de paz está aún en un período de infancia. Los aseguradores, en conjunto, son reticentes a cubrir este tipo de peligro, salvo en condiciones de un control rígido. La razón es, por supuesto, que no ha habido oportunidad de hacer estadísticas durante un largo período de tiempo respecto a las pérdidas resultantes de este peligro, de forma que los aseguradores puedan predecir con exactitud las probables pérdidas. Actualmente, la pérdida proveniente de la energía atómica es asegurable sólo cuando el asegurador puede inspeccionar las condiciones en que un asegurado determinado utiliza un reactor nuclear y se mantienen rígidos niveles de seguridad. Aún así, cada asegurador impondrá unas condiciones limitadas para su responsabilidad.

En el campo del Seguro de Vida, por otra parte, los aseguradores han reunido estadísticas de muchos años y han desarrollado tablas de mortalidad que se han demostrado como dignas de confianza en cuanto a las pérdidas probables. Más aún, el Seguro de Vida está ya bastante aceptado: es relativamente fácil para el asegurador obtener un gran grupo de unidades de riesgo. Aquí, la ley de los grandes números trabaja tan bien que, para todos los fines prácticos, la compañía de Seguro de Vida es capaz de eleminar su riesgo.

Podemos clasificar los requisitos de los riesgos asegurables en dos categorías generales: desde el punto de vista del asegurador y desde el punto de vista del asegurado.

Estos requisitos, según se presentan a continuación, no tienen carácter exhaustivo. Por ejemplo, los requisitos legales, como el interés asegurable, que se presentan en la parte III, no se analizan ahora. Los requisitos se refieren principalmente a riesgos puros, no a riesgos especulativos y se proponen sugerir el nivel que se considera como básico para la aceptación o rechazo de los riesgos propuestos al asegurador. Estos requisitos

no se deben considerar como absolutos, como axiomas, sino más bien como orientaciones. Deben estimarse como niveles ideales y no necesariamente como niveles actualmente alcanzados en la práctica. No es del todo infrecuente que un asegurador acepte un riesgo aunque algunos de los requisitos siguientes no se cumplan, supuesto que la prima compensa al asegurador por su riesgo.

Requisitos desde el punto de vista del asegurador

Desde el punto de vista del asegurador deben cumplirse varios requisitos en los riesgos asegurables:

1. Los objetos deben tener número y calidad suficientes para permitir un razonable cálculo aproximado de la pérdida posible.
2. La pérdida, si ocurriese, debe ser accidental y no intencional por naturaleza, en relación al asegurado.
3. La pérdida, cuando ocurre, debe ser susceptible de determinación y cálculo.
4. Los objetos asegurados no deben estar sujetos a destrucción simultánea: p. ej., el azar catastrófico debe ser mínimo.

— Los objetos deben tener un número y una calidad suficiente. Los objetos deben tener un número y una calidad suficiente para permitir un cálculo aproximado de la pérdida posible. La pérdida posible debe sujetarse a una estimación anticipada. Cuando sólo se cubren unos pocos objetos, el asegurador tiene unas incertidumbres a causa de sus azarosas experiencias. La calidad de los objetos por asegurar debe ser homogénea, de forma que puedan prepararse estadísticas de pérdidas reales. Según hemos visto en el Capítulo I, el asegurador debe ser capaz de controlar su riesgo. Los riesgos varían en razón inversa a la raíz cuadrada del número de objetos expuestos al riesgo y en razón inversa a los cambios en la probabilidad de pérdidas. El asegurador intenta, de esta forma, hacer estimaciones cuidadosas de la probabilidad y de los diversos riesgos que confluyen en las pérdidas y obtener un número suficiente de objetos expuestos para reducir al mínimo su riesgo. En el seguro de incendios, sería impropio agrupar los edificios comerciales con las residencias particulares dado que los peligros que encaran estas clases de construcciones son diferentes. Más aún, el entorno físico y social del grupo deberá ser similar, de forma que no se presenten factores poco corrientes que causen pérdidas a una parte del grupo y no a la otra. Así, los edificios existentes en zona de huracanes no deben agruparse con edificios que no se encuentren en esa zona.

— La pérdida debe ser accidental y no intencional. Debe existir cierta incertidumbre en torno de la pérdida. De otro modo no habría riesgo. Si se ha eliminado ya el riesgo o incertidumbre, el seguro no tiene sentido, dado que su principal función es reducir el riesgo. Así, si una persona está padeciendo, se está muriendo de una enfermedad incurable que causará su muerte dentro de un tiempo determinado, existe poca incertidumbre o riesgo en relación al pago del siniestro; es impracticable el seguro. El asegurador puede emitir una póliza, teóricamente, pero la prima tendrá que ser lo suficientemente alta como para cubrir tanto el siniestro como los costos de administración del asegurador. Probablemente, el costo de esta póliza resultará prohibitivo para el asegurado.

Debido a la exigencia de que la pérdida sea accidental, los aseguradores excluyen normalmente en todas las pólizas cualquier pérdida causada intencionadamente por el asegurado. Si éste supiera que el asegurador iba a pagar tales pérdidas, se presentaría un riesgo moral y tenderían a elevarse los siniestros y las primas. Si las primas devienen exageradamente altas, comprarán el seguro tan pocas personas que el asegurador ya no contará con suficientes unidades de riesgo que le permitan disponer de estimaciones reales de futuras pérdidas. En tal caso no se cumpliría el primer requisito de que el riesgo sea asegurable.

Se ha dicho que el seguro es un bien que debe adquirirse antes de necesitarlo. Una vez que se produce el fuego es tarde para comprar un seguro de incendios. Aunque esta afirmación ilustra el requisito de que la pérdida debe ser incierta, ignora una verdad básica sobre el seguro y es que el seguro no se compra, en cuanto tal, para recuperar lo perdido, sino que es un método de eliminar la incertidumbre que existe para cada persona respecto a si le sobrevendrán o no pérdidas. Desde este punto de vista, el seguro desempeña su función principal durante el período anterior a cualquier pérdida. El asegurado tiene la satisfacción y la seguridad de saber que si a él le tocara la pérdida le será reembolsada. Sin embargo, piensa que no necesitará el seguro. Se ha definido el seguro como la distribución de pérdidas de los pocos infortunados entre los muchos afortunados.

Todo asegurado espera que estará entre los muchos afortunados, porque rara vez la póliza de seguro compensa absolutamente a los pocos infortunados por el total de sus pérdidas. Aun cuando se incendie una casa y se esté totalmente asegurado, la recuperación no será total debido al derecho de uso suspendido, los gastos adicionales para disponer de medios de vida temporales en otro sitio, la molestia, la depreciación y, quizá, la renta pérdida a consecuencia del incendio. Sólo la persona deshonesta espera secretamente que le ocurra la pérdida para «sacar algún provecho de su seguro».

— **La pérdida debe ser determinable y mensurable.** La pérdida debe ser definida en cuanto al tiempo y el lugar. Puede parecer innecesario añadir este requisito dado que la mayor parte de las pérdidas se reconocen fácilmente y la mayoría de ellas pueden medirse con bastante exactitud. Sin embargo constituye un problema real para los aseguradores la posibilidad de determinar ciertas pérdidas, sin contar con su cálculo. Por ejemplo, en el seguro de salud, el asegurador puede convenir en pagar al asegurado una renta mensual si «se incapacitara de tal modo como para quedar impedido de realizar las tareas propias de su ocupación». Surge entonces la pregunta relativa a quién determinará si el asegurado cumple o no esta condición. A menudo es necesario basarse en la palabra del asegurado que afirma ser incapaz de trabajar. Puede, pues, resultar posible para una persona deshonesta fingir una enfermedad para recobrar lo gastado en la póliza. Si esto ocurre, no se cumple el segundo requisito: que la pérdida no sea intencional.

Aun cuando esté claro que ha ocurrido una pérdida puede no resultar tan fácil calcularla. Por ejemplo, ¿cuál es el daño del «dolor y sufrimiento» en la víctima de un accidente de automóvil? A menudo sólo un jurado podría decidirlo, ¿cuál es la pérdida de la carga en un barco hundido? Frecuentemente esto tomará muchos meses y aún años para que un equipo de liquidadores lo resuelva. Baste decir que el asegurador deberá establecer procedimientos que determinen si ha ocurrido concretamente la pérdida y cuál es su cuantía.

— **La pérdida no debe estar sujeta a riesgos catastróficos.** Las condiciones no deben ser tales que permitan que todos o la mayor parte de los objetos del grupo experimenten pérdida al mismo tiempo y, eventualmente, por el mismo tipo de peligro. Este desastre simultáneo de los objetos asegurados lo ilustran los grandes incendios, inundaciones y los huracanes que han

azotado enormes zonas geográficas en el pasado. La crónica del seguro de incendios revela que prácticamente ninguna gran ciudad americana se ha escapado alguna vez en su historia de un incendio catastrófico. Los huracanes, en ciertas áreas, arrasan ciudades completas en cuestión de minutos. Si un asegurador es tan desafortunado como para tener una gran cantidad de bienes situados en ese área sufre, naturalmente, una pérdida que no estaba contemplada cuando se formularon las tarifas. La mayor parte de los aseguradores reducen esta posibilidad mediante una amplia dispersión de los objetos asegurados.

Requisitos desde el punto de vista del asegurado

Desde el punto de vista del asegurado, los dos principales requisitos de los riesgos asegurables son que la pérdida potencial debe ser lo suficientemente severa como para causar problemas financieros y que la probabilidad de pérdida no debe ser muy alta.

— **La pérdida potencial debe garantizar protección.** Debería parecer evidente que la mayor parte de las personas no traten de asegurar alguna contingencia menor cuya pérdida pueden soportar. Hay muchos casos, sin embargo, de personas que omiten reconocer una pérdida potencial. No es raro descubrir, por ejemplo, que una persona se ha asegurado contra la colisión de un automóvil valorado en 350 dólares y carece de un pequeño seguro o ninguno contra la pérdida de su Vida, cuyo valor puede ser de 100.000 dólares o más para sus familiares.

Lo que constituye una pérdida para una persona puede no serlo para otra. Una persona buscará, en general, protección contra aquellas pérdidas que no puede absorber cómodamente con sus rentas o ahorros corrientes.

Un principio básico en la compra del seguro, sin embargo, es que el uso más económico de las primas de seguro se contrapone primero contra las pérdidas más serias y, luego, con las pérdidas menos serias, y no al revés.

— **La probabilidad de pérdida no debe ser muy alta.** Puede parecer contradictorio exigir que uno de los requisitos en el asegurado sea que no se proteja contra una pérdida excesivamente probable. Lo importante es recordar que mientras más probable sea la pérdida, es más cierto que ocurra, y mientras más cierta, más alta será la prima, llegándose a un punto en

que la pérdida se vuelve tan evidente que el asegurador retira su protección o el coste de la prima se vuelve prohibitivo.

La finalidad básica del seguro es proteger de una pérdida improbable. Se ha estimado que si la posibilidad de pérdida es superior al 50 por 100, el asegurador estima imposible ofrecer protección porque la prima crece demasiado para que le interese al asegurado. El contrato se transforma en una negociación de dólares con el asegurador sobre una base inconveniente para el asegurado, dado que el asegurador debe cobrar más dinero que el que paga a los tenedores de pólizas para cubrir sus costes.

TIPOS DE RIESGOS

Conviene plantear la cuestión de los riesgos que entran en la categoría de asegurables y de los que no tienen tal carácter El siguiente esquema nos muestra una clasificación.

I. Riesgos asegurables
   - A. Riesgos de cosas.—La incertidumbre que rodea al acaecimiento de pérdidas en las cosas que causen:
     1. Pérdida directa de la cosa.
     2. Pérdida indirecta.
   - B. Riesgos de personas.—La incertidumbre que rodea al acaecimiento de pérdida de la vida o renta debida a:
     1. Muerte prematura.
     2. Invalidez física.
     3. Vejez.
     4. Desempleo.
   - C. Riesgos de responsabilidad legal.—La incertidumbre que rodea al acaecimiento de pérdida debida a la conducta negligente que produce daños a las personas a consecuencia de:
     1. El uso de automóviles.
     2. La ocupación de edificios.
     3. Empleo.
     4. Fabricación de productos.
     5. Faltas profesionales (mala conducta).

II. Riesgos no asegurables por aseguradores comerciales
   - A. Riesgos de mercado.—Factores que pueden acarrear pérdida en las cosas o rentas, tales como:
     1. Cambios de precio, estacionales o cíclicos.
     2. Indiferencia del consumidor.
     3. Cambios de moda.
     4. La competencia que presenta un producto mejor.
   - B. Riesgos políticos.—La incertidumbre que rodea a los siguientes hechos:
     1. El derrocamiento del gobierno o la guerra.
     2. La imposición de restricciones al libre comercio.
     3. La tributación poco razonable o punitiva.
     4. Las restricciones al libre cambio de monedas.
   - C. Riesgos de producción.—Las incertidumbres que rodean el hecho de:
     1. Mal funcionamiento económico de la maquinaria.
     2. El fracaso en la solución de los problemas técnicos.
     3. El agotamiento de los recursos de materia prima.

Debe anotarse que en esta relación de riesgos no asegurables, éstos se consideran así desde el punto de vista del asegurador particular. Las agencias gubernamentales aseguran comúnmente riesgos políticos, tales como los resultantes de una guerra (riesgos marítimos en tiempos de guerra, en el océano) y las restricciones al cambio de monedas (seguro de crédito a la exportación y garantías de inversiones). Es posible que se arbitren medios por parte de las agencias particulares para suscribir riesgos que se consideren catastróficos, o que no pueden predecirse o que tengan un carácter especulativo. Parece, sin embargo, poco probable que esto ocurra.

Para estudiar los fundamentos de los riesgos no asegurables, utilicemos los riesgos del mercado como primer ejemplo. Tomemos el caso de un fabricante que desea asegurarse contra una caída del precio del producto superior al 10 por 100 en un año de vigencia de la póliza. Este es un riesgo de pérdida catastrófica, dado que una pérdida simultánea por esta causa resulta posible en todos los productos de una firma durante una depresión. Más aún, las pérdidas no permiten un cálculo anticipado, dado que en un mercado siempre cambiante, libre y competitivo como el nuestro las experiencias anteriores son una orientación inadecuada respecto al futuro. Por tanto, el asegurador no contará con una base realista para calcular su prima. Además, en período de precios en alza pocos se interesarán en la cobertura y en tiempos de baja ningún asegurador podrá permitirse asumir el riesgo. El asegurador no podrá lograr una «dispersión de los riesgos» con la cual compensar los años malos con los buenos. Insistimos en que, si se ofreciera tal seguro, toda persona tendería a aumentar su rendimiento, dado que la disposición de un precio garantizado acarrearía una baja del

precio, provocando la misma contingencia contra la cual se aseguraba el fabricante.

Los riesgos políticos están también más allá del control del asegurado, en su mayor parte, dado que las pérdidas por dicha causa no pueden estimarse ni medirse exactamente. En los riesgos de guerra, por otra parte, no puede saberse si las diversas clases de pérdidas emanan de la guerra o de algún otro peligro. Este acarrea a menudo pérdidas catastróficas. Repetimos: dado que no existen dos guerras iguales y su desarrollo no puede predecirse, no existe una forma científica de calcular la prima [3].

En la medida en que los riesgos resulten no asegurables, la dirección de la firma o negocio, o la persona individual, utilizará otros medios de tratar el riesgo que se analizan en el Capítulo 4.

SEGURO Y JUEGO DE AZAR

Es común confundir el seguro con el juego de azar, pues es difícil para muchos ver claramente por qué el seguro no es un juego. Incluso la autoridad no siempre ha distinguido claramente entre ambos, clasificando en la categoría de contrato «*aleatorio*» tanto al seguro como al juego, porque sus resultados están vinculados a un acontecimiento incierto [4]. En tales contratos, una de las partes puede dar mucho más de lo que recibe en la transacción. Los contratos aleatorios se oponen a otro grupo llamado contratos *conmutativos*, en los cuales cada parte da aproximadamente un valor equivalente a las promesas o actos que intercambia con la otra. El seguro puede aparecer como un contrato en el cual existe la posibilidad de que la compañía de seguro pague a una parte muchísimo más de lo que recibe en primas: pero esto no significa que el seguro sea por ello un contrato de juego. De hecho, desde un punto de vista económico, el juego y el seguro son, exactamente, conceptos opuestos.

El juego crea un nuevo riesgo donde antes no existía ninguno, mientras que el seguro es un método para eliminar o reducir grandemente (para uno de los contratantes, al menos) un riesgo ya existente. Esto puede ilustrarse en la forma siguiente: John dice a Peter: «Te apuesto 5.000 dólares contra 50 a que la casa de Dick no se incendiará dentro de un año». Si Peter acepta la apuesta, se ha creado un nuevo riesgo para cada persona. Si la casa se quema, Peter gana 5.000 dólares, pero si no se incendia, pierde 50. Antes de la apuesta, ninguna de las partes corría riesgo alguno de perder dinero por este motivo ni, por cierto, de ganarlo. Después de la apuesta, cada contratante está sujeto a un nuevo riesgo de perder dinero.

Comparemos el incidente anterior con la situación en que Joe va a una compañía de seguros y asegura su casa por 5.000 dólares y el asegurador le exige una prima de 50 dólares. Joe corría el riesgo de destrucción de su casa por el fuego antes de participar en la transacción de seguro. El tiene un interés asegurable en su casa. Posteriormente, ha eliminado el riesgo de pérdida de este origen a cambio de una prima de 50 dólares. El ha canjeado una gran pérdida *incierta* por una pequeña pérdida *cierta*, concretamente, la prima.

EL SEGURO Y LA ESPECULACION

La *especulación* es una transacción en que una de las partes, mediante una cantidad, acepta asumir ciertos riesgos, relacionados generalmente con una operación comercial. En el caso de un molinero, por ejemplo, puede haber comprado trigo para transformarlo en harina. El se da cuenta, sin embargo, de que, antes de terminar su trabajo, el precio del trigo y, en consecuencia, el de la harina, puede cambiar, causándole una pérdida o ganancia. El molinero prefiere evitar el riesgo del precio y concentrarse en su principal operación comercial, la fabricación de harina. Por tanto, después de comprar el trigo, el molinero participa en una transacción equivalente y en sentido contrario en el mercado futuro del trigo, mediante la cual un especulador asume efectivamente el riesgo del precio.

Aunque esto es un proceso complicado, el punto central se aclarará con un simple ejemplo. Supongamos que el 1 de Febrero nuestro molinero acepta entregar la harina el 1 de Junio, basado en el precio del trigo del 1 de Febrero, que es de 2 dólares por celemín (8 galones). Necesitará 10.000 celemines de trigo para cumplimentar el pedido de harina. Cada celemín de trigo transformado en harina vale 2,25 dólares. Por tanto, el

[3] Aplicando el criterio presentado en este capítulo, el lector debería preguntarse sobre la medida en que cada uno de los tipos de riesgos del esquema es asegurable.

[4] Ver el Diccionario Legal de Black (4.ª edición, St. Paul: West Publishing Co., 1951), pág. 94.

molinero espera ganar 25 centavos por celemín de su operación de molienda. El 1 de Febrero, sin embargo, el molinero no ha comprado el grano, pero espera hacerlo, concretamente, alrededor del 1 de Mayo. Se da cuenta de que para el primero de mayo puede haberse elevado el precio de trigo sobre los 2 dólares por celemín, causándole, así, una reducción del margen de ganancia que espera. Toma contacto, por tanto, con un agente y le *compra* 10.000 celemines de trigo para próxima entrega a un precio, digamos, de 2,10 dólares por celemín. Esto se conoce como contrato «a futuro». La prima del 10 por 100, basada en parte en la absorción del coste de almacenamiento del grano hasta su fecha de entrega, se conoce como cobertura.

Al aproximarse Mayo, el molinero decide comprar el trigo para su operación de molienda de la harina. En dicho momento el precio del trigo en el mercado libre se ha elevado en 5 centavos, llegando a los 2,05 dólares, pero, suponiendo que la cobertura no ha cambiado, el valor del contrato «a futuro» se habrá elevado, normalmente también en 5 centavos. El molinero, de este modo, puede vender su contrato a futuro por 2,15 dólares, obteniendo un beneficio de 5 centavos en esta transacción, que, precisamente descarta la pérdida de los 5 centavos que sufre por tener que pagar 2,05 dólares por el trigo para cumplimentar el contrato de molienda basado en el precio de 2. Si el precio hubiera bajado, en lugar de subir, se invierten las transacciones antedichas, perdiendo el molinero en su contrato «a futuro», pero ganando en las operaciones al contado. Los agentes que tan espontáneamente sirvieron al molinero, compran y venden los contratos «a futuro» en el mercado de bienes, tal como otros agentes compran y venden acciones corrientes. Ellos desempeñan una valiosa función económica permitiendo la transferencia del riesgo del precio [5].

¿Cuál es la diferencia entre especulación y seguro? La finalidad principal de los dos tipos de transacciones es muy similar, pero los contratos concretos no contienen ningún parecido. Un agente es un cesionario de riesgo y el transferente, en general, es un comerciante que desea traspasar el riesgo del precio a alguien más dispuesto y capaz de soportarlo. Normalmente, este

[5] Para una explicación completa sobre dicha materia ver: Charles F. Phillips y Delbert 3 Duncan *Marketing Principles and Methods* (Principios y Métodos de Marketing) (6 edición Homewood III: Richard D. Irwin Inc., 1968), Cap. 20. Pueden darse varios ejemplos de especulación. Una gran parte del mercado de acciones sirve fines especulativos. De hecho, casi cualquier situación de negocios que suponga un riesgo del precio constituye un mercado potencial para el especulador.

riesgo es de un tipo que los aseguradores no desean asumir porque no cumple con las pruebas de seguridad: el riesgo es impredecible o está sujeto a siniestros catastróficos. Tal vez la principal diferencia entre el seguro y la especulación reside en el tipo de riesgos que cada cual se propone manejar y en las diferencias resultantes en las cláusulas contractuales. La principal similitud consiste en el propósito central existente tras cada una de estas transacciones.

Sigamos con el ejemplo para ilustrar estas semejanzas y diferencias. El contrato «a futuro» está destinado a comprar o vender trigo (u otros bienes) a un precio determinado y en una fecha futura fija. Los contratos «a futuro» no guardan la forma de un contrato de seguro, dentro del cual una parte promete reembolsar una pérdida a la otra. El propósito de un contrato «a futuro», en cambio, desde el punto de vista del agente, es el posible reembolso de una pérdida resultante de la caída del precio del trigo, en el futuro. El molinero tiene un riesgo y, por este medio, lo desplaza sobre el agente especulador.

El propósito del agente es aceptar el riesgo de precio con la esperanza de una ganancia líquida resultante de la suma total de sus transacciones. En otras palabras, el agente espera «acertar» durante la mayor parte del tiempo respecto a la tendencia del precio. Su posición es parecida a la de un asegurador comercial que acepta el riesgo como cesionario sin contar con el beneficio de disponer de un gran número de unidades de riesgo sobre las cuales dispersar sus operaciones. Puede compararse con un suscriptor del Lloyd's que acepta pagar una suma determinada si la lluvia causa pérdidas a los promotores de un acto público.

En resumen, desde un punto de vista legal, el propósito del contrato de seguro y el contrato «a futuro» es transferir el riesgo. El tipo de redacción contractual utilizada en cada caso es enteramente diferente a causa de la naturaleza del riesgo que se maneja. Ninguno de los contratos tiene carácter de apuesta, porque no se crea ningún riesgo que no existiera anteriormente. En la mayoría de los casos, sin embargo, las transacciones de seguro se benefician de la ley de los grandes números y pueden reducir, así, en gran medida los riesgos existentes. El riesgo, en cambio, rara vez se elimina en el contrato «a futuro», pero lo soporta otra persona que se supone mejor capacitada para manejarlo porque posee un conocimiento superior de las incertidumbres incluidas y percibe un riesgo subjetivo menor que el transferente.

VALORES SOCIALES Y ECONOMICOS DEL SEGURO

Se supone en el análisis presente que existe una finalidad práctica en la distinción entre el riesgo asegurable y el no asegurable. Este objetivo consiste en que el seguro tiene ventajas particulares como instrumento de manejo del riesgo y debería extenderse, por tanto, todo lo que sea posible, para aportar las mayores ventajas económicas a una sociedad determinada. Para establecer la validez de este punto de vista, enumeramos a continuación algunos de los valores sociales y económicos del seguro:

1. Se reduce la cantidad de los fondos acumulados que se necesitan para hacer frente a posibles pérdidas.
2. Se liberan las reservas de caja para fines de inversión, permitiendo una mejor colocación de los recursos económicos y aumentando la producción.
3. El capital se pone a disposición con un coste más bajo, dado que la provisión de fondos invertibles es mayor de la que existiría sin el seguro.
4. El empresario que cuenta con una cobertura adecuada de seguro es un riesgo de mejor crédito.
5. Los aseguradores emprenden iniciativas activas de prevención de pérdidas.
6. El seguro contribuye a los negocios, la estabilidad social y la tranquilidad mental protegiendo a las firmas comerciales y al padre de familia.

Reducción de los fondos de reservas

Tal vez el mayor valor social y, por tanto, la función económica central del seguro consiste en promover las ventajas que derivan de la reducción del riesgo. Como dijimos en el Capítulo I, uno de los principales gravámenes económicos del riesgo consiste en la necesidad de acumular fondos para enfrentarse a posibles pérdidas. Una de las grandes ventajas del mecanismo de seguro es la gran reducción del total de dichas reservas, requeridas por una economía determinada. Dado que el asegurador puede predecir las pérdidas por anticipado, él necesita

solamente acumular fondos suficientes para encarar dichas pérdidas y cubrir sus gastos. Si cada persona tuviera que apartar tales fondos, necesitaría una cantidad mucho mayor que la compañía de seguros, porque al no saber con precisión cuánto necesita, tendería a ser precavido. Por ejemplo, en la mayor parte de las localidades, puede asegurarse una propiedad de 15.000 dólares de valor, tanto contra incendio como contra otros peligros físicos, por una suma tan ínfima como 50 dólares al año. Si no se dispusiera del seguro, la persona estimaría necesario acumular fondos muy superiores a 50 dólares al año.

Liberación de reservas monetarias con fines de inversión

Otro aspecto de la ventaja antes descrita es el hecho de que las reservas monetarias acumuladas por los aseguradores quedan disponibles para su inversión. Los aseguradores como grupo, y las firmas de seguro de Vida en particular, se han transformado en las más grandes e importantes instituciones de cobro y distribución de los ahorros nacionales. El Cuadro 3-2 es una compilación estadística de las fuentes seleccionadas de fondos de capital a largo plazo, utilizadas por el comercio en el período 1963-1971. Aunque en los últimos años ha venido declinando gradualmente la contribución relativa de las compañías de seguros a los mercados de capital, los aseguradores contribuyen aún con cerca del 10 por 100 de los fondos totales a largo plazo de los Estados Unidos en 1971, descendiendo del 12 por 100 de 1963.

Las contribuciones de las compañías de seguros aumentaron mucho más rápidamente que las provenientes de las instituciones de depósitos de ahorros, en el mismo período. Una parte sustancial de las contribuciones de las compañías de seguros deriva de los ahorros regulares de las personas mediante contratos de seguro de Vida. La disposición del mecanismo del seguro de Vida que promueve el ahorro individual es una de las más importantes contribuciones del seguro a la provisión de ahorros.

Desde un punto de vista individual, el resultado del mecanismo del seguro consiste en liberar los fondos que de otra forma no estarían disponibles para destinarlos a la inversión. De esta forma, el mecanismo del seguro promueve una nueva inversión. Por ejemplo, si una persona sabe que su familia quedará protegida por un seguro de Vida en caso de su muerte

prematura, estará más dispuesta a invertir sus ahorros en un proyecto largamente deseado, tal como una operación comercial, sin sentir que está utilizando la renta básica de la familia. De esta forma se logra una mejor colocación de los recursos económicos.

Cuadro 3-2

FUENTES SELECCIONADAS DE CAPITAL A LARGO PLAZO EN LOS ESTADOS UNIDOS, 1963-1971

(Miles de millones de dólares)

Fuente	1963 (dólares)	1967 (dólares)	1971 * (dólares)	Porcentaje de cambio 1971-1963
Compañías de seguros				
Seguro de vida	6,6	8,5	8,7	
Cosas. Responsabilidad civil	1,3	2,2	3,4	
Subtotal-Seguros	7,9	10,7	12,1	53,2
Fondos de pensiones del gobierno y privados	6,5	9,8	12,6	93,4
Instituciones depositarias de ahorro:				
Asociaciones de ahorro y préstamo	13,3	9,2	14,5	
Cooperativas de ahorro	3,6	5,1	6,3	
Asociaciones de crédito	7	8	2,1	
Subtotal-Ahorros	17,6	15,1	22,9	30,1
Fondos mutuos	8	1,0	2,2	
Bancos comerciales	17,7	38,5	38,4	
Corporaciones financieras [1]	4,3	6	5,5	
Agencias gubernamentales [2]	6,0	6,0	8,6	
Inversores extranjeros y otras personas	1,1	2,7	8,2	
Total general	62,5	85,2	122,0	95,2

FUENTE: Banker's Trust Company *The Investment Outlook for 1971*, Cuadro 1 (Aspectos de la Inversión en 1971).

* Estimado.

[1] Incluye compañías financieras, factoring, compañías hipotecarias y consorcios inversionistas en bienes raíces.

[2] Representa los fondos de las corporaciones estimando su depreciación, utilidades no distribuidas, nuevas emisiones de bonos y acciones, hipotecas, préstamos bancarios y cuentas por cobrar.

Disponibilidad de capital de inversión a más bajo costo

Considerando que la provisión de fondos invertibles es mayor que la que habría sin seguro, se dispone de un capital a un costo más bajo que en las circunstancias opuestas. Esto produce un nivel mejor de vida, siempre que se mantengan iguales otros factores, dado que la mayor inversión, por sí misma, eleva la producción y promueve precios más bajos, lo que no sucedería en el caso contrario. El seguro cuenta a este respecto con otra influencia: debido a que es un instrumento eficaz para reducir el riesgo, los inversores pueden explorar áreas que encontrarían muy arriesgadas en otras circunstancias. La sociedad se beneficia así con crecientes servicios y nuevos productos, que son los distintivos de niveles de vida más superiores.

El empresario se transforma en un riesgo merecedor de mayor crédito

Otra ventaja del seguro reside en la importancia que tiene para el crédito. El seguro ha sido llamado la base de nuestro sistema de crédito. Si el seguro reduce el riesgo de pérdida proveniente de ciertas causas, es lógico deducir que el empresario que cuenta con un seguro adecuado se presenta como un mejor riesgo de crédito. Uno de los primeros casos conocidos de utilización del seguro se relaciona con el crédito. Este tomaba la forma del *préstamo a la gruesa*, utilizado por los romanos y griegos primitivos. El préstamo a la gruesa preveía que si el comerciante pedía dinero en préstamo para financiar un viaje marítimo y un peligro marino causaba la pérdida del barco, el prestamista perdonaría la deuda contraída. Naturalmente, la tasa de interés establecida para el préstamo era algo más alta que la vigente en caso de no existir esta garantía, constituyendo la diferencia una prima de seguro.

Hoy sería difícil, casi imposible, pedir un préstamo de dinero para muchos fines comerciales o para la compra de una casa sin una protección mediante el seguro que satisfaga las exigencias del prestamista. Una de las cosas más significativas que se han hecho para restablecer la confianza del público en los bancos, después de su cierre masivo de 1933, fue el estable-

cimiento de la Corporación Federal de Seguro de Depósitos, destinada a dicho fin. También el seguro federal de 1930 para los préstamos de vivienda estableció las bases para la gran expansión del crédito a largo plazo para en la propiedad de casas.

Actividades de prevención de pérdidas

Otro valor económico y social del seguro reside en sus iniciativas para la prevención de pérdidas. Aunque no es la principal función del seguro reducir las pérdidas, sino simplemente dispersarlas entre los miembros del grupo asegurado, los aseguradores, sin embargo, se interesan vitalmente en reducir a un mínimo las mismas. Ellos saben que si no se hace un esfuerzo a este respecto las pérdidas tenderán a elevarse, dado que es propio de la naturaleza humana relajar la vigilancia cuando se sabe que la pérdida se pagará totalmente por el asegurador en cúalquier caso. Si aumenta la probabilidad de pérdida, las primas también lo harán y es lógico que un número cada vez menor de personas pueda recurrir al seguro. La oferta de seguro, entonces, se reducirá por falta de volumen suficiente de asegurados. Además, en cualquier año, un alza en los pagos de pérdidas reducirá las utilidades del asegurador, y entonces la prevención de aquéllas abre un camino directo de mayores beneficios. Los aseguradores han intentado crear un ambiente para que otras organizaciones de prevención de pérdidas puedan trabajar eficazmente.

Contribución al comercio y a la estabilidad social

Una ventaja final del seguro reside en su contribución al comercio y a la estabilidad social. Un establecimiento comercial adecuadamente protegido no encara la perspectiva de liquidación ante un siniestro asegurado. Una familia no tendrá que dispersarse por la muerte de quien la sostiene o por su invalidez permanente y total. Un trabajador desempleado tiene generalmente un pequeño ingreso que le permite subsistir hasta encontrar otro trabajo. Una operación comercial puede continuarse sin interrupción aunque muera una persona clave o su único propietario. Una familia no perderá sus ahorros bancarios en caso de quiebra. La dependencia de los ancianos puede evitarse. Pueden reembolsarse los bienes de una empresa cuando le han sido robados. Es posible reconstruir ciudades enteras mediante el seguro cuando han sido arrasadas por un huracán.

COSTOS SOCIALES DEL SEGURO

Ninguna institución puede operar sin ciertos costos. Para tener un criterio imparcial del seguro como instrumento social enumeramos estos costos a continuación:

A) Costo de operación del negocio de seguro.

B) Costo de las pérdidas causadas intencionadamente.

C) Costo de las pérdidas exageradamente estimadas.

Costo de la operación en sí misma considerada

El principal costo social del seguro consiste en el uso de recursos económicos, principalmente trabajo, para operar el negocio. Los gastos generales anuales promedio de los aseguradores de cosas alcanzan un 33 por 100 de las primas percibidas, pero varía ampliamente según los distintos tipos de seguros. En el seguro de Vida, un promedio del 17 por 100 de las primas en efectivo lo absorben los gastos. Las ventajas del seguro no se otorgan gratis. Deben contrapesarse con el costo de obtención del servicio.

Costo de las pérdidas causadas intencionadamente

Un segundo costo social del seguro se funda en el hecho de que ciertas pérdidas no ocurrirían si no existiera el seguro. Nos referimos a aquellas pérdidas causadas intencionadamente con el fin de percibir el dinero que cubren las pólizas. Aunque no existe una estimación fidedigna del grado de tales pérdidas, es posible que constituyan una fracción extremadamente pequeña del total de pagos por pérdidas. Los aseguradores están bien conscientes de este peligro, como veremos más adelante, y adoptan numerosas iniciativas para reducirlo a un mínimo, tanto al asegurar el riesgo como al liquidar la pérdida.

Exageración del costo de las pérdidas

Otro costo social del seguro —distinto de los anteriores, pero relacionado con ellos— es el que resulta de la tendencia a exagerar el grado de los perjuicios resultantes de pérdidas meramente fortuitas. Existen buenos estudios que ilustran esta materia. Una investigación, por ejemplo, destaca muy definidamente que los pagos por pérdidas a familias aseguradas de accidente y enfermedad tienden a una mayor elevación que las mencionadas en informes de las familias no aseguradas[6]. Esto es probablemente cierto porque parte de la estimación de la pérdida queda bajo el control del asegurado. En otras palabras, una vez que ha ocurrido el accidente o enfermedad, una persona puede decidir tratamientos médicos más caros o el médico prescribirlos, si se sabe que el asegurador pagará toda o la mayor parte de la cuenta.

Otro ejemplo de costes adicionales debidos a exageración de las pérdidas lo encontramos en el terreno del seguro de responsabilidad civil. Es conocido el hecho de que los jurados tienden a ser más generosos con un demandante herido, en un caso de negligencia, si comprueban que un asegurador pagará cualquier sentencia que se dicte[7]. Otro ejemplo se presenta en el seguro de automóviles por daños al vehículo. Cuando se sabe que una compañía de seguros está vinculada al caso parece existir una inexcusable tendencia a exagerar la medida del daño por parte de los encargados de su reparación, en connivencia, a veces, con asegurados poco honestos.

Contrapesando los costos sociales y los valores sociales del seguro, parece que las ventajas superan largamente a los inconvenientes. Si no fuera así, en un mercado libre como el nuestro el seguro no se utilizaría en la medida en que se hace. El seguro se utiliza a causa de los grandes servicios económicos

[6] O. W. Anderson y J. J. Feldman, Family Medical Cost and Voluntary Health Insurance A Nationwide Survey (*Seguro de Salud Voluntario y Costes Médicos Familiares*): una encuesta nacional. (Nueva York McGraw Hill Book Company, Inc., 1956).

[7] Se ha formado, de hecho, una asociación de abogados para asegurar mayores indemnizaciones a los reclamantes dañados y arbitrar medios con este fin. Es dudoso que se hubiera creado tal organización si no existiera un seguro de responsabilidad casi universal que cubre en particular los accidentes de automóvil.

obtenidos por su intermedio. Estos servicios cuestan algo, pero, como la mayoría de los gastos, las primas de seguro se consideran esenciales para la satisfactoria operación del negocio.

RESUMEN

1. El seguro es una institución económica que reduce el riesgo combinando bajo una sola dirección un grupo de objetos situados en forma tal que resultan predecibles las pérdidas accidentales acumuladas a que está expuesto el grupo con muy escasa variación. El seguro se ve afectado habitualmente y puede decirse que incluye ciertos contratos legales dentro de los cuales el asegurador promete reembolsar, mediante cierta cantidad, al asegurado o prestarle determinados servicios en caso de ocurrir ciertas pérdidas accidentales que se enumeran y que han de ocurrir durante el plazo de vigencia del contrato.
2. Desde el punto de vista del asegurador, los requisitos de los riesgos asegurables son cuatro: (a) debe existir un número suficiente de unidades de riesgo homogéneas que permitan un cálculo razonablemente aproximado de las pérdidas futuras probables; (b) la pérdida debe ser por naturaleza accidental y no intencionada; (c) debe ser posible determinar y medir la pérdida; y (d) las unidades de riesgo no deben estar sujetas a destrucción simultánea.
3. Desde el punto de vista del asegurado, los principales requisitos de asegurabilidad son: (a) la pérdida debe ser suficientemente severa como para garantizar su protección; y (b) la probabilidad de pérdida no debe ser tan alta como para imponer una prima prohibitiva en comparación con la posible dimensión del siniestro.
4. Los riesgos que afectan a las personas pueden clasificarse en asegurables y no asegurables. Los no asegurables incluyen los riesgos de mercado, políticos y de producción.
5. La diferencia esencial entre seguro y apuesta es que el seguro transfiere, elimina o reduce un riesgo ya existente, en tanto que la apuesta crea un riesgo que antes no existía.

6. La principal diferencia entre el seguro y la especulación es que ésta juega generalmente con el riesgo comercial, que no es asegurable, pero se transfiere de una parte a la otra. En el seguro, el riesgo se refiere a un hecho fortuito y asegurable y emplea el método de la combinación para reducirlo.
7. Hay muchos valores sociales y económicos del seguro, pero el mayor, tal vez, reside en los muchos beneficios resultantes de la reducción del riesgo en la sociedad. Los beneficios del seguro se logran mediante ciertos costos sociales, el principal de los cuales es el de los recursos económicos utilizados para operar el negocio mismo.

PREGUNTAS DE REVISION

1. Un asegurador declara: «Una adecuada explicación del seguro debe incluir la constitución de un fondo o la transferencia de un riesgo, pero no ambos». ¿Hay un conflicto entre esta declaración y la posición sostenida en este texto? Explíquela.
2. ¿Por qué los aseguradores privados no aseguran, generalmente, contra el peligro de inundación, de huelgas, de cambios de moda, de desempleo? Analícelo.
3. Si una tienda garantiza su mercadería contra los fallos mecánicos que puedan ocurrir en un período de cinco años, ¿constituye un seguro esta garantía?
4. En este capítulo se ha comparado el crecimiento de las compañías de seguros con el de los bancos. En cada caso han operado, sin embargo, diversos factores que pueden explicar el prematuro y rápido crecimiento de los bienes del seguro y el ritmo retardado que se observa más tarde. Uno de estos factores sería la naturaleza de los riesgos que se presentan en cada tipo de institución. Explique y compare estos riesgos, indicando cómo pueden haber influido en las diferentes tasas de crecimiento de las dos instituciones.
5. Después del huracán «Inés» de 1972, que causó serias pérdidas por inundaciones en varios estados, el comisionado de Seguros de Pennsylvania declaró: «Mucha gente habría estado en mejor situación si hubieran acercado una cerilla a sus casas antes de abandonarlas. La mayor parte de ellas, por lo menos, tenían seguro de incendio.» ¿Está usted de acuerdo? Explique el porqué de su opinión.
6. John, un poderoso inversionista, estima que la situación del mercado es tal que el precio de ciertas acciones que posee descenderá en un futuro próximo. Por tanto, vende estas acciones a James, cuya opinión es que no bajará el precio de las acciones. ¿Quién es el especulador? ¿Es una apuesta esta transacción? Explíquelo.
7. Una firma garantiza que ciertas piezas de sus automóviles usados están en buenas condiciones y funcionarán bien por un período de un año. Si las piezas fallan, la garantía cubre su reposición. El departamento de seguros del Estado intentó aplicar sus reglamentos a esta firma «porque la compañía garantiza la seguridad de los aspectos mecánicos del auto, y esto supone asegurar al comprador contra cualquier defecto de estas piezas». Los representantes de la firma alegan, por su parte, que ellos sólo garantizan el hecho de que sus expertos han inspeccionado un auto determinado. ¿Cómo decide usted si éste es un buen ejemplo de seguro o no? ¿Cuál es su decisión? Explíquela.
8. (a) Dé los ejemplos más corrientes de cada uno de los siguientes tipos de riesgos: (1) mercado, (2) político, (3) de producción.
   (b) ¿En qué condiciones, si existen algunas, sería posible contratar un seguro comercial de estos riesgos? Explíquelo.
9. Se ha argumentado que si fuera posible asegurarse contra todos los riesgos, no habría justificación para nuestro sistema libre de empresa competitiva, uno de cuyos dogmas fundamentales es que las utilidades son una recompensa por la aceptación de los riesgos. Si se abandonara la aceptación de los riesgos, se eliminarían las utilidades. ¿En qué medida, en su opinión, existe un peligro de que la extensión del seguro privado amenace nuestro sistema de libre empresa? Analícelo.
10. Proponga algunos medios posibles para reducir los costos sociales del seguro.

11. Dos granjeros convienen en que si uno de sus graneros se incendia, el otro ayudará a reconstruirlo. ¿Es éste un pacto de seguro? ¿Por qué sí o por qué no?
12. Es corriente oir a alguna persona que dice que «está pobre en seguros», y, sin embargo, rara vez se escucha la queja de estar «pobre en ahorros». ¿Existe alguna justificación para cualquiera de estas dos quejas? Analícelo.
13. Un texto de dirección y organización industrial contiene la siguiente frase: «El seguro debería ser el último recurso, no el primero, para encarar el riesgo comercial. El seguro aumenta el coste de la operación comercial y disminuye, por tanto, el margen de beneficios, haciendo más vulnerable el producto a la competencia.» Evalúe, indicando qué elementos de verdad, como también de error, refleja esta declaración.
14. Un artículo reciente decía lo siguiente: «Los aseguradores que el año pasado suscribieron operaciones financieras de compañías de alimentación que producen pollos para asados y fritos han tenido pérdidas que llegan a los 25 millones de dólares.» El plan de seguros era un contrato por el que se convenía reembolsar a una empresa de alimentación por las pérdidas resultantes de los anticipos a los criadores de pollos para asar, en proporción de un centavo por pollo. El asegurador pagaría el 80 % de cualquier pérdida sufrida por la empresa en las operaciones financieras de la raza broiler. Así, si la producción de un ave costaba 60 centavos y se vendía a 50, el asegurador pagaría ocho de los diez céntimos de pérdida.

    La producción de los pollos asados y fritos la financian principalmente las empresas de alimentación, que anticipan el alimento y, a veces, proporcionan los pollos a los criadores. Las empresas obtienen su reembolso nueve semanas más tarde, cuando se envían las aves al mercado.

    Los criadores estaban entusiasmados, pero el resultado del plan fue desastroso. Los aseguradores dejaron de suscribir la cobertura de seguros de criaderos, limitando su responsabilidad al período de nueve semanas de crianza, que expiraba en noviembre próximo.»

    (a) ¿Cuáles son los requisitos esenciales de un riesgo asegurable? Explique brevemente cada uno de ellos.
    (b) ¿Cuál de estos requisitos se infringió en el plan de seguro antes descrito? Dé una explicación de la razón probable del fracaso del plan y de la causa de las grandes pérdidas del seguro.
15. Un escritor ha comentado lo siguiente en relación al problema de las chabolas: «Las compañías de seguros han comenzado a restringir sus coberturas, a medida que las áreas de chabolas de las grandes ciudades de la nación se van deteriorando con los años.» El resultado fue un círculo vicioso. Los propietarios, incapaces de contratar un seguro de incendio, no podían tomar el riesgo de invertir más dinero en mejoras; a medida que más y más propiedades se deterioraban, más se retiraban los aseguradores del mercado. Entonces surgió el perjuicio causado por los desórdenes raciales, que prepararon la escena para el conflicto entre la industria y Gobierno... La no disponibilidad de seguro perjudicó seriamente el esfuerzo para mantener y mejorar las malas viviendas.» En su opinión: (a) ¿Tienen las organizaciones privadas, como las compañías de seguros, que operan con fines comerciales, el deber público de ayudar a prevenir los problemas sociales en las áreas sobre las cuales tienen obvio control? (b) ¿Qué iniciativa podrían tomar los aseguradores privados para aliviar el problema mencionado?
16. Un hombre soltero pagó una cuota inicial y ciertas cuotas anuales, conviniendo pagar cierta suma a cualquiera de los miembros de la asociación que fundó, en caso de contraer matrimonio. Los otros miembros, por su parte, aceptaron pagar a la esposa de este contratante cierta cantidad de dinero, supuesto que el contratante se casara después de dos años de la fecha del contrato. ¿Debe reglamentarse esta asociación como una empresa de seguros? Indique sus razones.
17. Se ha manifestado que los siguientes riesgos no son asegurables. Indique en cada uno de ellos si usted está de acuerdo o en desacuerdo y por qué:
    (a) Riesgos de demandas exorbitantes de un sindicato o de huelga prolongada.

(b) Riesgo de pérdida por depresión económica.
(c) Riesgo de hurto de secretos comerciales de una firma, que le causan pérdida de utilidades potenciales a partir de esa fecha.
(d) Riesgo de pérdida de un mercado, que lo capta otro competidor con un mejor producto.
(e) Riesgo de que una nueva zonificación o un flujo de la población reduzca el valor de un sitio determinado, poseído por una firma con fines de comercialización.

4

El Seguro y la Gerencia del Riesgo

Durante el siglo xx, el entorno en que opera la empresa moderna, particularmente las grandes unidades industriales, se ha vuelto cada vez más complejo. Esta complejidad creciente ha acarreado una necesidad mayor de dar especial atención al tratamiento de los riesgos que encara la empresa. La mayor parte de las grandes corporaciones y muchas de las pequeñas emplean gerentes especializados que se responsabilizan de los riesgos en aumento. Estas personas, llamadas *gerentes de riesgo* o gerentes de seguro, se han transformado en miembros importantes de la alta dirección en muchas empresas.

Varios factores han contribuido a la creciente complejidad de la empresa moderna y han multiplicado los riesgos que ellas encaran. Algunos de estos factores son:

1. El amplio crecimiento del mercado mundial y de las operaciones universales de las compañías multinacionales (ver capítulo 28).
2. La tecnología avanzada, que ha aportado nuevos productos de gran complejidad y enormes concentraciones de valor en un solo producto (por ejemplo, el avión supersónico).
3. El desarrollo de organizaciones comerciales altamente integradas, en que el fallo de un sector puede causar pérdidas en otras unidades de la empresa.
4. La creciente conciencia social, que tiene complejas relaciones con el Gobierno y exige atención especial hacia el problema del cumpli-

miento de nuevos reglamentos relacionados con la contaminación, la uniformidad de los productos, las responsablidades legales, los precios y muchos otros aspectos del comercio que anteriormente funcionaban con absoluta liberalidad.

Este capítulo trata del desarrollo de la función de gerencia del riesgo en el comercio. Analizamos el problema de manejo del riesgo y del seguro desde el punto de vista de una firma comercial, no de la industria del ramo. Como veremos, el mismo problema puede estudiarse con un criterio completamente diferente, según nuestra perpectiva, y las soluciones más diversas parecerán las más adecuadas. Por ejemplo, la respuesta al problema de si conviene autoasegurar un riesgo, qué prima pagar, si procede formar una corporación subsidiaria que se dedique a solucionar y asumir los riesgos, gastos de prevención de los riesgos a calcular y cómo predecir las pérdidas potenciales son asuntos a los cuales puede darse muy diverso tratamiento, según los aborde la empresa comercial o un asegurador.

¿QUE ES LA GERENCIA DEL RIESGO?

La *Gerencia del Riesgo* puede definirse como la función de liderazgo ejecutivo en el manejo de los riesgos específicos con que se enfrenta la empresa comercial. Estos riesgos pueden ser asegurables por aseguradores comerciales o inasegurables por ellos. En general, el gerente de riesgo trata con riesgos puros no especulativos.

Hay tres conceptos de gerencia del riesgo: amplio, limitado e intermedio. Desde el punto de vista amplio se concibe al gerente de riesgo como un empresario que posee y controla el negocio y recibe la utilidad o sufre la pérdida, en razón de que, presumiblemente, asume el riesgo de la empresa. Desde el punto de vista limitado, las funciones del gerente de riesgo se circunscriben a dirigir el riesgo asegurable principalmente mediante seguros comerciales; es el comprador de seguros. Estas funciones, en la concepción intermedia, van más allá de la mera compra del seguro para la firma, pero no se extienden a la responsabilidad del empresario mismo respecto al riesgo total, su asunción o dirección. En este capítulo analizaremos el punto de vista intermedio respecto a las funciones del gerente de riesgo.

DESARROLLO DE LA GERENCIA DEL RIESGO

Las empresas comerciales, en cierta época, prestaban poca atención al manejo de los riesgos puros. Las pólizas de seguro se compraban sobre ciertas bases de riesgo con coberturas yuxtapuestas y duplicadas en forma considerable y amplias lagunas para la protección de importantes riesgos. Se ejercía muy poco control sobre el coste de las pérdidas y las primas de seguro. Muchos riesgos que debían haberse asumido por los interesados se aseguraban y viceversa. Gradualmente se comprobó que se lograrían mejores dividendos si se prestaba mayor atención a este aspecto de la dirección del negocio. En lugar de tener a un atareado ejecutivo ocupado en tomar las decisiones de seguro, cuando sus responsabilidades primordiales se encontraban en un área diversa, la dirección comenzó, en primer lugar, por asignar esta responsabilidad en calidad de jornada parcial a funcionarios como el tesorero y más adelante como cargo de jornada completa.

Cuando se vio todo el ámbito de responsabilidad del gerente de riesgo se creó un departamento de seguro, con varias personas empleadas. Al comienzo se conocía al jefe del departamento simplemente como el «comprador de seguros». Posteriormente su título varió por el de «gerente de seguro» o «gerente de riesgo». Naturalmente, se utilizan aún muchos títulos diferentes, incluyendo el de «comprador de seguro», pero existe la tendencia a reflejar en el título la naturaleza más amplia de los deberes del gerente y sus responsabilidades. Entre los ayudantes del «gerente de seguro», como se le designa más típicamente hoy, se encuentran especialistas de diversos ramos del seguro, derecho, estadística y relaciones de personal.

Los gerentes de riesgo están organizados ahora en asociaciones, la principal de las cuales es la Sociedad Americana de Gerencia de Seguro (ASIM), establecida en 1950, con más de 1.800 firmas asociadas [1]. La división de seguro de la Asociación Americana de Gerencia mantiene también una gran actividad en el campo de la gerencia del riesgo, dirigiendo seminarios para sus miembros y dando dos conferencias al año. Sus publicaciones constituyen una parte importante de la literatura básica de la gerencia del riesgo.

[1] ASIM publica una revista nacional titulada *Risk management* (La gerencia de Riesgos) y está dedicada a la tarea de promoción de la profesión de gerencia de riesgos.

El Gerente de Riesgo frente al Agente de Seguros

Llegados a este punto, es natural preguntarse para qué se desea tener un gerente de riesgo especial en la empresa cuando se cuenta con los agentes o corredores independientes para desarrollar esta función. ¿No es un derroche tener dos personas distintas con tareas o responsabilidades idénticas o yuxtapuestas? Dado que hay que pagar la misma comisión al Agente sea que actúe a través del gerente de riesgo o no, ¿no es superfluo el coste de la función del gerente de riesgo en la empresa? Hay varias respuestas a estas preguntas, aunque no es necesario a esta altura desarrollarlas completamente.

Primero, como veremos, el gerente de riesgo y el agente o corredor de seguros no desempeñan idéntica función, dado que el trabajo del gerente de riesgo tiene una órbita mucho más amplia que la simple adquisición de seguros. En segundo lugar, la experiencia ha demostrado a menudo a las empresas que es difícil coordinar los programas de seguro sin que alguien perteneciente a la firma tenga una responsabilidad primordial en esto —un corredor externo no puede tener el grado de íntima familiaridad con las situaciones comerciales internas que son indispensables para el desempeño de la función de compra del seguro—. En tercer lugar, los agentes tienen tendencia a vender solamente las pólizas con las cuales están familiarizados o de las que disponen fácilmente, absteniéndose de analizar aquellos riesgos para los cuales no existen pólizas uniformes de seguro. Un gerente de riesgos es tan necesario como un jefe de compras para adquirir repuestos tangibles. En cuarto lugar, la responsabilidad de protección de los bienes de la empresa se considera a menudo demasiado importante como para dejarla en manos de un extraño. Uno de los deberes básicos del director de una empresa es dedicar el debido cuidado para proteger del deterioro los bienes de ésta. El exponer a pérdida estos bienes por falta de una supervisión eficaz del correspondiente seguro puede exponer a los directores a que los accionistas hagan efectiva su responsabilidad legal. Si los ejecutivos de la corporación no supervisan directamente el seguro, deben delegar su responsabilidad en otros y cada vez más se reconoce a tal persona como un empleado de jornada completa: el gerente de riesgo de la empresa.

Grado de utilización

ASIM hizo un examen detallado del trabajo y responsabilidad del gerente de riesgo, realizando dos estudios entre sus miembros de los Estados Unidos y de Canadá, uno en 1958 y otro en 1968[2]. En el estudio de 1968 se distribuyeron aproximadamente 1.700 cuestionarios que proporcionaron un 42 por 100 de respuestas. Los informantes representaban muchos tipos de firmas, industriales en un 53 por 100 y 47 por 100 de otras áreas. Alrededor del 55 por 100 de las firmas tenían operaciones internacionales en relación con el 47 por 100 existente en 1958, lo que comprueba la creciente importancia del gerente de riesgo en las firmas con una orientación internacional. Las ventas brutas entre 2/3 de los informantes suponían de 50 millones a mil millones de dólares, aunque la gama total variaba entre un millón y más de tres mil millones de ventas brutas. En el año 1968 los informantes pagaban primas de seguro promedio de 2.400.000 de dólares, lo que era poco más del doble del nivel de primas medias por empresa del estudio de 1958.

El Cuadro 4-1 muestra la naturaleza del cambio de la autoridad sobre la toma de decisiones del gerente de riesgo. Puede notarse que hay una tendencia definida a darle mayor autoridad en las decisiones sobre el seguro. Por ejemplo, el gerente de riesgo toma la decisión final de contratar o no el seguro en el 32 por 100 de los casos, lo que diez años antes ocurría sólo en el 20 por 100 de los casos. En más de la mitad de los casos el gerente de riesgo tiene plena autoridad para escoger o cambiar el asegurador, aprobar renovaciones, negociar tasas, solicitar propuestas competitivas, establecer las especificaciones de compra, decidir la aceptación o rechazo de una reclamación por pérdidas menores y aceptar convenios de responsabilidad por pérdidas recomendados por el asegurador. Comparte las decisiones de seguro más importantes de la alta dirección de la empresa.

El hecho de que el gerente de riesgo reciba una remuneración bastante superior al promedio de los ejecutivos de su nivel en la organización refleja su creciente importancia. El es el que informa directamente al ejecutivo financiero superior de la empresa de más de 5.000 empleados y con ventas sobre 100 mi-

[2] *American society of insurance management study of the risk manager and ASIM* (Asociación americana de estudio de la dirección de seguros, del gerente de riesgo y ASIM) (New York: Woodward and Fondiller, Inc., 1969).

llones de dólares. Suelen ser normalmente universitarios con bastantes años de experiencia comercial, y como gerente de riesgo tienden a dedicar una gran parte de su tiempo a actividades de gerencia de riesgo, aunque también tienen otras responsabilidades.

Entre las responsabilidades propias del gerente de riesgo destacan: la selección de seguros, la determinación y evaluación del riesgo, la contabilidad de seguro, la administración del autoseguro, el diseño y administración de planes de seguro de grupo y otros planes de beneficios para los empleados, la atención de reclamaciones, prevención de pérdidas y administración de la seguridad industrial. Normalmente, el gerente de riesgo comparte las responsabilidades de todas estas funciones.

Cuadro 4-1

AUTORIDAD DE DECISION DEL GERENTE DE RIESGO

Decisión	Porcentaje de informantes				
	Plena autoridad		Autoridad compartida		Ninguna
	1958	1968	1958	1968	1968
Decisión de asegurar o no	20	32	78	65	2
Aceptación del riesgo de autoseguro	17	27	79	68	3
Selección o cambio de corredor	22	35	73	54	10
Selección o cambio de asegurador	—	53	—	40	—
Aprobación de renovaciones	73	72	17	25	1
Oportunidad para negociar tasas	80	76	20	19	4
Oportunidad para propuestas competitivas	70	72	27	22	4
Fijación de especificaciones	79	74	17	22	2
Selección de propuestas	39	42	58	52	4
Aceptación de plan deductivo o de exceso	32	41	66	55	2
Aceptación de reclamaciones por pérdidas menores	50	85	49	12	2
Aceptación de convenios de responsabilidad por pérdidas, recomendados por el asegurador	62	58	34	35	4

FUENTE: Sociedad Americana para el Estudio de la Dirección del Gerente de Riesgo, del Seguro de la Gerencia del Riesgo y ASIM (Nueva York. Woodward and Fondiller, Inc. (1969).

Nota: Las cifras para 1968 no completan el 100 por 100 porque faltan respuestas a algunas preguntas individuales.

Cabe concluir que la profesión de gerente de riesgo prospera rápidamente, aunque una gran mayoría de las firmas aún no emplean un gerente en jornada completa para el riesgo o seguro ni mantienen un departamento separado para esta función. Sin duda, la profesión continuará prosperando, especialmente al hacerse evidente cada vez más que aunque una firma no emplee un gerente de riesgo siempre desarrollará funciones vitales de dirección en esta materia.

¿Por qué no hay más firmas que tengan gerente de riesgo en jornada completa si la función es vital para sus operaciones? Algunos de los factores siguientes lo explicarán:

1. La función de gerencia del riesgo contagia a todas las operaciones: establecer un departamento separado exige, generalmente, cierta reorganización y distribución de responsabilidades, un procedimiento que los que actualmente desempeñan dichas funciones se resisten a admitir.
2. Es difícil, a menudo, separar las decisiones que se refieren al riesgo, de las otras funciones comerciales. El trabajo del gerente de riesgo se sobrepone, así, al de otros jefes de departamentos y, aun, al de la dirección superior. Por ejemplo, la seguridad y la prevención de pérdida son responsabilidad de cada gerente de operación y el gerente de riesgo puede asesorar eficazmente pero no puede exigir, que se adopte su criterio a un departamento de operaciones.
3. Las áreas de responsabilidad del gerente de riesgo se consideran a menudo muy amplias para una sola persona; ésta requiere asistencia técnica y proporcionarle todos los expertos necesarios podría representar un considerable aumento de costos y trabajo. Por ejemplo, se puede considerar muy costoso para una firma proporcionar un abogado, un contador y un ingeniero de seguridad cuando tales tipos de personas están ya disponibles en otros departamentos.

Es tal vez por estas razones por lo que la mayor parte de las firmas continúan limitando las funciones de los gerentes de riesgo a las relacionadas más directamente con la gerencia de seguro. De hecho, el término «gerente de riesgo» no se ha introducido profundamente. Se utiliza más bien el término «gerente de seguro» o «director de seguro», encontrándose así alrededor del 60 por 100 de los casos del estudio de ASIM, mencionado anteriormente. El término «gerente de riesgo» se encontró solamente en un dos por ciento de los casos[3]. Debe comprenderse

[3] La misma fuente. Cuadro 8.

que sus funciones se desempeñan todavía por una o más personas aun cuando no se emplee un gerente de seguro de jornada completa.

Necesidad de una mejor gerencia de riesgo

Antes de examinar en detalle las funciones o responsabilidades del gerente de riesgo o seguro será útil considerar algunos de los errores comerciales ya observados cuando las funciones de gerencia del riesgo no se desempeñan acertada o correctamente. El análisis siguiente se basa en estudios hechos principalmente en pequeñas firmas comerciales tanto por el autor como por otras personas y que se inclinan a apoyarse en agentes locales de seguros [4]. A continuación se mencionan algunos ejemplos de errores en los programas de seguros y de las prácticas de gerencia sobre los mismos.

Infraseguro. El error más común consiste en no asegurar un porcentaje razonable del riesgo potencial de pérdida. Sólo la mitad de todas las firmas tenían una cobertura equivalente al 90 por 100 de seguro de sus valores. La falta del adecuado porcentaje tiene como consecuencia sanciones de coaseguros, es decir, que en una pérdida el asegurado recobrará sólo una porción de ella [5]. En el 3 ó 4 por 100 de los casos se encontró que el propietario del edificio no tenía ningún seguro de incendios; un 10 por 100 no tenía seguro de incendios sobre los bienes almacenados y un 18 por 100 no tenía seguro de incendios del equipo. El infraseguro se observó también en el campo de la responsabilidad civil. Eran corrientes las limitaciones inadecuadas. En sólo un 9 por 100 de los casos se había asegurado la discontinuación del negocio. El 30 por 100 de las firmas no habían suscrito un seguro de responsabilidad penal.

[4] Mark R. Greene, *Risk management in a catastrophe* (Gerencia del riesgo en una catástrofe) (Eugene: Universidad de Oregon, 1962) y Donald Watson y A. G. Homan, *An analysis of risk management problems of small retailers* (Un análisis de los problemas de los minoristas en la gerencia del riesgo) (Eugene: Universidad de Oregon, 1961). Durante estos estudios se entrevistó a 385 pequeños distribuidores que gastaban entre 100 y 2.600 dólares anuales en seguro. El primer estudio se refería a los detallistas de Roseburg y Oregon, luego de una explosión que causó graves daños a la mayor parte de los edificios comerciales de la ciudad, el 7 de agosto de 1959. El segundo estudio contenía una muestra al azar de los minoristas en tres importantes ciudades de Oregon. El objetivo de los estudios era determinar cómo se desempeñaba la función de gerencia de seguro.

[5] Ver en el Capítulo 9 el análisis del coaseguro.

Errores de cobertura. Se descubrieron muchos casos de firmas que habían rechazado la inclusión de cláusulas que les habrían significado ahorros considerables del coste del seguro, tales como el coaseguro o la franquicia, sin un aumento significativo del riesgo de pérdida. En un 6 por 100 de los casos había incompatibilidad de cobertura. Existe incompatibilidad cuando se adquiere más de una póliza que contiene cláusulas de liquidación que se contradicen entre sí restringiendo la cobertura y, por lo tanto, disminuyendo la eficacia.

Cláusulas de seguro antieconómicas. Se comprobó que otro error común era asegurar pequeños riesgos de pérdida e infraasegurar grandes riesgos. Por ejemplo, cerca de una tercera parte de los distribuidores utilizaban una franquicia de 50 dólares en el seguro de choque entre automóviles, conteniendo al mismo tiempo limitaciones inadecuadas de la responsabilidad civil o dejando completamente carentes de seguro serios riesgos de pérdida. En más del 22 por 100 de los casos no existía ningún seguro de responsabilidad civil resultante de culpa en la operación comercial.

Errores organizativos. La utilización de más de un agente de seguros resultó ser el mayor error de organización, fallando la responsabilización de una persona para la cobertura de seguro. Este procedimiento aumenta enormemente la posibilidad de lagunas de cobertura o duplicación del seguro. Sólo una tercera parte de los informantes utilizaban un agente. Un 40 por 100 de los informantes declararon que ellos no confiarían a sus agentes informaciones importantes de sus negocios ni circunstancias financieras personales de importancia. Más de tres cuartas partes de los entrevistados manifestaron que ellos no estimaban que los vendedores de seguros estuvieran suficientemente informados de los riesgos de sus negocios como para recomendarles contratos de seguro eficaces.

Falta de revisión de los programas de seguro. Era poco frecuente que las firmas distribuidoras revisaran periódicamente su programa completo de seguro ni lo pusieran al día. Por pequeños ahorros de prima, un tendero había permitido que se interrumpiera la prórroga de cobertura (que contenía protección contra explosiones). El edificio fue destruido cinco meses más tarde por explosión de un camión de dinamita aparcado cerca de él. En otro caso se informó que una gran firma había pagado, sin necesidad, 37.000 dólares al año en primas de seguro de

accidentes de trabajo por unos gastos debidos a un error de clasificación en la plantilla[6]. También es frecuente el fallo en obtener órdenes competitivas de seguro. Una pequeña comunidad ahorró 5.000 dólares al año en seguro de cosas mediante órdenes competitivas; el oponente ganador demostró que la ciudad había estado utilizando un sistema anticuado de seguro de incendio y de cobertura de riesgos ampliada y que se podían aplicar tasas más bajas conforme al formulario adoptado recientemente.

Falta de adopción de técnicas de prevención de daños. Aunque es bien sabido que se pueden lograr grandes ahorros mediante la técnica de prevención de pérdidas en los seguros, muchas firmas tienden a ignorar estas posibilidades. En una ocasión la adopción de un sistema de riego automático redujo las primas de seguro de incendio anuales de 11.000 dólares a 1.480, sistema que amortizó en dos años el precio del sistema de riego. Un programa para eliminar los accidentes del trabajo instalado en una firma disminuyó la tasa de pérdidas por cada millón de horas-hombre desde 9,15 a 2,0, con los ahorros consiguientes en primas de accidentes laborales. La mayor parte de las pequeñas firmas comerciales no toman en cuenta, por ignorancia, inercia o falta de asistencia apropiada los servicios de asesoramiento de relativos a especificaciones de seguridad y prevención de pérdidas en la construcción de edificios nuevos. Los ahorros en primas de seguros provenientes de dicha asesoría, muy a menudo compensan con exceso a la firma en relación a cualquier aumento en los costos de construcción derivados de las medidas de prevención de pérdidas. Esto es cierto si se consideran los ahorros totales en varios tipos de seguro (tales como delitos, incendio, interrupción de negocios y responsabilidad civil).

Responsabilidades y funciones

El gerente de riesgo tiene ciertas responsabilidades generales. A él se le responsabiliza de la adecuación del programa de seguro de la firma y de la cooperación para formular y administrar la política de la empresa en materia de seguros. Es responsabilidad suya observar que las utilidades de la firma no se pierdan con motivo de un riesgo que pudiera haberse asegurado o manejado adecuadamente. Se espera que el gerente de riesgo esté al tanto de las innovaciones en el campo del seguro y obtenga cobertura al menor costo compatible con otros factores, tales como la solvencia del asegurador y la calidad del servicio. La atención que debe prestarse a la prevención de pérdidas es responsabilidad suya. El velará para que la firma cumpla todos los acuerdos contractuales de sus pólizas de seguro y negocia la liquidación de las pérdidas aseguradas. Se espera que formule recomendaciones para la alta dirección en todos los aspectos de gerencia del riesgo, tales como qué debe asegurarse o no asegurarse. Mantiene registros de pérdidas y gastos que lo orienten para hacer recomendaciones y tomar decisiones. Las funciones específicas del gerente de riesgo en el desempeño de estas responsabilidades son las siguientes:

1. Descubrir los riesgos de pérdida. El gerente de riesgo debe ser consciente, en primer lugar, de la posibilidad de cada tipo de riesgo. Este es un deber fundamental que debe preceder a todas las demás funciones.
2. Estimar la frecuencia y dimensión de la pérdida, esto es, estimar a través de varias fuentes la probabilidad de pérdidas.
3. Decidir el método mejor y más económico para el manejo del riesgo de pérdida, sea asumiéndolo, evitándolo, tomándolo a cargo, reduciendo los riesgos, transfiriéndolos, asegurándolo comercialmente, o combinando todos o alguno de estos métodos.
4. Administrar los programas de gerencia del riesgo, incluidas las tareas de revaluación constante de los programas, mantener registros y otros similares.

ESTIMACION DE LAS PERDIDAS

Una de las responsabilidades básicas del gerente de riesgo es la estimación de las pérdidas potenciales que deben prevenirse de alguna manera. Esta función incluye el descubrimiento de los riesgos de pérdida y la apreciación del valor de tal pérdida.

[6] William Guest, «Broker Saves Construction Firm $ 34,000 on Shea Stadium Job». («Un corredor ahorra 34.000 dólares a una firma de construcción en relación a un trabajo del Estadio de Shea»). *Business Insurance* (Seguro Comercial) (11 de marzo de 1968), pág. 15.

Descubrimiento de los riesgos

La tarea más difícil y compleja de todas a las que se enfrenta el gerente de riesgo es el descubrimiento de los riesgos de pérdida. Una empresa comercial moderna de dimensión importante presenta oportunidades de pérdida casi ilimitadas y se espera que el gerente de riesgo las evalúe todas. Por cierto, él debe estar íntimamente familiarizado con todas las fases de operación del negocio para cumplir esta tarea. Debe tener presente todos los planes de expansión de la planta y de incorporación de nuevas operaciones. Debe trabajar estrechamente unido con la alta dirección y con todos los jefes de departamentos para lograr una clara comprensión de todos estos aspectos. Si el negocio está descentralizado geográficamente debe realizar amplios viajes. Debe aceptar que, aparte de las pérdidas causadas por peligros físicos, existen muchas otras pérdidas. Las pérdidas por responsabilidad civil, por cargas fijas y utilidades perdidas, por deshonestidad de los empleados y responsabilidad proveniente de un contrato, como también por convenios sindicales.

Apreciación de valores

El paso siguiente al descubrimiento del riesgo es la estimación de su dimensión y frecuencia de las pérdidas. Pueden ocurrir incontables pérdidas sin que se derive ningún problema particular. Otras, sin embargo, pueden llevar a la firma a la bancarrota en caso de presentarse. El gerente de riesgo estudia primero los registros de pérdidas anteriores, si han ocurrido, dentro de la firma y luego consulta la experiencia de pérdidas de otras firmas o de un asegurador comercial.

Debe mantener una supervisión constante de los valores inmobiliarios y otras propiedades y ver que sus evaluaciones se encuentren disponibles y al día a fin de que pueda apreciarse exactamente la importancia de la pérdida que pueda provenir de un peligro determinado. En una firma se hizo un estudio de pérdidas causadas por incendios en frigoríficos establecidos en locales en «leasing» que contaban con desvíos de carga y se encontraban geográficamente muy dispersos. El valor original máximo de esos locales era de 1.500 dólares. Dado que las pérdidas sufridas en un período de quince años eran casi nulas, la

firma constató que la probabilidad de pérdida no era seria y decidió someter ese riesgo particular al autoseguro. Puede ocurrir, sin embargo, que el gerente de riesgo no disponga de estimaciones exactas respecto a posibles pérdidas. La dificultad de estimar el alcance de un riesgo debido a la negligencia de un empleado de la compañía constituye un buen ejemplo. En estos casos, el gerente debe recurrir a su mejor criterio.

A veces se establecen métodos ingeniosos para estimar la posibilidad de pérdida. Un gerente de riesgo desarrolló una fórmula para medir las pérdidas por deshonestidad dentro de la firma. Esta fórmula se basaba en el cálculo de un indicador hecho de tres elementos —la caja, el inventario y las ventas en bruto. Por ejemplo, en el caso de firmas pequeñas, el seguro de fidelidad necesario equivalía al 20 por 100 de la caja, 5 por 100 del inventario y 10 por 100 de la venta bruta anual. Por este sistema se comprobó que un contador que sólo tenía a su disposición una caja de 1.500 dólares logró sustraer 187.000 en varios años [7].

EL MANEJO DE LOS RIESGOS NO ASEGURADOS

Una vez que se ha estimado la probabilidad de pérdida, el gerente de riesgo está en una buena posición para decidir el mejor método para la administración del mismo. Es obvio que si la pérdida no causaría un problema real a la firma, aun en caso de ocurrir, puede asumirse dicho riesgo.

El seguro deberá ser caro si se determina que la probabilidad de pérdida es alta. El gerente de riesgo, en tal caso, debe determinar si asegura el total o una parte o si autoasegura. En esta materia existe una gran controversia. Antes de continuar este análisis debemos señalar, como lo hicimos en el Capítulo 1, que hay una diferencia entre el seguro, el autoseguro y la asunción del riesgo. El *seguro* supone recurrir a un asegurador comercial que es capaz de reducir en gran parte el riesgo combinándolo con otro gran número de unidades de riesgo similares o que, mediante una prima, puede aceptar la transferencia del mismo. Al hablar de *autoseguro* nos referimos a una situación en que una firma particular cumple con ciertos requisitos para

[7] George A. Conner, «Yardstick of dishonesty exposure» («Determinación del riesgo de deshonestidad»). *The national insurance buyer* (El comprador nacional de seguros», Vol. III, núm. 6 (Noviembre, 1956), pág. 42.

desempeñar todas las funciones que corrientemente desempeñaba el asegurador comercial. La *asunción del riesgo* o no aseguración implica que la firma no hace nada respecto al riesgo, pero espera encarar cualesquiera pérdidas con su capital, cargándolas a los gastos ordinarios. Es importante que el gerente de riesgo comprenda las características de cada método.

Asunción

Muchos riesgos de pérdida son tan ilógicos que pueden ignorarse totalmente. Por ejemplo, el gerente de riesgo puede estimar que el riesgo de choques en los vehículos usados es de tal naturaleza que puede asumirse. O puede asumir los primeros 100 dólares de pérdida de cada vehículo. Los peligros tales como raterías, roturas de herramientas o ventanas o robos en las máquinas de venta se cargan a menudo porque la firma puede absorber fácilmente la pérdida ocasional proveniente de estas causas.

Además de asumir ciertas cargas, muchas firmas también aceptan la responsabilidad de ciertos servicios necesarios para asegurar. En el seguro de salud de grupo, por ejemplo, la firma puede atender las reclamaciones de los empleados por enfermedad o accidentes. Puede hacer que se cumplimenten formularios apropiados de denuncia, que se reciban en forma satisfactoria los certificados médicos y que se agreguen otros documentos que apoyen la denuncia. El asegurado puede cumplir esas funciones, generalmente, en forma más económica que el asegurador y, dentro de la prima, recibirá una bonificación por ello.

Prevención de pérdidas

El gerente de riesgo está vitalmente interesado en la prevención de pérdida, sea que se utilice el autoseguro o se adquiera un seguro comercial. La mejor manera de administrar el riesgo es, idealmente, eliminando la posibilidad de pérdida cuando esto resulta económico. Aunque rara vez es posible el logro completo de esto, en cualquier grado que se obtenga, sin embargo, producirá importantes ahorros al asegurado, no sólo en primas de seguro rebajadas, sino también en un desarrollo más sosegado y eficaz del negocio.

Muchos gerentes de riesgo están a cargo directo del programa de prevención de accidentes de su empresa. Entre sus diversos deberes están:

1. El mantenimiento de registros veraces de todos los accidentes, según el número, tipo, causa y daño total resultante.
2. El mantenimiento de programas de inspección de la seguridad de la planta.
3. El diseño de sistemas y métodos para prevenir la repetición de los accidentes.
4. El mantenimiento de una conciencia de seguridad en la alta dirección.
5. La atención por obtener en la prima de seguro la reducción adecuada por las medidas de prevención de pérdidas adoptadas.
6. La minimización de las pérdidas mediante técnicas adecuadas de salvamento y otras iniciativas cuando ocurre el daño.
7. El trabajo con los ingenieros de la compañía y los arquitectos al planificar una nueva construcción que asegure la máxima seguridad y créditos importantes en la prima de seguro cuando la estructura se termine y ponga en uso.

Un caso ocurrido en la industria aérea sirve de ejemplo de lo que puede lograrse con las iniciativas de reducción de riesgos. Un avión casi terminado se incendió en la línea de montaje. Aunque se evitó una catástrofe importante mediante la rápida acción del sistema de aspersión, se perdió, sin embargo, una vida, produciéndose heridas personales y daños en las cosas por un valor de 500.000 dólares. La investigación demostró que el fuego lo causó un cortocircuito en el sistema eléctrico que inflamó la gasolina utilizada para el examen del sistema de combustible. El combustible de examen se había mezclado con un combustible altamente inflamable «de llama corta». A consecuencia de lo anterior se adoptó un nuevo combustible de examen de un punto de «llama alta», haciéndose más severos los procedimientos de control. Más adelante se produjo un gas no inflamable exento de riesgo que dio sustanciales ventajas de producción [8]. Cabe dudar de que se hubiera hecho algo en este sentido, a menos que la firma tuviera una persona —un gerente de riesgo— que tomara la iniciativa de velar para que la firma aprovechara los errores anteriores.

[8] George H. Connerat, «Risk abatement» («Reducción del riesgo»), *Series de Seguro, núm. 112* (New York: Asociación Americana de Gerencia, 1956), pág. 10.

Transferencia

Un recurso importante que los gerentes de riesgo no descuidan es la administración del riesgo mediante el método de transferencia. Las transferencias de riesgos pueden agruparse en dos categorías: las que suponen transferencia a una compañía de seguros y las que suponen transferencia a un tercero distinto de una compañía de seguros. El primer tipo se trata más adelante en este capítulo como una parte de la administración del programa de seguro. Nos ocupamos ahora del segundo tipo.

Un ejemplo interesante de transferencia a terceros que no son una compañía de seguros se presenta en los planes de leasing. Una firma determinada puede tener un número insuficiente de automóviles como para que se justifique el autoseguro. Decide, por tanto, que los problemas administrativos de la propiedad de los vehículos, incluyendo los detalles del seguro, pueden transferirse con ventaja a una firma que esté especializada en este negocio. La firma, en consecuencia, toma en leasing todos sus autos y evita así el problema del seguro del auto, transfiriendo el riesgo de la propiedad a la firma de leasing. La firma puede tomar en leasing muchos otros tipos de cosas (cuyos ejemplos van desde las alfombras hasta edificios completos) por razones sustancialmente similares: transferir a los especialistas el riesgo de la propiedad.

Los cedentes pueden utilizar el seguro comercial, pero en lo que se refiere al cesionario ha manejado el riesgo por transferencia.

Eliminación

Otro medio de manejar el riesgo, estrechamente relacionado con el método de transferencia, es la eliminación directa de los azares y riesgo, en lugar de asumirlos. Un ejemplo de eliminación es el rechazo de la responsabilidad por los bienes mientras se transportan. Un comerciante puede elegir sus cláusulas de venta, estableciendo que el vendedor asuma todos los riesgos de pérdida hasta que los bienes lleguen al almacén del comprador. De esta forma, el comprador nunca asume el riesgo y evita el problema del seguro. La práctica frecuente de la subcontratación constituye un ejemplo similar de eliminación. La firma acuerda con un contratista para que éste fabrique determinados productos, asumiendo, por tanto, todos los riesgos. De este modo, la firma hace posible la evasión de su responsabilidad por el riesgo de pérdida que podría esperarse al fabricar ella misma los bienes.

LA DECISION DE AUTOSEGURO

El gerente de riesgo debe considerar varios factores al tomar la decisión de autoseguro. Enumeramos a continuación las ventajas y defectos de este método para la administración del riesgo.

Requisitos del autoseguro

¿Qué requisitos deben cumplirse antes de que una firma pueda recurrir adecuadamente al autoseguro? No debe intentarse el autoseguro habitualmente, a menos que la pérdida, si ocurre, sea suficientemente seria como para causar complicaciones financieras al asegurado. Las situaciones siguientes indican las condiciones en que el autoseguro es factible:

1. La firma tiene un número suficiente de objetos situados en forma tal que no están sujetos a destrucción simultánea. Los objetos son, también, razonablemente homogéneos en cuanto a su valor y naturaleza, de modo que los cálculos de pérdidas probables serán exactos dentro de límites estrechos. Si existen estas condiciones, la firma podrá predecir exactamente la cantidad de fondos que es necesaria para cubrir las pérdidas esperadas.
2. La dirección desea apartar una cantidad que cubra las pérdidas mayores y poco usuales. Debe sostener un programa de seguro externo, normalmente, hasta que se tenga dicha cantidad. A medida que crece el fondo de autoseguro, debe reducirse el monto del seguro externo hasta eliminarse. No es suficiente para este fin contar solamente con una reserva «de libro» dado que tal transacción en la hoja de balance no proporcionará el dinero efectivo en caso de ocurrir la pérdida. El fondo debe estar efectivamente separado del capital de operación e invertirse en títulos fácilmente convertibles en dinero efectivo, si se necesita. Si una firma estima que no necesita un fondo separado porque puede abordar cualquier pérdida con el capital de operación, no está recurriendo al autoseguro, sino simplemente asumiendo el riesgo por su cuenta.

3. La firma debe tener registros o acceso a estadísticas satisfactorias para poder hacer estimaciones exactas de la pérdida esperada. De otra forma, no manejará con éxito el riesgo de pérdida. Para aumentar la exactitud de los cálculos es conveniente utilizar una información correspondiente al período de tiempo más amplio posible y no únicamente de los últimos cinco o diez años. Si se utiliza información externa es necesario tener gran precaución para observar que sea aplicable a la experiencia de la firma propia.
4. Las condiciones financieras generales de la empresa deben ser satisfactorias. Los hombres de negocios con dificultades financieras tienen la tendencia a creer que el autoseguro es una buena manera de ahorrar seguro. Aunque es cierto que la firma puede ahorrar dinero mediante el autoseguro, ello sólo es posible cuando se cumplen todas las condiciones anteriores. Si una firma está en dificultades financieras es poco probable que se aparten los capitales necesarios, o si se apartan, que sea la cantidad necesaria para cubrir el riesgo. Si el gerente o la firma no pueden responder de las primas de seguro, es más improbable aún que puedan responder de la pérdida, si ocurre, o que puedan afrontar la separación de un fondo para auto-seguro [9].
5. El plan de autoseguro requiere una cuidadosa administración y planificación. Alguien debe estar a cargo de la inversión del fondo de autoseguro, del pago de reclamaciones, la inspección de riesgos, la prevención de las pérdidas, el mantenimiento de los registros necesarios y desempeñar las demás tareas relacionadas con cualquier programa de seguro. Si no se dispone del talento ejecutivo especializado y si la empresa no sabe apreciar la necesidad de pagar por los continuos cuidados de todos los detalles, el autoseguro no será una solución satisfactoria.

Razones para el autoseguro

La razón central para la utilización del autoseguro es el ahorro. En los ramos de seguros generales los gastos del asegurador deben situarse entre el 30 y 40 por 100 de la prima. Algunas

[9] Existe una antigua historia que ilustra el enfoque conservador de este problema. Un joven que se inicia en el mundo financiero se aproxima a John Pierpoint Morgan para pedirle consejo. Deseando impresionarlo con su status financiero, el joven le preguntó cuánto le costaría disponer de un yate, a lo que el viejo Morgan respondió: «Si está preocupado del coste de adquisición de un yate, no está usted en situación de poseerlo». Lo mismo ocurre con el autoseguro. Si el gerente de riesgo tiene duda probablemente evitará el autoseguro.

personas no se dan cuenta de que una parte sustancial de esta cantidad, tal vez el 10 ó el 15 por 100, beneficia directa o indirectamente al asegurado. Esto incluye gastos tales como la prevención de pérdidas, la prestación de ciertos servicios para el asegurado, porque los fondos de reserva responden de futuras pérdidas y revierten por último en favor del asegurado, sea en pago de pérdidas, en dividendos o en ambos. Aun entonces puede la firma llegar a la conclusión de que puede prestarse por sí misma los servicios en forma más barata. Una firma, por ejemplo, sostenía que, como resultado del autoseguro, los ahorros anuales en el seguro de colisión de una flota de autobuses de pasajeros y camiones alcanzaron la cifra de 12.000 dólares [10].

Otras razones en pro del autoseguro serían la insatisfacción por los servicios del asegurador comercial y las dificultades para obtener una favorable clasificación de tarifas.

El autoseguro, a menudo, se desarrolla en áreas en que el riesgo se estima no asegurable por aseguradores comerciales privados. El seguro de huelga, que funciona en diversos campos a través de asociaciones industriales voluntarias, tales como ferrocarriles, líneas aéreas, periódicos y contratos de la construcción, constituye un ejemplo al respecto. Dado que el peligro de huelga es por naturaleza catastrófico y habitualmente está bajo control del asegurado sólo en forma parcial, no se considera generalmente asegurable. Las firmas privadas, sin embargo, se han organizado en base a mutualidades para redistribuir el coste de las suspensiones de trabajo, adoptando normas para superar los aspectos no asegurables. Los planes de seguro de huelga, por ejemplo, disponen generalmente que no se pagan beneficios a menos que un porcentaje dado, generalmente del 50 por 100, de las empresas dentro de la industria, sufran el daño. Esto reduce el peligro de incluir solamente las huelgas que se extienden a toda la industria, respecto a la cual una firma individual no tendría ningún control particular.

El autoseguro ha tomado también la forma de utilización de grandes descuentos en las pólizas comerciales. En un estudio de las prácticas de autoseguro, por ejemplo, se comprobó que casi una cuarta parte de las 1.100 firmas investigadas asumían pérdidas de 10.000 dólares o más en una o más áreas de responsabilidad civil, accidentes del trabajo y seguro de incen-

[10] A. G. Westcott, «Aseguración del riesgo», *Series de Seguro, núm. 112* (New York: Asociación Americana de Gerencia, 1956), pág. 13.

dio [11]. Otras firmas recurren al autoseguro mediante la formación de su propia oficina de seguros, concebida generalmente como subsidiaria, la cual asegura los riesgos de la empresa y busca directamente el reaseguro en el mercado comercial. Las aseguradoras subsidiarias se utilizan ampliamente en el seguro de cosas y de responsabilidad civil y están volviéndose más corrientes en el seguro de incendios. Un experto manifestó que las subsidiarias de seguro de Vida costaron a los aseguradores privados entre 1967 y 1968 una cantidad de primas estimadas en 10 millones de dólares [12]. Una forma conexa de convenio de autoseguro la constituye la creación de un trust para la aplicación de un plan de pensiones de la compañía, en lugar de utilizar los servicios de los aseguradores comerciales. En esta forma los capitales de planes de pensión en depósito en los Estados Unidos exceden en una relación de más de 2 a 1 a los capitales totales de planes de pensión de los aseguradores privados [13].

Por qué no se utiliza generalmente el autoseguro

A pesar de las ventajas del autoseguro, la mayoría de las empresas continúan empleando los servicios del asegurador comercial por alguna de las siguientes razones.

1. La firma debe decidir que, aunque a la larga el autoseguro pueda traer ahorros efectivos, existen ventajas en la estabilización de los costos del seguro y en poder predecir anualmente este costo. La prima de seguro constituye un descuento regular en materia de impuestos y permite también a la dirección estabilizar sus utilidades. Dentro del plan de autoseguro, las utilidades pueden ser mayores en un año pero descender considerablemente en los años en que ocurren pérdidas. Si una de estas pérdidas ocurre en un año que ha sido, en general, poco lucrativo, no sólo aumentan las pérdidas de aquel año, sino que también puede perderse un descuento de impuesto debido al escaso tiempo durante el cual las pérdidas de un año pueden posponerse o cargarse en las utilidades de otros años.
2. Una empresa puede desear, simplemente, ahorrarse los detalles correspondientes a la administración de una compañía de seguros en miniatura dentro de su organización. La dirección puede estimar que obrando así se fragmentaría el talento ejecutivo incurriendo en una distracción respecto al objeto central de la misma.
3. La firma puede desear que resuelva las reclamaciones un tercero ajeno, desinteresado. En el campo del seguro de crédito, por ejemplo, a menudo el asegurador puede ofrecer servicios de cobranza mejores y más eficaces que los del asegurado. En accidentes del trabajo, donde los prejuicios personales pueden afectar una reclamación, hay claras ventajas en contar con una tercera persona que trate con el empleado accidentado, en lugar de la empresa.
4. La empresa puede preferir un servicio de inspección de un asegurador comercial. Supongamos que la firma tiene calderas en las cuales puede preverse prácticamente cualquier pérdida por explosión mediante inspecciones cuidadosas y regulares. Estas inspecciones, no obstante, requieren de una persona con adiestramiento especializado. Puede ser antieconómico para la firma mantener un inspector con jornada de trabajo completa y puede ocurrir que no se disponga de un inspector externo. Si, por otra parte, la firma emplea los servicios de un asegurador comercial, el asegurador proporcionará la inspección conjuntamente con la póliza de seguro y a un precio razonable. Aun cuando la firma mantenga un departamento de inspección, puede aspirar a una inspección externa para controlar la propia.
5. Aunque sea posible el autoseguro, una firma puede desear el seguro externo en algunos casos por razones relativas a su personal. El hecho de que el empleado esté afianzado puede ser por sí mismo, y en relación al peligro de deshonestidad, un desaliento para la mala conducta. También, en los casos de robo, si la compañía está asegurada contra todo evento, el empleado puede pensar que no necesita arriesgar su vida para salvar cosas que son propiedad de la empresa. Si un asegurador externo maneja las reclamaciones de accidentes del trabajo pueden mantenerse mejores relaciones con los empleados, según se observó anteriormente. Todos los desacuerdos se acogerán, habitualmente, en forma de quejas contra el asegurador en vez de contra la firma.
6. Puede la firma no disponer de un número suficiente de unidades de riesgo situadas en forma tal como para que puedan diagnosticarse con márgenes suficientemente estrechos las pérdidas acumu-

[11] Robert Goshay, *Corporate self insurance and risk retention plans* (Auto-seguro de las sociedades anónimas y planes de retención del riesgo) (Homewood III: Richard D. Irwin, Inc., 1964).

[12] «Life captives threat to insurers, contends new boss of Prudential» («La amenaza de los agentes de seguros de vida a los aseguradores, según el nuevo jefe de la Prudential»), *Business Insurance* (Seguro Comercial) (3 de febrero de 1969), pág. 3.

[13] *Life insurance fact book 1972* (Libro 1972 de hechos del seguro de vida) (New York: Instituto del Seguro de Vida, 1972), págs. 38-39. En 1971 los recursos de los Fondos de Pensiones no aseguradas totalizaban 95,8 miles de millones de dólares, comparados con los 46,4 miles de millones de dólares de los bienes controlados de las compañías de seguros.

ladas a que éstas se hallan expuestas. En otras palabras, el riesgo objetivo puede ser muy alto. Según hemos visto en el Capítulo 2, generalmente, para satisfacer a la dirección sobre la no aceptación de riesgos indebidos, se necesita un número considerablemente elevado de unidades de riesgo para que se reduzca el riesgo objetivo.

7. La firma puede sentirse reticente al establecimiento de reservas adecuadas para absorber las pérdidas no aseguradas, por estimar que puede hacer mejor uso del dinero colocándolo en la empresa o invirtiéndolo en valores inmovilizados. Se utilizaría, en cambio el seguro comercial para liberar fondos que, de otra forma, se mantendrían como fondos de reserva, devengando un bajo interés.

Valor del seguro

El profesor David Houston ha dado unas reglas por las que puede establecerse el valor del seguro en una situación como ésta [14]. El gerente del seguro puede guiarse por la siguiente norma para tomar una decisión: compra un seguro si la situación financiera que se espera que tenga la firma a fin del año es mejor que la que sería en el caso de que no se comprara el seguro; de otra forma, no debe contratarse el seguro. El resultado financiero al final del año, si uno compra el seguro, puede expresarse por el valor neto existente menos la prima pagada más la renta de la inversión que se ha ganado en la diferencia de estas dos cantidades. Si lo trasladamos a una fórmula podría expresarse de este modo:

$$(1) \quad SF_c = VN - P + r\,(VN - P)$$

en que SF_c = situación financiera o valor neto si uno compra un seguro

VN = valor neto inicial invertido en el negocio

P = prima que se paga por el seguro; $P/2$, término medio de daños asegurados por año

r = porcentaje de renta disponible por parte de la firma sobre fondos invertidos en el negocio o en garantías no líquidas.

[14] Se recomienda al estudiante, como ejercicio, la verificación de esta afirmación.

Si uno no compra un seguro, su situación financiera al final del año puede expresarse de la siguiente manera:

$$(2) \quad SF_{nc} = VN - \frac{P}{2} + r\left(VN - \frac{P}{2} - F\right) + iF$$

en que SF_{nc} = situación financiera si uno no compra un seguro

F = fondo de reserva que debe apartar para pérdidas, porque uno no compra un seguro

i = el interés logrado con el fondo de reserva ganado en las cuentas de ahorro o en las garantías líquidas.

Los otros términos de la proporción (2) permanecen iguales que en la proporción (1). Dicho de otra forma, quiere decir que la proporción (2) indica que la posición financiera al final del año, sin uno no compra seguro, es aquella en la que primero se resta del capital inicial (VN) el término medio de las pérdidas que se esperan $(P/2)$. A este resultado agregamos las cantidades expresadas en las estipulaciones tercera y cuarta. La tercera estipulación expresa la cantidad ganada en el negocio después de aportar los fondos que se usan para pagar las pérdidas y que se emplean en el fondo de reserva. La cuarta estipulación expresa la cantidad de interés que se recibe por el fondo de reserva. En ambas proporciones se supone que el término medio de las pérdidas es igual a la mitad de la prima que se paga, lo que no es totalmente irreal. Se comprarán seguros si SF_c es mayor que SF_{nc}. La diferencia entre estas dos cantidades puede considerarse como el valor económico del seguro para la firma.

Para ilustrarlo supongamos que una firma con un valor neto inicial de un millón de dólares tiene cierta cantidad de su equipo pesado valorado en 100.000 dólares, y que sin seguro se necesita un fondo de reserva de 100.000 dólares, dado que existe sólo una parte del equipo y no hay posibilidad de predecir el término medio de las pérdidas usando la ley de los grandes números. Supongamos que más adelante el fondo de reserva gana un interés en una tasa de 0,04 en cuentas de ahorro y 0,10 si se invierte en el negocio. Supongamos después que está disponible un seguro del 2 por 100 o de 2.000 dólares anuales. La

situación financiera de la firma al final del año, si se compra el seguro de acuerdo con estas bases, será:

$$(1)\quad SF_c = 1.000.000 - 2.000 + 0{,}10\ (1.000.000 - 2.000)$$
$$= 998.000 + 99.800$$
$$= 1.097.800 \text{ dólares}$$

Si no se compra un seguro y se hace necesario un fondo de reserva de 100.000 dólares, el valor neto al final del año será:

$$(2)\quad SF_{nc} = 1.000.000 - 2.000/2 + 0{,}10\ (1.000.000 - 2.000/2 - 100.000) + 0{,}4\ (100.000)$$
$$= 999.000 + 89.900 + 4.000$$
$$= 1.092.900 \text{ dólares}$$

Como la situación financiera de la firma mejora en 4.900 dólares al comprar el seguro, (1) — (2) = 4.900), se le aconseja al gerente de seguros que lo haga. De acuerdo con estas bases, el valor del seguro para esta firma es de 4.900 dólares.

El valor del seguro puede determinarse con más facilidad con una fórmula que se deriva de la (1) y de la (2) señaladas anteriormente. Este valor puede expresarse así:

$$(3)\quad V = F(r - i) - P\ (1/2 + r/2)$$

en que V = valor del seguro. Los otros términos son los mismos que en (1) y (2) anteriormente indicados. En el caso anterior podemos sustituir en la ecuación (3) los mismos valores usados anteriormente, con lo que se obtiene

$$V = 100.000\ (0{,}10 - 0{,}04) - 2.000\ (1/2 + 1/2\ (0{,}10))$$
$$= 6.000 - 2.000\ (0{,}55)$$
$$= 6.000 - 1.100$$
$$= 4.900 \text{ dólares}$$

que equivale al mismo valor económico que si se realiza la resta (1) — (2).

Vale la pena hacer notar que la ecuación (3) es muy sensible al tamaño requerido por el fondo de reserva, F, dado que por lo general F es grande y la P es pequeña en relación al F. Más

aún, el fondo de reserva puede terminarse con una gran perdida, mientras que el seguro es válido para más de una pérdida, a menos que se cancele o no pueda disponerse más de él. Esto implica que el fondo de reserva puede contener una debilidad fatal; puede terminarse y es posible que sobrevenga un nuevo daño antes de que se disponga de un fondo nuevo. En tal caso, conviene contratar un seguro comercial hasta que se cuente de nuevo con un fondo.

Supongamos, sin embargo, que una firma tiene un equipo de 100.000 dólares compuesto por 200 máquinas, valoradas cada una en 500 y se predice que el término medio de pérdida anual equivale al valor de dos máquinas, que son 1.000 dólares, con una diferencia aproximada de 200. Suponiendo que las pérdidas se distribuyen normalmente, la firma tendrá que disponer de un fondo tope de 600 dólares (tres desviaciones normales) para tener el 99 por 100 de seguridad de que sus pérdidas no exceden de 1.600 dólares (ver el Capítulo 2 para examinar la base de este cálculo). Su se usa la fórmula (3) anteriormente señalada y suponiendo que la prima de seguro todavía es de 2 por 100 ó 2.000 dólares, el valor del seguro de acuerdo con las mismas bases, en relación al interés que las señaladas antes es de 600 (0,10 — 0,04) — 2.000 dólares (1/2 + 1/2 (0,10)) ó 36 — — 1.100 dólares, ó 1.064 dólares. Claramente, no se usaría el seguro comercial a menos que la firma haya determinado que algunos de los factores señalados anteriormente equivalgan al valor negativo del seguro de acuerdo a los cálculos anteriores.

Las ilustraciones precedentes revelan muy específicamente cómo un gerente arriesgado puede determinar el valor económico de un seguro. Sin embargo, no realizan ningún ajuste de riesgo subjetivo. Como se vio en el Capítulo 2, el riesgo subjetivo puede ser crucial en la decisión de un gerente arriesgado. Puede medirse asignando valores utilitarios a las cantidades de dólares y comparando en seguida la pérdida dentro de la utilidad que se espera, pagando la prima correspondiente al daño dentro de la utilidad que se espera corriendo el riesgo. Por ejemplo, en el primer ejemplo, si la prima de seguro ha excedido de 10.909 dólares, el seguro no habría tenido valor. Esto es lo mismo que decir que la firma no querría pagar 10.909 dólares para evitar un daño posible de 100.000 dólares, cuyo valor se espera que será a largo plazo de 1.000 dólares. Si la máquina fuera una parte indispensable de las operaciones de la firma o si la situación financiera de la misma estuviera en peligro en caso de producirse el daño, el daño o pérdida que se espera dentro de la utilidad al correr el riesgo podría exceder la pérdida en

la utilidad pagando la prima, y todavía sería aconsejable un seguro comercial.

La ecuación (3) podría ser útil también para guiar al gerente de seguros en relación al tamaño óptimo de deducción que debe emplearse. Puede determinarse en el ejemplo anterior que si el fondo de reserva se establece en 18.333 dólares o menos y otros valores se mantienen iguales, el seguro tendrá un valor económico negativo. No obstante, si la firma establece un fondo de reserva de 18.333 (comparado con el valor del activo de 100.000 dólares) y no toma un seguro, correría un riesgo bastante grande. Por lo tanto, la firma podría contratar un seguro comercial deduciendo una gran cantidad, digamos unos 15.000 dólares, y reduciendo el tamaño de la prima en forma sustancial. Supongamos que la prima pudiera reducirse de 2.000 dólares a 500, aceptando una deducción de 15.000 dólares, y que se separara un fondo de reserva de 15.000 dólares. Sustituyendo en la ecuación (3), el gerente de seguros puede determinar que en este caso el valor del seguro es de 625 dólares (15.000 (0,10 — 0,04) — 500 (0,55) = 625). Puede demostrarse que la prima que se cargaría podría elevarse a 1.636 dólares antes de que fuera económico para la firma el adquirir la cobertura.

Evaluación del autoseguro

Está claro que no resulta fácil tomar una decisión en relación al autoseguro. Es necesario analizar muchos factores complejos antes de que pueda emplearse en forma correcta y económica. En la mayoría de los casos, una firma probablemente terminará con una mezcla prudente de autoseguro y seguro comercial con el objeto de que los resultados económicos sean óptimos y el riesgo mínimo.

Es necesario estudiar y revisar en forma más o menos permanente la mezcla apropiada, aunque por lo general esto no se hace. Por ejemplo, en el estudio sobre el autoseguro corporativo del profesor Goshay, se decía que la experiencia sobre los daños en incendios y en situaciones de riesgos era muy inestable en las 1.100 firmas estudiadas; en cambio, la experiencia en pérdidas por accidentes del trabajo era muy estable. Se descubrió que una mayoría de firmas que usaban autoseguro contrataban también seguros comerciales para daños producidos por catástrofes. Se llegó a la conclusión de que la mayoría de las firmas que usaban el autoseguro poseían una adecuada capacidad financiera y una protección contra las catástrofes,

pero que las firmas por lo general no evaluaban en forma adecuada sus programas a fin de determinar si se llevaban a cabo ahorros o si se conseguían algunos otros objetivos. El estudio ilustra la conclusión de que el autoseguro no ha alcanzado todavía el punto de desarrollo donde sólo resulta factible para una pequeña minoría de empresas.

LA GERENCIA DEL SEGURO COMERCIAL

El seguro comercial es probablemente el método más importante y el que más emplea el gerente de riesgos para manejarlos. Una vez que ha analizado la situación, ha determinado el daño probable, ha tomado todas las medidas para evitarlo y ha decidido cuáles riesgos no tienen por qué asegurarse, cuáles deben transferirse y qué debe autoasegurarse, tiene entonces que establecer un programa eficaz y económico de seguro comercial para los riesgos que se mantienen.

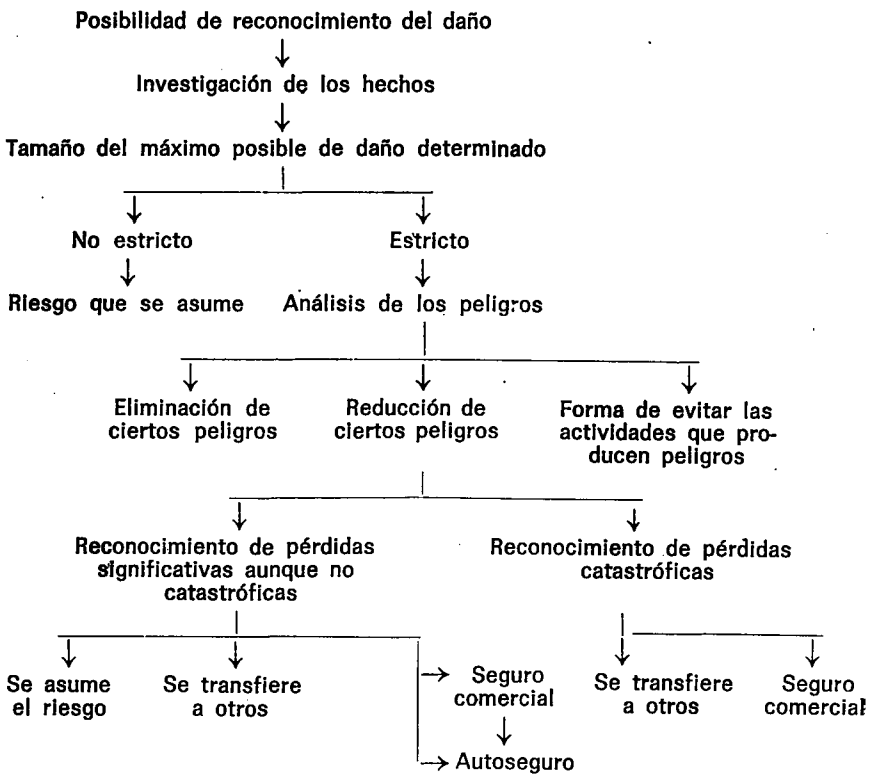
La figura 4-1 ilustra las funciones de la dirección de riesgos que hemos analizado.

La dirección del programa de seguros comprende las siguientes etapas, cada una de las cuales se desarrollará brevemente:

1. Decidir qué formas de cobertura se ajustan mejor a las necesidades de la firma.
2. Seleccionar los agentes, corredores y aseguradores.
3. Negociar la cobertura.
4. Analizar y seleccionar los métodos para reducir los costes del seguro.
5. Comprobar que se cumplen los términos en los que se contrata el seguro.
6. Manejar la forma en que se establecen y se negocian los daños con los tasadores.
7. Diseñar controles adecuados de cobertura y otros datos necesarios para mantener un buen programa de seguros.

Figura 4-1

ESTRUCTURA DEL ANALISIS DE RIESGO



La decisión sobre el tipo de cobertura

Decidir qué tipo de seguro se ajusta mejor a las necesidades de la empresa presenta una de las áreas de creatividad más valiosas para que el gerente de seguros pueda aportar su contribución. Los nuevos tipos de contrato, muchos de los cuales han llegado a constituirse en ofertas normales de las compañías de seguros, los han comenzado en muchas ocasiones los gerentes de seguros. Existen cientos de posibilidades de elección para

el gerente de riesgos, que resuelve generalmente, con la asesoría de agentes establecidos, de corredores o aseguradores, para satisfacer las necesidades particulares de su empresa. Cada programa de seguros debería confeccionarse de manera específica, ya que no existen dos situaciones exactamente iguales.

Acordados los contratos, el gerente de seguros tiene el deber de verificar si éstos realmente establecen los puntos que se fijaron. Tienen que estudiarse los diferentes aspectos que quedan excluidos, las garantías y las condiciones, y efectuarse los cambios que sean necesarios, debiendo comunicarse al director cuáles son las limitaciones de la protección. Deben controlarse las proporciones, las primas, los dividendos o los descuentos, a fin de verificar su exactitud. El gerente de seguros debe someter a los términos de los contratos de seguro cualquier información que se le pida. Por ejemplo, muchos tipos de cobertura tienen que someterse a una revisión de cuentas a fin de año en relación a las nóminas, ventas, etc.

La selección de agentes, corredores y aseguradores

Los seguros se adquieren a través de agentes o corredores establecidos o a veces directamente con los aseguradores. El seleccionar bien a los agentes y corredores puede significar una gran diferencia en el trabajo del gerente de seguros, ya que es por medio de estos individuos como consigue la información más reciente, el consejo más experto y la ayuda más eficaz para negociar con los aseguradores. El gerente de seguros no puede aspirar a ser un experto en todas las facetas del seguro. Por lo general necesita la ayuda del agente o del corredor para manejar las diversas fases de su trabajo con el seguro comercial. Dado que varían la calidad y el coste de los servicios de los aseguradores, de los agentes y de los corredores, el gerente de seguros debe poner gran cuidado en seleccionarlos.

La negociación de la cobertura

Negociar la cobertura es un asunto complicado que requiere gran habilidad por parte del gerente de seguros. Es probable que la empresa tenga necesidades específicas que no se resuelven con facilidad en el mercado asegurador[15]. Es posible que

[15] El *mercado asegurador* se refiere a los abastecedores del servicio de seguro, la esfera en que operan las fuerzas generadoras del precio, entre

se necesiten largas y complejas sesiones de negociación para poder establecer la cobertura de manera satisfactoria y a un precio adecuado. El gerente de seguros (frecuentemente con la ayuda de su agente o de su corredor) es el que consigue valiosas concesiones por parte de los aseguradores cuando se trata de una política de renovación sobre ciertas materias que sean satisfactorias. La tarea es complicada por el hecho de que en muchas ocasiones es necesario cubrir una situación determinada enfrentándose por separado con una docena o más de aseguradores diferentes, cada uno de los cuales toma una fracción del riesgo total. No es sencillo asegurar una cobertura uniforme para un caso de incendio o tal vez para 100 millones de dólares, cosa frecuente en las grandes corporaciones, cuando intervienen en ella varios aseguradores.

El análisis y la selección de métodos para reducir los costes del seguro

Los costes del seguro pueden reducirse de distintas maneras, y el gerente de seguros debe analizar cada método a fin de conseguir la cobertura al coste más bajo que sea compatible con la seguridad y las consideraciones del servicio.

Una selección razonable de las *deducciones* (franquicias) puede producir una gran economía en los costes. Aunque las deducciones son de muchos tipos, todas tienen una finalidad esencial: controlar los costes y emplear un método más eficaz para manejar el riesgo por medio del seguro comercial. Por lo general la finalidad de una deducción es eliminar de la cobertura los pequeños siniestros de casi segura ocurrencia que son, por tanto, muy caros para asegurarlos.

Los costes de seguro pueden reducirse también mediante el uso de ciertas disposiciones contractuales. Por ejemplo, los acuerdos para emplear ciertos métodos de prevención de daños, los acuerdos para mantener vigente una cobertura suficiente que sea igual al porcentaje establecido de todos los valores expuestos y los acuerdos para asumir ciertas responsabilidades administrativas, reducirán el coste del seguro si estas disposiciones se analizan y aplican en la forma adecuada. Otro ejemplo sería redactar un contrato de seguro contra incendios que excluya de la cobertura la construcción de un edificio, lo que reduciría las primas sin disminuir la calidad de la cobertura.

Es posible bajar algunos costes del seguro comprando «al por mayor» y negociando un contrato que cubra un período superior a un año. Los costes del seguro a menudo pueden bajarse por medio de licitaciones competitivas. En algunos casos, como en los programas de seguros de las agencias públicas, se requiere una licitación de esta clase. Al contrario de lo que comúnmente se cree, no todas las tasaciones de los seguros son iguales. Algunos aseguradores operan de forma más eficaz que otros, y sólo a través de licitaciones competitivas el comprador puede descubrir cuáles son los más eficientes. Los ahorros legítimos en los costes pueden descubrirse a través de mejores políticas de inversión, del mantenimiento automático de los registros, de una selección más cuidadosa de los riesgos y de una distribución de métodos más eficientes. (Para un examen más completo sobre selección de métodos, ver el Capítulo 6). Por supuesto que el gerente de seguros debe tener cuidado en no seleccionar un asegurador que ofrece bajos costos porque ahorra dinero negándose a pagar reclamaciones legítimas, que presta malos servicios o que economiza dinero porque deja de establecer las reservas necesarias.

Como se señaló en la sección anterior, los costes del seguro pueden rebajarse usando el autoseguro o no asegurándose en ciertos riesgos. El autoseguro no necesita cubrir todo el año, sino sólo una porción específica. No es extraño que algunos gerentes de seguros recomienden a la empresa que tome un autoseguro, por ejemplo, sobre el primer millón de dólares de pérdida y contraten una cobertura comercial por el resto. De esta manera, la economía del autoseguro, si es que existe, puede verificarse sin asumir un riesgo de proporciones catastróficas.

Los costes del seguro pueden reducirse efectuando revisiones regulares que eliminen la duplicidad de cobertura, los suplementos innecesarios, los desacuerdos en los contratos, el seguro sobre propiedades ya extinguidas, el seguro de personas desvinculadas de la empresa y el seguro sobre edificios o equipos que tienen un valor mínimo.

Finalmente, los costes del seguro pueden reducirse en gran medida, prestando la debida atención a los esfuerzos para prevenir los daños, incluyendo el registro de los resultados obtenidos con estos esfuerzos (por ejemplo, el sistema de extintor automático de incendios) o la frecuencia de los accidentes co-

el vendedor y el comprador de seguro. Cuando se pregunta: «¿Cómo está el mercado del seguro de incendio?», lo que se manifiesta es «¿En qué términos o condiciones ofrecen seguro de incendio los diversos vendedores?».

municando estos descubrimientos a los aseguradores. Esto es muy conveniente cuando se va a renovar un contrato de seguro o cuando se lleva a cabo una licitación competitiva.

El cumplimiento de los términos del contrato

El objetivo total del seguro puede fracasar si la empresa (con conocimiento o sin él) viola los términos del contrato, viéndose así impedida para cobrar cuando ocurre el siniestro. Al gerente de seguros le corresponde conocer sus contratos en forma exhaustiva, de manera que puedan cumplirse los acuerdos antes, al momento y después de producirse el daño. Tiene que preocuparse de que le garanticen los permisos necesarios para las operaciones de riesgo, porque de otra forma, de acuerdo a la política del seguro de incendio, podría suspenderse la cobertura. Debe preocuparse de que se empleen los métodos apropiados para reducir al máximo la cuantía del daño al ocurrir el siniestro asegurado. En caso contrario, la empresa puede perder su cobertura. A modo de ejemplo señalaremos lo ocurrido a una gran corporación que tuvo que pagar en cierta ocasión una importante condena por responsabilidad civil por no haber notificado un accidente al asegurador hasta casi un año después de haber ocurrido. Los términos de la póliza en este caso exigían una notificación inmediata de cualquier siniestro.

Establecimiento y negociación del daño

Una tarea importante y especializada del gerente de seguros es la de representar a su empresa en las negociaciones con el asegurador para establecer el daño. A menudo no resulta fácil determinar la cuantía del mismo. Si no existen tasaciones recientes del valor de un edificio que se encuentre destruido en la actualidad, pueden necesitarse largos debates para convenir un precio. Es posible que el gerente de seguros necesite investigar para establecer el valor de un buque perdido o del daño producido por un incendio en una bodega de mercancías en la cual no se llevaban los registros adecuados. Normalmente tiene que llenar formularios probatorios de los daños de aquellos trabajadores que cobran pólizas de grupo por incapacidad y algunas veces se le pide que «vaya a la pelea» cuando se plantean los casos. El gerente del riesgo es el que decide si una demanda se archiva junto con las pólizas, es decir, si se acepta

como daño por indemnizar. Los términos de muchas pólizas son lo suficientemente complejos como para que los daños reparables se pasen por alto con facilidad. Esto es especialmente cierto cuando se trata de formularios de todo riesgo, en que cualquier daño que no esté específicamente excluido queda cubierto.

El diseño y el mantenimiento de registros

El diseño y el mantenimiento de registros de seguros adecuados es en sí una tarea especializada que puede requerir bastante tiempo y esfuerzo por parte del gerente de seguros. Los registros típicos son:

1. Primas de las pólizas de seguro y recuperaciones de daños; las fechas de terminación según el tipo de contratos.
2. La lista de todos los coches propios; su descripción y su valor.
3. Los daños por choques de vehículos.
4. Daño en las cosas (coches) y responsabilidad por lesiones.
5. La lista, descripción y tasación de todos los bienes raíces.
6. La lista, descripción y tasación de las principales clases de propiedades personales.
7. El número, tipo y daños de los accidentes laborales.
8. Resumen de la nómina de seguros de accidentes del trabajo.
9. El nivel de las demandas de accidentes del trabajo.
10. Informes sobre los daños por incendio, incluyendo información sobre la causa y el importe de las pérdidas.

Las razones para mantener éstos y otros registros son las siguientes: (1) permitir al gerente de seguros llevar a cabo las renovaciones adecuadas de coberturas del seguro y evitar la prescripción de la cobertura; (2) proporcionar las bases para estudios sobre autoseguro; (3) proporcionar material para los informes a la dirección sobre las operaciones del departamento de seguros; (4) ayudar a controlar las pérdidas futuras y permitir al gerente del riesgo analizar el coste de los daños; (5) proporcionar la información necesaria para establecer de forma ventajosa las demandas por pérdidas aseguradas, y (6) permitir al departamento de contabilidad la asignación de los costes del seguro a las distintas divisiones o localidades. Esta lista no pretende ser exhaustiva, sino sólo enumerativa de los muchos usos que puede dársele a unos registros bien llevados.

LA ADMINISTRACION DEL PROGRAMA DE GERENCIA DEL RIESGO

En las páginas precedentes se han diseñado tres de las cuatro funciones principales de la dirección de riesgos —reconocimiento de los riesgos, estimación del daño probable y decisión respecto al mejor método para manejar el riesgo. La función final de la dirección del riesgo es la de la administración del programa. Consideraremos dos fases de la administración: la formulación de la política y la organización.

La formulación de la política

Una *política comercial* se define como un plan, un procedimiento o una norma de acción que se sigue con el propósito de asegurar una actuación estable durante un período de tiempo. Probablemente, las políticas administrativas se estudian cuidadosamente antes de llevarlas a cabo y de esta forma lograrse una ventaja sobre las decisiones *ad hoc* que se toman en un momento de apuro. Es probable que una política se convierta en norma en el curso de una acción que se seguirá, a menos que existan razones poderosas para cambiarla o para hacer una excepción en un caso determinado. Comúnmente, una política suele ser general por naturaleza y permite cierta libertad para interpretar la forma de llevarla a cabo.

La ventaja de tener políticas definidas para orientar al gerente de seguros es que una vez que se adopta una norma los ejecutivos no tienen que perder tiempo en volver a estudiar los problemas que se presentan de nuevo antes de tomar decisiones. Aún más, como se deduce de lo anterior, se evita el cometer errores. Todos los agentes y los aseguradores, todas las partes que resultan afectadas por el contrato reciben un tratamiento igual si están en la misma situación.

Algunos ejemplos de políticas de gerencia de seguros adoptadas por una compañía, en este caso una gran corporación de productos químicos, son [16]:

[16] C. A. Greenley, «La responsabilidad de la gerencia del riesgo», *Series de Seguro, núm. 111* (New York: Asociación Americana de Gerencia, 1956), página 23.

1. Es política de esta compañía asumir (a cargo de sus reservas, beneficios o excedentes) las pérdidas que resulten de los riesgos que se consideran de poca importancia en relación a la situación de la caja de esta sociedad.
2. Es política de esta compañía adquirir seguros por riesgos no asumidos.
3. Es política de esta compañía eliminar, o mejorar hasta donde sea posible, las condiciones y prácticas que ocasionan los daños asegurados [17].

Una declaración sobre la política de la gerencia de seguros de una fábrica de medicamentos es la siguiente:

Es nuestra política asumir los riesgos por daño en las cosas, por la responsabilidad civil de acuerdo a la Ley y por deshonestidad en todos aquellos casos en que la exposición al riesgo es tan pequeña o está tan dispersa que una pérdida no afectaría en forma significativa a nuestras operaciones o a nuestra situación financiera y asegurar contra estos riesgos hasta dónde pueda ser factible, siempre que pudiera ser significativo el hecho de sufrir estas pérdidas.

Estas declaraciones sobre políticas se expresan en términos generales y constituyen las *principales* normas para la gerencia de seguros. Una empresa puede tener cientos de *pequeñas* políticas, en relación a los detalles del manejo de los registros de seguros, procedimientos de adquisición, etc.

La organización

¿Cómo debería organizarse el departamento de seguros, como se le llama corrientemente? ¿Dónde se ajustaría mejor a la estructura de la sociedad anónima? La respuesta a estas preguntas está en descubrir qué responsabilidades y deberes se le asignan al gerente del riesgo y después organizar su trabajo de tal forma que posea la autoridad para cumplir con estas obligaciones. No resulta conveniente informar al gerente de riesgos que tiene la responsabilidad de la dirección de los seguros de toda la sociedad anónima, y en seguida otorgarle autoridad sólo sobre una fase del trabajo o limitar su autoridad a una sola planta con exclusión de las demás.

[17] James C. Cristy, «La responsabilidad de la gerencia del riesgo», *Series de Seguro, núm. 111* (New York: Asociación Americana de Gerencia, 1956), pág. 21.

Coordinación de la gerencia del riesgo con otras funciones. Está claro que una de las funciones más importantes del gerente del riesgo es la de clarificar qué relaciones tendrá con los otros ejecutivos de la empresa. Obviamente, estas relaciones variarán en gran medida, ya que dependen de factores tales como el grado de responsabilidad que se le otorgue, el tamaño de la empresa, las personalidades de los hombres que trabajan en ella, la dispersión geográfica de las operaciones de la compañía, su complejidad y otros factores. Por ejemplo, en compañías muy pequeñas el dueño asume todas las funciones directivas, incluyendo la dirección del riesgo. El análisis que haremos a continuación supone que la compañía es lo suficientemente grande como para asignarle la responsabilidad de la dirección del riesgo a una persona o a un departamento, y que esta persona buscará la colaboración de otros departamentos para poder cumplir los deberes necesarios a fin de llevar a cabo su responsabilidad de coordinar la función de dirección del riesgo en toda la compañía.

La contabilidad. El director de riesgo trabaja muy unido con el departamento de contabilidad, que por lo general está a cargo del sistema interno de control y de presupuesto. El departamento de contabilidad está en situación de proporcionar al director de riesgos los valores estimativos de las cosas, de mantener los registros de las pólizas de seguros, los costes de los seguros, las cuentas sobre anticipos de seguros y muchas otras informaciones interesantes. Por ejemplo, el sistema interno de control de la contabilidad es de gran importancia para diseñar un sistema de seguros adecuado para proteger a la empresa contra la deshonestidad de sus empleados. Es necesario tener estimaciones sobre las ventas y los beneficios futuros con el objeto de diseñar e instalar un sistema apropiado de protección asegurada contra la interrupción de los negocios debido a riesgos asegurables. (Ver el Capítulo 11 para examinar la posibilidad de asegurar las interrupciones de los negocios.) Por último, se necesita una información detallada sobre la nómina con el objeto de asegurarse que los empleados están bien clasificados para los seguros de accidentes del trabajo y que, por lo tanto, es posible minimizar los costes de los seguros. Como podemos darnos cuenta, el departamento de contabilidad es casi indispensable para que el gerente de riesgos lleve a cabo sus responsabilidades de una manera eficaz.

La financiación. Muy relacionado con la contabilidad y adjunta a la función de la dirección de seguros está la de financiación dentro de la empresa comercial. Muy a menudo el director de seguros tiene que enviar sus informes al director de finanzas. La razón para esto es que la tarea principal del director de seguros es proteger el capital de la firma contra daños o destrucción debido a ciertos riesgos, una responsabilidad que también le atañe al director de finanzas. Si un riesgo que está asegurado ocasiona un daño a la propiedad, tanto el director de finanzas como el de seguros tienen que preocuparse del reemplazo de la propiedad dañada. El problema de la dirección de los impuestos también les concierne a estos dos ejecutivos en aspectos tales como la determinación de la conveniencia de un impuesto sobre un autoseguro, qué impuesto se debe pagar sobre una propiedad que ha sufrido daños y el tipo de impuestos que corresponden a programas de pensiones y seguros agrupados. El problema de la dirección de los créditos también atañe a los directores de finanzas y de seguros. Los planteamientos que tienen que resolverse en relación a esto se refieren a materias tales como saber si es deseable asegurar las cuentas abiertas contra los malos cumplimientos, el seguro más adecuado para el capital de una sociedad anónima que está como garantía de una deuda y la planificación de líneas bancarias de crédito para reemplazar la pérdida del capital por la destrucción de archivos no asegurados como resultado del programa de autoseguro de la compañía.

La producción. Dado que el director de seguros se preocupa de la prevención de los accidentes, del seguro de las mercancías en proceso de fabricación y de la responsabilidad civil dentro de la planta, tiene que mantener una estrecha relación laboral con los departamentos de producción de la compañía. Los accidentes en la producción en serie afectan de manera importante a los costes del seguro de accidentes del trabajo y los productos defectuosos exponen a la compañía a reclamaciones de responsabilidad civil por causa de ellos. El uso de sistemas automáticos de extinción de incendios y otras técnicas para prevenir daños dentro de la fábrica pueden reducir los costes del seguro, pero también aumentar los costes de producción; la estrecha comunicación entre los directores de producción y de seguros es indispensable si se quieren elevar al máximo los beneficios totales de la empresa.

El estudio de mercados y el transporte. Las mercancías se exponen a daños graves durante el estudio de mercados y su distribución, lo que que requiere la estrecha cooperación entre el

director de marketing y el de seguros. El embarque realizado por personas económicamente irresponsables, incapaces de indemnizar a la compañía por su negligencia, puede afectar en gran medida a los beneficios de ésta, a menos que estén coordinadas las decisiones en relación a los seguros y al transporte. La mala propaganda de un producto puede producir pleitos por responsabilidad civil del producto de los usuarios de éste. Las cláusulas que aparecen en las órdenes de compra y de venta a menudo crean responsabilidades civiles que el director de seguros ciertamente tiene que conocer. Por ejemplo, es corriente que un fabricante exija que el detallista lo libere de la responsabilidad civil a la cual tendría que someterse en caso de que apareciera un producto defectuoso. Exigencias similares se imponen a menudo sobre los fabricantes por parte de sus proveedores. Estas cláusulas deben ser consideradas en conjunto por el personal de marketing y el de seguros.

El personal. El Profesor David Ivry dirigió un estudio sobre la medida en que los directores de seguros están comprometidos en programas de beneficios para empleados, tales como seguros para grupos, planes de pensiones, planes de participación de beneficios, planes de beneficios suplementarios de desempleo, etc.[18]. Descubrió que los directores de seguros están profundamente comprometidos en tales planes, un área que a menudo se cree descuidada dentro de las responsabilidades del director de personal o del director de finanzas, o de ambos. El director de seguros ha de poseer gran destreza y habilidad para la buena administración de estos programas, como la negociación con las compañías de seguros, el pago de las reclamaciones de seguros y la prevención de accidentes. Por este motivo, el director de seguros y el director de personal tienen la necesidad de estar en estrecho contacto, en buena comunicación y apoyarse mutuamente.

Consultores externos. Los servicios especializados que ofrecen consultores externos para la dirección de riesgo, constituyen requisitos indispensables para un programa completo en la materia. Por ejemplo, las tasaciones independientes de inmuebles hechas por firmas de la especialidad para establecer el valor

[18] David A. Avry, «The corpora te insurance manager and employee benefit plans» («El gerente de sociedad anónima de seguro y los planes de beneficios para los empleados»), *Journal of risk and insurance* (Periódico de riesgo y seguro) (Marzo, 1966), págs. 1-17.

de los edificios, con frecuencia son más fidedignas y más exactas que las internas. Estas se basan en los valores que aparecen en los libros y en los costos históricos, más que en los de reposición, que son las bases utilizadas para establecer los seguros. Otro ejemplo, los agentes de seguros y los corredores pueden proporcionar con frecuencia un conocimiento especializado de los mercados de seguros, y asesorar para adquirir los seguros que se desean a un coste mínimo. El personal universitario, los tasadores independientes, los abogados, los médicos y los contables públicos reconocidos son otros tipos de consultores que también pueden ser valiosos para la empresa en la revisión de programas, evaluación de las situaciones, en el establecimiento de programas de seguridad y de las reclamaciones que se presentan. Muy a menudo se necesita usar personal independiente para establecer la cuantía de los daños que se presenten, si éstos se producen. Como veremos, los contratos de seguro no siempre son claros, y muchas veces dan lugar a negociaciones en su interpretación, especialmente en lo que concierne al establecimiento de las reclamaciones. Con frecuencia resulta útil la colaboración de los abogados a este respecto. También conviene asesorarse por abogados para que revisen y aprueben los términos legales que se usan en los acuerdos de compra y venta, arrendamiento y otros contratos, de manera que el alcance de responsabilidad asumido por la firma quede claro y pueda asegurarse que se contrata el seguro adecuado, cuando se estime necesario.

Importancia de la gerencia de riesgo centralizada. En una empresa en que la dirección está descentralizada, existen razones convincentes para centralizar ciertas funciones a fin de conseguir uniformidad y la mayor eficacia. La autoridad de la dirección del riesgo y el seguro debería centralizarse, al menos por tres razones: 1) para evitar duplicidad o yuxtaposición de la cobertura, que acarrea gastos innecesarios; 2) asegurarse la economía en las pólizas abiertas o flotantes, los formularios más amplios, y la cantidad de descuentos en la adquisición de seguros; y 3) asegurarse los servicios de un departamento de seguros especializado que trabaje a jornada completa y que esté equipado para manejar todos los asuntos relacionados con seguros. No hacerlo, significa fragmentar los esfuerzos hasta tal grado, que se hace imposible cualquier gerencia de seguros eficaz.

Un estudio realizado por la Asociación Americana para la Dirección reveló que la dirección centralizada del seguro era lo

que se practicaba en los dos tercios de las compañías encuestadas. Aun cuando uno de los locales de una firma tenía cierto control sobre el seguro, se trataba de un control limitado[19]. Un cuadro organizativo de un departamento de seguros realizado por la división de contabilidad aparece en la Figura 4-2. Este cuadro es una adaptación de las estructuras organizativas típicas entregada por el estudio de AMA.

Al revisar la estructura que se presenta en la Figura 4-2, podemos observar que se toman las medidas necesarias para la comunicación informal entre todos los departamentos importantes y la división de seguros, y entre las secciones más importantes de la división de seguros. Así, el director de seguros tiene comunicación con el director de pensiones, el director a cargo de los beneficios para empleados, la división de prevención de daños y pérdidas, como también con otras divisiones. Si la empresa tiene sucursales en el extranjero, el director de seguros supervisará los programas de estas sucursales. En algunas empresas, la responsabilidad de la prevención de daños y pérdidas puede recaer bajo su división en vez de la de personal. En otras empresas, el seguro puede organizarse bajo la responsabilidad de las divisiones de personal o de contabilidad.

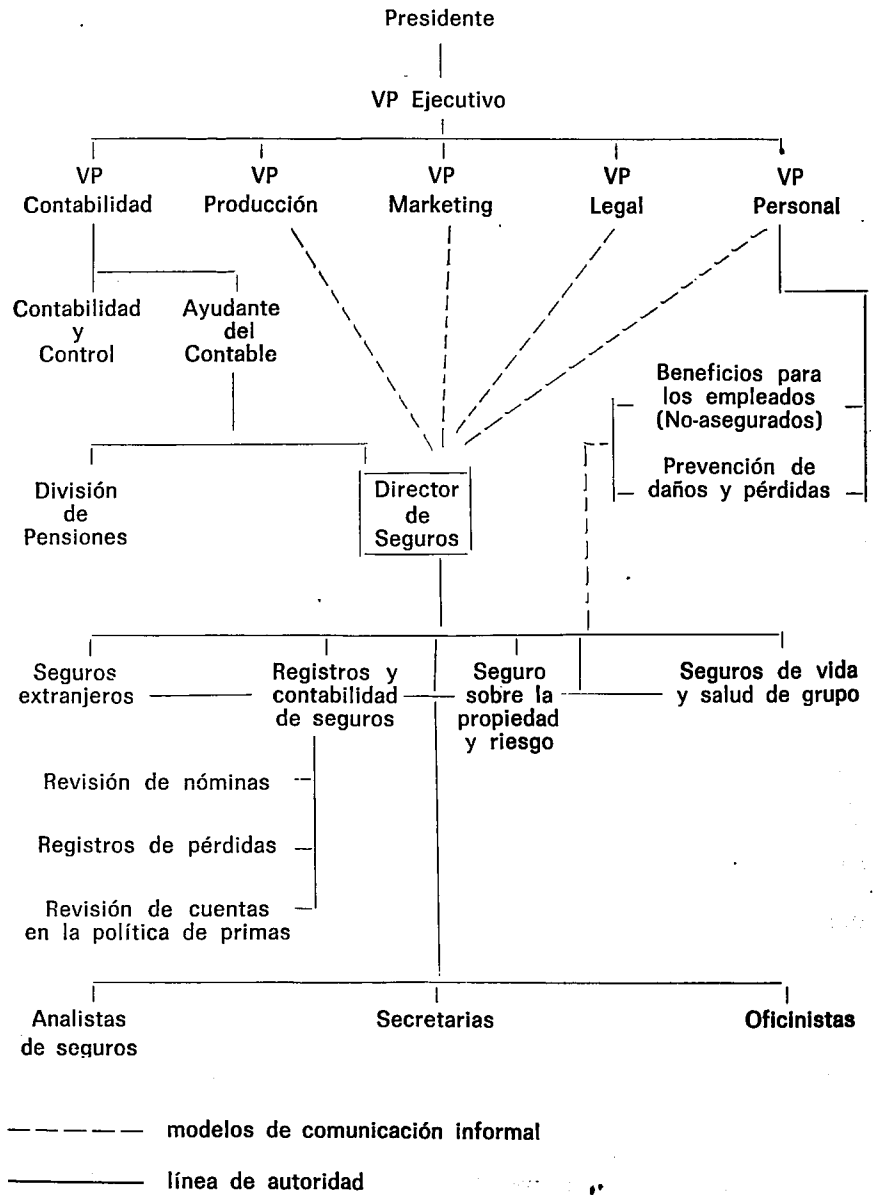
Cuando el negocio es grande y muy disperso, un plan para realizar una cuidadosa organización resulta aún más esencial que en el caso de una pequeña empresa comercial. El director de seguros debe establecer contactos con los directores operativos, establecer los procedimientos del sistema de reclamaciones, investigar los métodos para fijar los costes y comunicarse con los funcionarios gubernamentales y de seguros en las diferentes áreas en que se realizan las operaciones de la empresa. Tiene que viajar mucho y, por supuesto, asegurarse la cooperación voluntaria de los múltiples ejecutivos en quienes confía para obtener información.

Una compañía manejaba el problema de la organización con una dirección descentralizada por medio de un sistema de comité. En cada planta, se elegían los principales ejecutivos para constituir un comité a través del cual podían canalizarse todos los asuntos relacionados con el seguro hacia y desde la dirección de riesgos. Cualquier información que se requería a nivel de una planta podía recibirse a través de este comité y transmitirse al director de seguros. De esta forma, se conseguía un apoyo de los directores para los problemas relacionados con el seguro.

[19] Albert A. Blum, *Company organization of insurance management* (Organización empresarial de la gerencia de seguro) (New York: Asociación Americana de Gerencia, 1961), pág. 31.

Figura 4-2

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA LA GERENCIA DE SEGUROS



RESUMEN

1. La gerencia del riesgo es una función del director ejecutivo en relación con los riesgos asegurables y el estudio de los mejores métodos de administración de ellos. Aunque la dirección del riesgo se ha desarrollado principalmente como una ciencia separada en las grandes empresas comerciales, debido a los problemas cada vez más complejos de las mismas, esta función debería reconocerse en todas las empresas comerciales como una parte vital de la administración.
2. El gerente de riesgos tiene ciertos deberes específicos: reconocer las distintas situaciones en que se presentan los daños, estimar la frecuencia y dimensión de los mismos, elegir los mejores métodos alternativos para manejar el riesgo y administrar los propramas de prevención de daños, mantenimiento de registros y revaluación de situaciones en que pueden aparecer pérdidas.
3. Uno de los deberes más importantes del director de riesgos —supervisar el programa de seguros— tiene muchas facetas, y el trabajo es de tal índole que, por lo general, se justifica la atención concentrada y especializada de un ejecutivo que se dedique a ella en jornada completa. El empleo de un funcionario de este tipo no elimina, sin embargo, la necesidad de los servicios del agente o del corredor.
4. De varias maneras importantes, un director de riesgos puede realizar economías en los costes de seguros sin destruir la eficacia del programa. Estos métodos incluyen un uso mayor de franquicias, el empleo de ciertas previsiones contractuales, programas de prevención de daños y, en algunos casos, autoseguro. Cada uno de estos métodos tiene que emplearse con gran cuidado, con el objeto de que resulten eficaces.
5. Las principales debilidades se observan con frecuencia en la realización de la función de dirección del riesgo, en especial cuando ésta no la llevan a cabo directivos profesionales. Entre estas debilidades están el infra-seguro, los errores en la cobertura, la contratación de un seguro antieconómico, la falta de responsabilidad de la función de la dirección del riesgo, la falta de revisión regular de los programas de seguros y la abstención del uso de la prevención del daño como medio básico de controlar el seguro y otros costes.
6. Para ser eficaz, el programa de dirección del riesgo tiene que organizarse de manera adecuada y debe seguir políticas realistas, basadas en sanos principios referentes al seguro.
7. Un aspecto importante de la función de dirección del riesgo es su coordinación con las actividades de la empresa. El director de riesgos debe trabajar en contacto con los ejecutivos de los departamentos de contabilidad, finanzas, marketing, producción y transporte, personal y otros. Debe emplear consultores externos, como tasadores independientes, árbitros, abogados, médicos y contables públicos reconocidos.

PREGUNTAS DE REVISION

1. Explique cada uno de los tres puntos de vista con que se ha enfocado el trabajo del gerente de riesgos.
2. Con el advenimiento del uso de la energía atómica para la paz, la demanda por la responsabilidad del seguro ha excedido a la oferta. La ley de 1954 sobre energía atómica establece que los usuarios particulares no pueden hacer responsables al gobierno por una reclamación sobre la vida o las cosas que resulte de la operación de un reactor con licencia. Debido a esto, la demanda por seguros privados ha aumentado enormemente.
   (a) ¿Qué problemas podría crear la energía atómica al gerente de riesgos?
   (b) ¿Podría el riesgo por el uso de energía atómica llegar a constituir una materia sujeta a un autoseguro? Analizar esto, con referencia a los requerimientos del autoseguro.
   (c) ¿Qué tipo de daño podría esperarse que naciera de los accidentes con reactores nucleares?
3. A un gerente de riesgos se le encomendó la tarea de decidir si convenía o no adquirir un seguro comer-

cial sobre una pieza de un equipo móvil cuyo reemplazo costaba 50.000 dólares. Si se destruye el equipo o queda fuera de servicio por mucho tiempo, la empresa sufre una pérdida adicional de 10.000 dólares por pérdida de ventas. Si se destruye el equipo y no está asegurado, se necesitaría un préstamo bancario para reemplazarlo, ya que la pérdida no podría compensarse con facilidad con el activo. No se sabe lo que demoraría conseguir ese préstamo si tuviera que reemplazarse el equipo. El director de riesgos considera que los fondos invertidos en el negocio devengan normalmente un 15 % y un interés de un 6 % sobre las inversiones líquidas disponibles que tiene la compañía. El equipo puede asegurarse por unos 1.000 dólares al año, con lo cual se cubre el coste total de la reposición.

(a) Suponiendo que el director de riesgos necesite un fondo de reserva de 50.000 dólares si el equipo no está asegurado, calcule el valor del seguro de la empresa al precio cotizado por el seguro.
(b) ¿Cuál es el valor del seguro, si el fondo de reserva se fija en 5.000 dólares?
(c) ¿Cuál sería el valor de la prima de un seguro que sea de 0, si el fondo de reserva es de 50.000 dólares?
(d) ¿Por qué podría el director de riesgos recomendar un seguro, aunque el precio de éste excediera la cantidad que usted determinara?
(e) ¿Y si el fondo de reserva se fijara en 5.000 dólares? Explíquelo.

4. Un director de riesgos de una gran empresa leyó las informaciones sobre un experimento, en que un grupo de responsables de problemas mostraron una sorprendente mejora en la eficacia para resolverlos y una gran baja en la proporción de accidentes después de haber repartido una dosis diaria de 150.000 unidades de vitamina A durante un cierto tiempo. Un grupo similar que no había tomado la vitamina no mostró ninguna mejora durante el mismo período.
   (a) ¿Qué tiene que ver este experimento con el trabajo del director de riesgos?
   (b) ¿Qué tendría que hacer el director de riesgos, si fuera necesario hacer algo, después de leer este artículo?

5. Los estudios sobre prevención de accidentes revelan que por cada accidente existen muchas docenas que casi ocurrieron y podrían haber causado daños, pero que no sucedieron. ¿Qué sugieren estos estudios en relación a los deberes del director de riesgos de mantener registros de accidentes?
6. Los registros de pérdidas de un grupo de compañías aseguradoras revelaron que en 15 de 21 casos los beneficios perdidos y pagos resultantes por incendios excedieron al daño directo de la propiedad a causa del incendio. En total, la pérdida por incendio directo fue de 380.903 dólares, mientras que la pérdida de beneficios y pagos por cierres fue de 2.654.256. ¿Qué revelan estos hechos sobre la importancia de reconocer las situaciones en que se producen pérdidas?
7. ¿Por qué se recomienda que el director de seguros tenga acceso a los altos ejecutivos de todas las divisiones principales de una empresa comercial? Analícelo.
8. Un director de seguros recién nombrado en una gran empresa descubrió que su compañía tenía aseguradas las películas, proyectores y máquinas fotográficas, aunque las primas mayores individuales no excedían de 600 dólares. Las primas de las pruebas de publicidad se aseguraron, aunque el documento más caro podía reemplazarse por 2.500 dólares. La compañía aseguró también algunas casas de renta situadas en los terrenos industriales. Las entradas por concepto de renta no tenían importancia, y todos estaban de acuerdo en que las casas no podrían reponerse aunque fueran destruidas. ¿Se basaba la política de la compañía en buenos principios de dirección de seguros? ¿Por qué o por qué no?
9. ¿Es necesario contar tanto con un director de seguros en jornada completa, como con un corredor o agente de seguros, o se superponen sus servicios? Analícelo.
10. Analice los pros y los contras de emplear el mismo asegurador año tras año, sin preocuparse de seguros a más bajo coste que se ofrecen en otras partes.
11. ¿Por qué no podría ser deseable el autoseguro si pudiese demostrarse una reducción en el costo del seguro directo?

12. Indique los principales problemas que el gerente de seguros tiene en común con ejecutivos de cada uno de los siguientes departamentos de una empresa típica: (a) Contabilidad, (b) Finanzas, (c) Producción, (d) Marketing, (e) Transporte, (f) Personal.
13. Un portavoz manifestó que el costoso fracaso del Edsel, un nuevo automóvil introducido por la Ford Motor Company, en realidad fue debido a un evento asegurable que el gerente de seguros tenía que haber previsto. Según informaciones, el fracaso del automóvil Edsel costó 250 millones de dólares a Ford, y en parte fue debido al cambio repentino en el gusto del público en el diseño de automóviles, inducido por la puesta en órbita del primer «Sputnik» ruso en la semana en la que el Edsel fue presentado por primera vez. El público se interesó más por los viajes espaciales y menos por el diseño algo llamativo del Edsel.
    ¿Cree usted que debía hacerse responsable al gerente de seguros de Ford de obtener un seguro contra un evento de este tipo?
14. Desarrolle una demostración algebraica en la que la ecuación (3) sobre el valor del seguro en este capítulo se derive de las ecuaciones (1) y (2).
15. La Compañía Bon Vivant, envasadora de sopas, quebró en 1971 por las pérdidas financieras sufridas al tener que retirar parte de su producción de los establecimientos de ultramarinos, debido a algunos casos de botulismo en personas que consumían sus productos. ¿Qué acción debía haber realizado el gerente de seguros de la Compañía con anterioridad al siniestro, con el fin de anticipar semejante catástrofe?
16. Un gerente de seguros manifestó: «Si un riesgo ha de ser correctamente controlado, debe de ser conocido y debe estimarse su probable frecuencia y posible gravedad.» El autor presentó los siguientes ejemplos: (a) Una Compañía reúne en dos aviones a casi la totalidad de sus agentes y distribuidores de cierto país. (b) Otra Compañía suscribe un contrato especial con el Gobierno de un país extranjero para la construcción de una factoría en ese país. La maquinaria especial se enviaría por barco y los derechos de aduana serían exonerados si la maquinaria arriba en una fecha concreta.

Para cada una de las situaciones descritas anteriormente indique las pérdidas a las que están expuestas las Compañías. En su opinión, ¿son estos riesgos asegurables? De ser así, ¿qué tipo de seguro debería obtenerse?

5

Clases de Aseguradores y sus Sistemas de Comercialización

Cuando una persona compra una aspirina o unos plátanos, rara vez analiza la naturaleza de las instituciones sociales o económicas que intervienen en la preparación de los productos que se le ofrecen, ni existe ninguna razón que le obligue a ello. Cuando alguien contrata los servicios de un abogado o un doctor, normalmente está tan interesado en las calificaciones de la persona consultada como en los servicios que necesita, y ello es lógico, puesto que los dos factores no pueden separarse. Cuando alguien contrata un seguro, ¿debería saber la naturaleza de las instituciones sociales que proporcionan el servicio? En este capítulo y en los dos siguientes demostraremos que la actitud a adoptar es la de preocuparse por estas cuestiones. La clase de asegurador y el tipo de sistema de distribución que usa, influye enormemente tanto en el coste como en la calidad del servicio del seguro contratado. Si el comprador quiere confiar la seguridad de su renta y de sus propiedades a un asegurador, evidentemente deberá examinar con detenimiento las características básicas de ese asegurador.

CONDICIONES QUE FAVORECEN EL CRECIMIENTO DEL SEGURO

Las instituciones de seguro se conforman por la clase de contorno social y económico en que crecen y maduran. Existen cuatro condiciones básicas que son necesarias para que una entidad de seguros privados pueda prosperar:

A. El sistema económico debiera ser básicamente un sistema de propiedad privada.
B. La sociedad debiera estar altamente desarrollada e industrializada.
C. La legislación debe estar bien organizada, ser bien conocida e imparcialmente impuesta.
D. Debe haber un ambiente ético para el seguro.

Necesidad de un sistema de propiedad privada

El seguro no se desarrolla bajo condiciones en que falte el factor riesgo. Aun cuando el seguro existe hasta cierto punto en países donde los instrumentos de producción pertenecen al gobierno y donde las decisiones económicas las toma una autoridad central, nunca adquiere gran importancia como medio económico individual para reducir el riesgo. El gobierno en tales países asume la mayoría de los riesgos y actúa en cierto sentido como una gran compañía de seguros.

Necesidad de una sociedad altamente desarrollada e industrializada

La compañía de seguros no florece en una economía que es primordialmente agrícola o industrialmente subdesarrollada. Y ello ocurre no porque los riesgos no existan, sino porque no están desarrollados en el grado necesario para respaldar a una institución altamente organizada que los maneje. En una sociedad agrícola, los individuos tienden a ser relativamente independientes y están dispuestos a asumir muchos más riesgos de los que se aceptan en las sociedades industrializadas. Es más, en las sociedades agrícolas la gente no depende tanto del dinero como en las economías más avanzadas. Una gran parte de las

necesidades del agricultor se satisfacen en casa, y de ese modo hay muy poco comercio. Un siniestro que destruye una cosecha probablemente no dejará al agricultor completamente sin provisiones, porque tiene otras cosechas o la ayuda de sus vecinos que satisfarían sus necesidades. Si se quema un edificio, tal vez los vecinos cooperarían voluntariamente para repararlo o rehacerlo sin sentirse la necesidad de una remuneración en dinero efectivo.

Al contrario, en una sociedad altamente desarrollada e industrializada, los trabajadores dependen de sus ingresos en dinero efectivo. Sus trabajos son bastante especializados, de manera que si ocurre algún hecho que interrumpe sus rentas o destruye sus bienes acumulados, esto supone a menudo un desastre económico. Generalmente, es imposible obtener la ayuda de sus vecinos en la forma en que lo habrían hecho en épocas pasadas, pues los individuos no pueden abandonar sus puestos a su antojo. En la sociedad altamente desarrollada e industrializada, el nivel de vida depende de comerciar el resultado del trabajo de unos por el resultado del trabajo de otros. Este intercambio comprende el embarque de mercancías a largas distancias que originan muchos riesgos inexistentes en los modos de vida exentos de productos manufacturados. En consecuencia, en las sociedades industriales los métodos de asumir los riesgos deben estar asimismo altamente desarrollados.

Necesidad de una legislación bien organizada

El seguro, como institución, prospera mejor dentro de una sociedad en la cual las relaciones legales están bien organizadas, las conocen todos y se imponen con imparcialidad. Un sistema de justicia imparcial es absolutamente básico para un programa fuerte de seguros, pues el mecanismo del seguro se hace efectivo, generalmente, a través de un contrato legalmente imponible. El seguro no puede prosperar donde las influencias políticas, las guerras o revoluciones frecuentes, la deshonestidad de la gente perturban la vigencia del sistema jurídico o el ejercicio de la ley. Aun cuando no exista ninguna prueba de la afirmación anterior, parece lógico suponer que un asegurador no podría desarrollar sus funciones si no tuviera la seguridad de poder ejercer sus facultades legales de acuerdo con sus contratos. Valga un ejemplo; una guerra puede ocasionar tales perjuicios a una economía que de hecho impida a una compañía de seguros cumplir sus obligaciones. En Japón, por ejemplo, el impacto de

la II Guerra Mundial en las compañías de seguros de vida provocó su completa reorganización [1].

Necesidad de un ambiente ético

El profesor John D. Long ha argumentado en forma convincente que el seguro no puede prosperar a menos que el ambiente en que funciona se caracterice por sus altos niveles de ética y moralidad [2]. La conducta ética de la gente es la razón fundamental para un sistema jurídico y legal sólido, de acuerdo con lo dicho anteriormente. Sin embargo, la conducta ética puede deteriorarse por diversas circunstancias tales como población excesiva, inflación o un progreso demasiado rápido en la tecnología. Por lo tanto, otro de los requisitos para un buen ambiente de seguros es tener un cierto control efectivo de la población, la inflación y la tecnología.

Población. El crecimiento demográfico puede conducir a una superpoblación en algunas áreas antes de lo que se esperaba. El congestionamiento motiva sucesivamente un número creciente de delitos, lo que hace más necesario el seguro, pero al mismo tiempo es más difícil ofrecerlo a precios que estén al alcance de la gente.

Inflación. Una inflación rápida puede influir adversamente en el seguro de varias formas. La inflación tiende a estimular la deshonestidad y a reducir el incentivo para la reducción de siniestros. No puede esperarse que los fondos disponibles del seguro de Vida prosperen en épocas de inflación rápida debido a la pérdida del valor adquisitivo de los ahorros contenidos en las pólizas. En los seguros sobre las cosas, la inflación se refleja en el aumento del coste de las liquidaciones de siniestros que resultan superiores a los niveles que se tuvieron en cuenta al fijar las tarifas. A menudo los esfuerzos de los aseguradores por establecer un ajuste de la estructura de tarifas con la inflación han tenido un éxito parcial. Es así como la oferta de seguros tiende a disminuir. El seguro, por su naturaleza, es un método por el cual uno hace planes para el futuro; una economía de inflación rápida tiende a condenar los planes a largo plazo y a estimular la filosofía de «vivir al día». Esto, a su vez, tiende a disminuir la demanda de seguros.

Así, pues, la inflación perjudica tanto la oferta como la demanda de seguros. Una inflación descontrolada puede eliminar por completo muchas clases de seguro, como se ha demostrado en Alemania después de la primera guerra mundial, y en el Japón después de la segunda. El promedio anual de la tasa de inflación en Brasil, Chile, Indonesia y Uruguay excedió de 39, 34, 93 y 65 por 100, respectivamente, desde 1953 y 1966 [3]. Este rápido aumento de inflación ha dificultado el comercio normal, incluyendo el mercado asegurador.

Progresos en la tecnología. El progreso en la tecnología, a pesar del beneficio obvio del aumento del ocio y el mejor nivel de vida, puede producir condiciones perjudiciales para el seguro. Entre éstas podemos citar la inquietud que sienten algunos en parte por la falta de educación, en cuanto a la forma de ocupar el tiempo de ocio y una tendencia creciente a dedicarse al juego. Fundamentalmente, la tecnología avanzada que no va acompañada de otras medidas para ayudar a la humanidad a ocupar mejor sus horas libres puede resultar en una sensación de futilidad, una falta de confianza en su propia capacidad y superioridad porque «las máquinas los han reemplazado». Esto reduce aún más el incentivo para hacer planes anticipadamente y, por consiguiente, la demanda de seguros.

Conclusión

Al parecer, la conclusión de las observaciones anteriores, en esencia, es que el «hombre prevenido vale por dos». La conciencia del peligro potencial de las actuales tendencias permite adoptar medidas de resistencia adecuadas para que el resultado final sea favorable.

Como hemos visto, el seguro ha crecido enormemente en los Estados Unidos, donde existe un mínimo de circunstancias adversas. En general, los Estados Unidos se han caracterizado por su gran política de estabilidad, cumplimiento imparcial de la ley y un alto grado de honestidad en su pueblo. Más aún, se ha desarrollado industrialmente en el sistema llamado de «libre empresa».

Existen allí todas las condiciones necesarias para un desarro-

[1] M. Suetaka, «Post-war trend of life insurance in Japan» («Tendencia de post-guerra del seguro de vida en el Japón»), *Journal of the charters life underwriters* (Periódico de los aseguradores de vida) (Septiembre, 1950 y junio, 1951).

[2] John D. Long, *Ethic's morality and insurance* (Etica, moralidad y seguro) (Bloomington: Indiana University, 1971).

[3] *Ibíd.*, págs. 152-153.

llo rápido del seguro. Comprendiendo estas condiciones es fácil explicarse por qué el seguro no ha crecido tan rápidamente en ciertas naciones como la Unión Soviética, India, China, en algunos países europeos y sudamericanos.

Las características de las instituciones de seguros en los Estados Unidos se han moldeado en general por este ambiente favorable. Sin embargo, puede anticiparse que si el ambiente se deteriora podríamos ver muchos cambios en dichas instituciones para el futuro. Entre estos cambios podría haber movimientos importantes de parte de la industria para aumentar el grado de control que ejercen sobre los agentes, un aumento de los reglamentos gubernamentales de la industria y en el grado en que las instituciones gubernamentales aumenten la oferta de seguros en muchas áreas. Hacemos a continuación un análisis de los aseguradores y sus sistemas de comercialización.

CAMPO DEL SEGURO

El campo del seguro, clasificado por la clase de cobertura, se divide generalmente en dos áreas: personal y de cosas.

Coberturas personales

Coberturas personales son las relacionadas directamente con el individuo. En este campo, el riesgo es la posibilidad de que algún peligro pueda interrumpir los ingresos que un individuo gana. Hay cuatro clases de peligros: muerte, accidentes y enfermedades, desocupación y edad avanzada. Se contratan seguros sobre cada uno de ellos. Los aseguradores privados tienen tendencia a especializarse en las dos primeras coberturas, y los aseguradores estatales, en las dos últimas.

Coberturas sobre cosas

Las coberturas sobre cosas se ciñen a los peligros que pueden destruir la propiedad. El seguro sobre las cosas se distingue del seguro personal en que éste cubre riesgos que pueden impedir que se gane dinero suficiente para acumular y comprar propiedad en el futuro, mientras que el seguro sobre las cosas cubre los bienes que ya se han acumulado. El término seguro sobre las cosas se usa aquí en sentido amplio, que incluye el seguro de incendio, marítimo, responsabilidad, accidentes y seguro de fianza. Algunas veces a este seguro se le denomina seguro general, mientras que al seguro personal se le llama seguro de vida y salud. Estos términos se usan libremente, no obstante, y no son tan generalizables como los otros nombres.

Seguro Público y Privado

Las instituciones de seguros en este país han adoptado dos formas básicas de propiedad: privada y pública (también se denomina seguro estatal o social).

El seguro privado comprende todas las clases de cobertura suscritas por grupos organizados privados, ya comprendan asociaciones de individuos, accionistas, tenedores de pólizas o alguna combinación de éstos. El seguro público incluye toda clase de coberturas contratadas por entidades gubernamentales —federal, estatal y local— o por agencias privadas bajo supervisión gubernamental.

Coberturas voluntarias y obligatorias

El seguro privado y público puede clasificarse además en dos subgrupos: coberturas voluntarias y obligatorias. La gran mayoría de los seguros gubernamentales es de contratación obligatoria, esto es, la ley obliga a que lo contraten ciertos grupos y bajo ciertas condiciones. La mayoría de los seguros privados son voluntarios, aunque la contratación de ciertos tipos de seguros son exigidos por ley; por ejemplo, el seguro de responsabilidad civil de automóviles en Nueva York, Carolina del Norte y Masachusetts y el seguro de accidentes del trabajo en todos los Estados de la Unión.

La figura 5-1 presenta las clasificaciones fundamentales de los seguros con los principales tipos de coberturas de cada clasificación. Al interpretar la figura debe observarse que los tipos de cobertura de cada título pretenden mencionarlos sin constituir una lista exhaustiva, que ocuparía mucho espacio y haría muy complicada la utilización del cuadro. Además el seguro gubernamental incluye tanto la cobertura ofrecida por el Estado como por las agencias federales y comprende áreas en que alguna institución de gobierno simplemente respalda o garantiza la cobertura ofrecida concretamente por una agencia privada

(tal como el seguro de vida de cajas de ahorro). El seguro privado no voluntario incluye la contratación obligatoria exigida en algunos Estados bajo determinadas condiciones.

Este texto se dedica principalmente al campo del seguro privado, aunque se prestará alguna atención a los principales tipos de seguro patrocinados por el gobierno.

IMPORTANCIA DE LAS PRINCIPALES LINEAS DE SEGURO

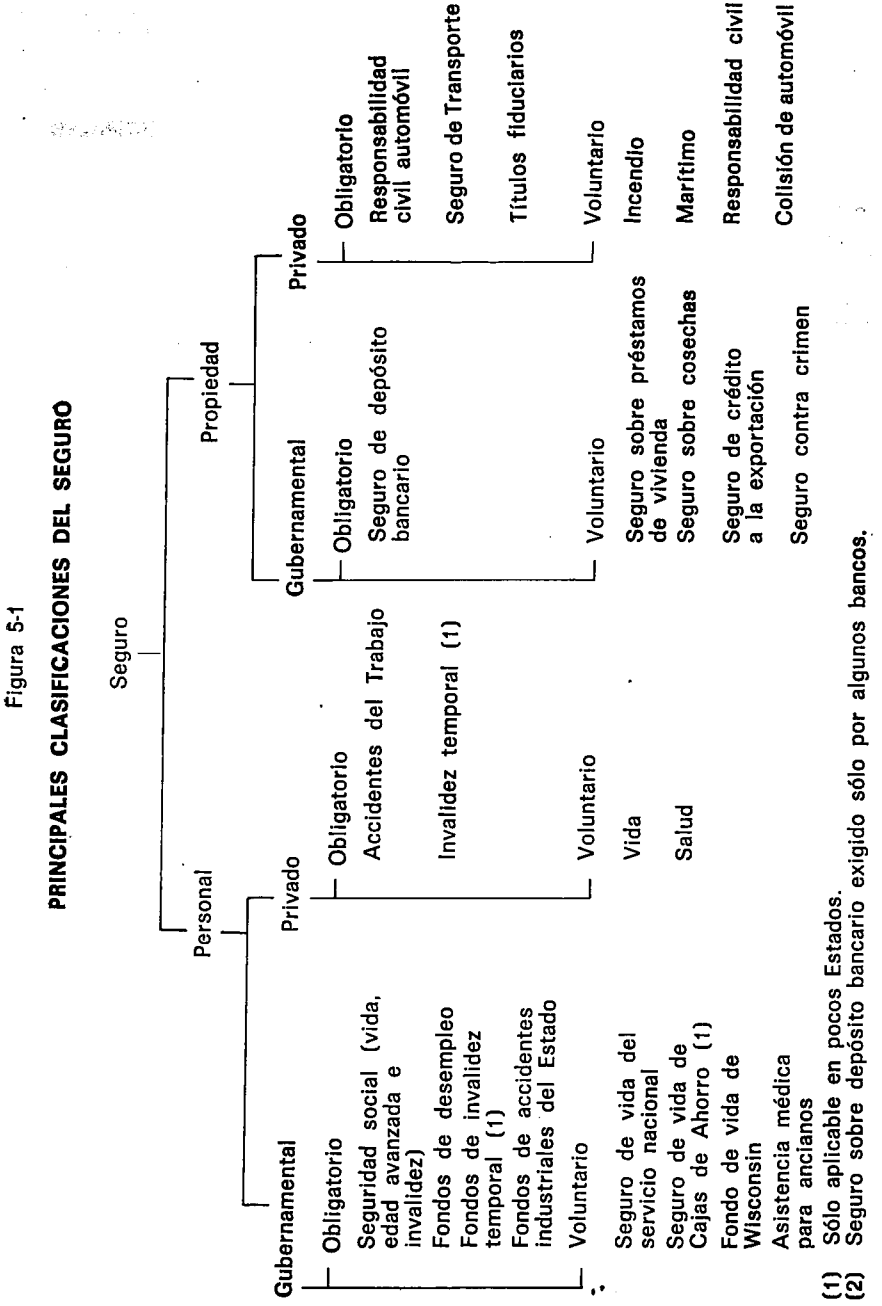
Para dar una idea de la importancia relativa de las principales, líneas del seguro, la tabla 5-1 muestra las primas estimadas que recibe cada clase de asegurador. Como se ve en dicha Tabla, los aseguradores gubernamentales cobran aproximadamente el 45 por 100 del total de primas de seguros y alrededor del 55 por 100 del total de primas de seguros personales. La información de la figura 5-1 es sólo aproximada, porque no se ha tenido la intención de incluir todas las clases de seguro posibles.

Puede verse que la renta del seguro de Vida es ligeramente mayor que la renta del seguro de cosas entre los aseguradores privados. Para todos los aseguradores, sin embargo, el total de negocios de seguros personales es casi cuatro veces el nivel del seguro sobre las cosas, medido por el ingreso de primas. Hay fuertes razones para este predominio, toda vez que el riesgo potencial más grande que encara un individuo es la pérdida de su renta a causa de determinados peligros. El gran predominio del seguro personal por parte de los aseguradores de gobierno explica la preponderancia del total de primas cobradas en esta clase de cobertura.

La tabla 5-2 da alguna indicación de la dimensión relativa de los diversos tipos de seguro de propiedad. El seguro de automóvil responde por el 48 por 100 del total de primas de seguros de propiedad cobradas por los aseguradores ordinarios. Incendio, cobertura amplia y líneas de incendio afines son de importancia secundaria, suponiendo el 25 por 100 del total. El 27 por 100 restante responde a todas las otras clase de seguro de propiedad. La gran importancia del seguro de automóvil en el campo de coberturas de propiedad explica, sin duda alguna, la gran expansión del tráfico de autos.

Figura 5-1

PRINCIPALES CLASIFICACIONES DEL SEGURO



(1) Sólo aplicable en pocos Estados.
(2) Seguro sobre depósito bancario exigido sólo por algunos bancos.

Tabla 5-1

INGRESOS DE PRIMAS RECIENTES ESTIMADAS EN LAS PRINCIPALES CLASES DE SEGUROS Y PROGRAMAS DE JUBILACION

Clase de seguro	Ingresos de primas (miles de millones de dólares)	
Aseguradores Privados		
Seguro Personal		
Seguro de vida y rentas vitalicias [1]		25,4
Seguro de salud		
Pólizas de grupo [2]	6,9	
Pólizas individuales y familiares [2]	3,2	
Cruz Azul-Protección Azul [2]	7,1	
Accidentes del trabajo [3]	3,6	20,8
Total privado-personal		46,2
Seguro de Propiedad		
Pólizas de propiedad-responsabilidad civil		29,4
Total ingresos primas asegurador privado		75,6
Aseguradores Gubernamentales		
Seguro Personal		
Seguro de edad avanzada y sobrevivientes [5]	30,0	
Seguro de invalidez [2]	4,1	
Jubilación servicio civil Federal [5]	3,5	
Jubilación ferrocarriles [5]	0,9	
Sistemas de jubilación gubernamental del Estado y local [6]	6,5	
Seguro de desocupación, federal y estado [5]	3,5	
Seguro de ingresos por invalidez temporal [5]	0,6	
Seguro de hospitalización para personas de edad.	4,8	
Seguro médico para las personas de edad	0,9	
Total personal-gobierno		54,8

Clase de seguro	Ingresos de primas (miles de millones de dólares)	
Seguro sobre las cosas de propiedad		
Cobertura contra motín y crimen. Adm. de Seguro Federal [7]	0,02	
Seguro sobre cosecha. Corp. Seguro Cosecha Federal [8]	0,05	
Seguro marítimo. Corp. Seguro Riesgo Guerra [9]	0,24	
Total gobierno-propiedad		31
Total ingresos de primas aseguradores gubernamentales		55,11
Total, recibos de seguro de gobierno y privado		130,71
Porcentaje cobrado por agencias privadas		58
Porcentaje cobrado por el gobierno		42
Porcentaje de primas de seguro personal		77
Porcentaje de primas de seguro de propiedad		23
Porcentaje, primas de seguros totales a ingresos personales disponibles de 685 miles de millones de dólares, en 1970		19,1

[1] *Life insurance fact book 1971* (Libro de hechos del seguro de vida) (Nueva York: Instituto del Seguro de Vida, 1971), pág. 58.
[2] *Source book of health insurance data* (Libro de fuentes de antecedentes del seguro de salud 1970) (Nueva York: Instituto del Seguro de Salud, 1970), pág. 41.
[3] *Insurance facts 1971* (Hechos del seguro en 1971) (Nueva York: Instituto de Información de Seguro, 1971), pág. 10.
[4] *Ibid.* Incluye seguro de automóvil, responsabilidad civil, incendio, líneas afines, peligro múltiple de dueños de hogar, peligro múltiple comercial, transporte terrestre, transporte marítimo, seguridad y fidelidad, robo con violencia y robo, cosecha, granizo, calderas, maquinaria y cristales.
[5] *Boletín de Seguridad Social* (Junio, 1971), págs. 24-27, Año 1970.
[6] *Libro de hechos del seguro de vida*, 1971, pág. 41.
[7] Bureau of the Budget (Oficina del Presupuesto de U. S.), *Presupuesto del gobierno de U. S.* (1972), pág. 540.
[8] *Ibíd.*, pág. 177.
[9] Depto. de Comercio U. S., *Apéndice al presupuesto del año fiscal 1969*, páginas 265-266.

Tabla 5-2

CRECIMIENTO DE LAS LINEAS PRINCIPALES DEL SEGURO DE PROPIEDAD Y RESPONSABILIDAD CIVIL, 1964 Y 1969

(Millones de dólares)

Línea de seguro	Primas netas		Aumento porcentaje en 5 años	1969 porcentaje del total
	1964	1969		
Responsabilidad por daños corporales ocasionados por auto	3.514	5.500		
Responsabilidad por daños a la propiedad ocasionados por auto	1.372	2.350		
Total respons. auto	4.886	7.850		
Daños físicos (auto)	2.508	4.250		
Total de todos los seguros auto	7.394	12.100	64	47,8
Responsabilidad, que no sea por auto	1.110	1.675	51	66,6
Incendio y líneas afines	2.211	2.852	28	11,1
Riesgo múltiple dueños de hogar	1.333	2.350	76	9,3
Riesgo múltiple comercial	371	1.100	196	4,3
Accidentes del trabajo	1.868	3.200	71	12,6
Transporte terrestre (interior)	54	700	54	2,8
Marítimo	248	400	61	1,6
Fianza y fidelidad	391	550	41	2,2
Robo con violencia y robo	111	126	14	,5
Cosecha-granizo	112	127	14	,5
Calderas y maquinaria	102	115	13	,5
Cristales	42	40	— 5	,2
Total	15.747	25.308	61	100,0

FUENTE: *Experiencias del seguro en 1967* (Nueva York: Instituto de Información de Seguro, 1967), pág. 12 y *Experiencias del Seguro* (Nueva York: Instituto de Información de Seguro, 1970), pág. 9.

CLASES DE ASEGURADORES PRIVADOS

Los aseguradores privados se clasifican generalmente según la forma de constituirse como tales. Hay cuatro clases distintas: sociedades anónimas, entidades mutuas, recíprocas y asociaciones del Lloyds.

Sociedades anónimas

Una sociedad anónima es una corporación organizada como empresa con fines de lucro en el campo del seguro. La ley del estado prescribe para las compañías organizadas en los Estados Unidos un capital mínimo y unos excedentes que constituyan un fondo para el pago de siniestros y para proteger los fondos de los tenedores de pólizas pagados como primas anticipadas. Las sociedades anónimas, como todos los aseguradores, están debidamente autorizadas para llevar ciertos tipos de negocios de seguros y bajo la llamada ley de ramos múltiples de la mayoría de los estados, las sociedades anónimas pueden establecerse para negociar en toda clase de seguros con excepción del seguro de vida y del de salud. Esta última limitación no se impone en algunos Estados.

Las sociedades anónimas de seguro sobre las cosas realizan normalmente sus operaciones a través del sistema de agencia independiente. Funcionan generalmente —aunque no siempre— estableciendo una tarifa fija a través de organizaciones que las elaboran con la aprobación del comisionado de seguros de cualquier estado en que estén autorizadas para hacer negocios. Algunas sociedades anónimas pagan dividendos a los tenedores de pólizas sobre ciertos tipos de seguro. Las sociedades anónimas nunca emiten lo que se llaman pólizas ajustables, en las que puede imponérsele al asegurado una prima adicional si la compañía ha sufrido pérdidas excesivas. Se espera que los accionistas soporten cualquier riesgo de pérdidas y asimismo obtengan las ganancias de la empresa.

Las sociedades mutuas

Las entidades mutuas se organizan bajo el código de seguros de cada Estado, como corporaciones, sin fines de lucro, pertenecientes a los tenedores de pólizas. No hay accionistas. No hay beneficios propiamente tales, puesto que la renta excesiva o bien se devuelve a los dueños de las pólizas como dividendos o bien se utiliza para reducir las primas. La dirección de la compañía está a cargo de una junta de directores elegidos por los tenedores de pólizas. Los estatutos de una mutua proveen cargos adicionales a los tenedores de pólizas en el caso de que los fondos fuesen insuficientes para cumplir con los pagos de siniestros y gastos. En la mayoría de las mutuas, sin embargo, no se permiten imposiciones una vez que la compañía ha logrado cierto volumen. Sólo las muy pequeñas proveen generalmente estas imposiciones. Y en este caso los cobros se limitan a una prima adicional anual.

Hay muchos tipos de entidades mutuas que funcionan bajo diferentes leyes y con diversas clases de negocios. En cualquier estado es necesario examinar el Código de Seguros para determinar la naturaleza precisa de la mutua.

Clases de mutuas.—Algunas organizaciones conocidas como mutuas de clase operan sólo en un tipo de seguro determinado, tal como propiedad agrícola, aserraderos, fábricas y riesgos de herrajes.

Mutua agrícola. Cuando se asegura la propiedad agrícola, el grupo se conoce como mutua agrícola y puede organizarse bajo una sección separada en el Código de Seguros. Dicha mutua asegura una gran parte de la propiedad agrícola en algunos estados. Primordialmente porque debido a la naturaleza especializada de los riesgos, muchas mutuas agrícolas operan bajo el plan de imposiciones y en algunos casos las imposiciones son ilimitadas; cada tenedor de pólizas se compromete a participar proporcionalmente en todos los siniestros y gastos de la compañía.

Mutua de industria. Un tipo de mutua especializada en asegurar fábricas se conoce con el nombre de Mutua de Industria. Estas organizaciones han sido notables por el énfasis que han puesto en las actividades para la prevención de siniestros. Cada

miembro debe reunir altos «standards» de seguridad antes de que se le acepte en el grupo. Se requiere un anticipo grande de prima de depósito, más que suficiente para cubrir los siniestros esperados; a fin de año se devuelve al tenedor de póliza cualquier porción que no se haya necesitado. La mutua de industria, generalmente, no suscribe riesgos pequeños debido al costo relativamente alto de las inspecciones, servicio de ingeniería y consultas que facilita la organización con vistas a prevenir el siniestro antes de que ocurra.

Mutua de contratación general. Tal vez la mutua más conocida en el seguro de propiedad es la mutua de contratación general. La mutua de contratación general es la que acepta muy diferentes clases de asegurados; no es especialista en contratar un determinado grupo. Esta mutua exige una prima anticipada, calculada más o menos sobre la base de un asegurador corriente. En contraste con las mutuas especializadas, las mutuas de contratación general operan en varios estados, incluso internacionalmente. Cuando se requiere un anticipo de prima, generalmente fijan una prima igual a la del asegurador corriente y contemplan un dividendo o una reducción de tasa, si la experiencia lo justifica. Muchas mutuas desean altos «standards» de contratación de seguros, y sólo toman los mejores riesgos para que sea más probable el pago de un dividendo. Algunas mutuas de contratación general reducen la tasa original a un nivel inferior al de la sociedad anónima. Y sin embargo, no tienen intención de pagar dividendos. Algunas mutuas son tanto participantes como desviacionistas, esto es, tienen el plan de reducir la tasa inicial algo inferior a los niveles de las sociedades anónimas, y además pagar un dividendo, si se justifica.

Empresa fraternal. En el campo del seguro de vida vale la pena mencionar la clase de asegurador mutuo conocido como «fraternal». Se autoriza a una sociedad de beneficio fraternal para hacer negocios bajo una sección especial del código de seguros, que cumple ciertos requisitos. Una fraternal se define como una corporación sin fines de lucro, sociedad o asociación voluntaria sin capital en acciones, organizada únicamente para el beneficio de sus miembros y sus beneficiarios. Las fraternales tienen un sistema de logia con una forma ritual de operación y una forma representativa de gobierno, que provee el pago de beneficios de acuerdo con disposiciones de la ley. Una fraternal ofrece sólo seguros de vida y de invalidez. Como institu-

ción caritativa de beneficencia, generalmente, está exenta de impuestos.

Las fraternales, originariamente, comenzaron como compañías puramente de valoración, exigiendo primas anticipadas y cobrando a cada miembro periódicamente por las pérdidas pagaderas según los reglamentos de la sociedad. Este sistema resultó poco prudente y muchas fraternales operan ahora en base a sus reservas legales similar a los otros aseguradores de vida. La diferencia entre el contrato de seguro de vida emitido por una fraternal y el emitido por otros aseguradores de vida estriba en que los reglamentos de la sociedad forman parte integrante del contrato, aunque sin referirse a éste. Algunos Estados requieren que la fraternal incluya en sus estatutos una estipulación declarando que si las contribuciones de los socios fueran insuficientes para pagar todas las reclamaciones por muerte y por invalidez total se cobren a los miembros tasas extras para cumplir dichas deficiencias y que provean la creación y mantenimiento de los fondos exigidos por ley.

De este modo es posible que el tenedor de una póliza de seguro de vida fraternal esté sujeto a primas adicionales o ajustes, aunque la sociedad opere sobre una base de reserva legal.

Las organizaciones fraternales aseguran sólo una pequeña parte del total de seguros de vida vigentes. Al cierre de 1970 tenían 24.000 millones de seguros de vida o 1,7 por 100 del total de seguros de vida vigentes. Las fraternales no han gozado del desarrollo característico de la industria aseguradora.

Recíprocas

Una *compañía recíproca* o *de intercambio de seguros,* como se suele llamar, difiere de una mutua en la forma del control legal y en los requisitos de capital. Tanto las mutuas como las recíprocas se forman con el propósito de tener contratos de seguros disponibles para los tenedores de pólizas «al coste», esto es, que no haya utilidades propiamente tales ni accionistas a quienes compensar. En ambos casos, los tenedores de pólizas son los dueños de la compañía.

En el control legal y requerimientos de capital de las compañías recíprocas y mutuas surgen, sin embargo, diferencias básicas. En una compañía recíproca, los propietarios y tenedores de pólizas designan a un individuo o a una corporación conocida como *representante* para dirigir la compañía. En una mutua, los tenedores de pólizas eligen una junta de directores

que administre la compañía. Una mutua se constituye con una cantidad de capital fijo y de excedentes, mientras que una recíproca no se constituye con ningún capital. Algunas veces las leyes del Estado requieren que una recíproca proporcione un fondo contingente en forma de depósito con un comisionado de seguros, para el beneficio de los suscriptores. Por otro lado, la organización recíproca no tiene otro capital que las primas anticipadas depositadas por los propietarios.

Las recíprocas operan principalmente en el campo del seguro del automóvil. La organización más grande de esta clase es el Seguro Agrícola de Intercambio, de los Angeles, California, que es uno de los aseguradores de automóviles principales del país. La mayoría de las recíprocas, sin embargo, tienden a ser pequeñas asociaciones locales, cuyos registros de estabilidad financiera son deficientes.

Asociaciones del Lloyds

Una *asociación del Lloyds* es una organización de individuos agrupados para suscribir riesgos en base cooperativa. La característica más importante que distingue a una asociación Lloyds es que cada persona asume los riesgos en su propio nombre y no compromete a la organización por sus obligaciones. Cada suscriptor de seguros[4] es individualmente responsable por los siniestros en que asume riesgos hasta el monto total de su activo personal a no ser que su responsabilidad sea limitada.

Las asociaciones del Lloyds son similares a las recíprocas, puesto que en ambas organizaciones el suscriptor del seguro individual es un asegurador. Sin embargo, en el Lloyds, el suscriptor del seguro individual no siempre puede ser un asegurado, pues él siempre está en una recíproca. En otras palabras, la asociación del Lloyds es una organización de propietarios con fines de lucro, y el miembro suscriptor es siempre un asegurador individual. Una recíproca se compone de individuos que buscan los medios de obtener seguros «al coste» y sus miembros son aseguradores y asegurados al mismo tiempo.

[4] Se dice que el término «suscriptor de seguros» se originó en el Lloyds. El método de asumir el riesgo consiste en que cada miembro escribe su nombre bajo el importe total de cualquier solicitud de seguros que su miembro desee tomar. Así, si un miembro asume un millón de dólares de un riesgo marítimo de 10 millones de dólares, firma su nombre en la solicitud por un millón y por lo tanto asume una responsabilidad de un millón. Por esto, él se conoce como un «suscriptor de seguros» (underwriter).

Las asociaciones del Lloyds son de dos tipos básicos: Lloyds de Londres y Lloyds americano.

Lloyds de Londres. El Lloyds de Londres figura entre los más conocidos aseguradores del mundo y en realidad es uno de los tipos de operaciones de seguros conocidos desde hace muchos años. Se dice que comenzó a principios de 1688, en Londres, como un grupo de comerciantes sin protocolo, que asumían riesgos marítimos mientras bebían café en el Café de Lloyds. Sus operaciones eran mundiales y actuaban extensamente en los Estados Unidos, principalmente en lo que se conoce como *el mercado de excedentes*. Dicho mercado consiste en riesgos que los aseguradores locales han rechazado por diversas razones. Los negocios del Lloyds se venden a través de corredores registrados que tienen autoridad para representarlos en este país. En ningún Estado, excepto Illinois y Kentuky, se acepta que el Lloyds de Londres realice negocios sobre cualquier base, excepto como aseguradores en líneas de excedentes.

Hay más o menos 6.000 miembros suscriptores de seguros del Lloyds de Londres que operan a través de grupos conocidos como *sindicatos*, cada grupo con un gerente que actúa como agente general para comprometer al suscriptor individual en los diversos riesgos que ofrecen. Debe destacarse que la corporación del Lloyds no es responsable ante el tenedor de pólizas sobre los riesgos asumidos por sus socios. Sin embargo, la corporación fija «standards» rígidos para el ingreso de sus socios, y no existe ningún caso en que se haya conocido que la organización del Lloyds haya dejado de cumplir cualquier obligación. Hay un número de fondos contingentes creados para respaldar las promesas de los suscriptores de seguros en el caso de que uno llegara a ser insolvente [5].

Lloyds americano. El Lloyds americano está autorizado según las leyes del seguro de algunos Estados. La ley prevé que sólo ciertas clases de seguros, tales como incendio, marítimo, transporte terrestre y seguro de automóvil puedan suscribirse en los grupos del Lloyds. La ley, además, establece un número mínimo de suscriptores de seguro (25) para comenzar una asociación, teniendo cada miembro un valor individual neto de cierto importe (20.000 dólares). Como una protección a los tenedores de pólizas, algunas leyes disponen que deben tener un depósito mínimo equivalente a la misma cantidad depositada por el seguro. La ley señala que los suscriptores de seguros no pueden exponerse a siniestros en un solo riesgo por un importe en exceso de la proporción establecida de su activo en caja y en inversiones, a no ser que el reaseguro se efectúe adecuadamente.

El Lloyds americano no goza de la misma reputación de solvencia financiera que se le atribuye al Lloyds de Londres. Sólo 14 organizaciones del Lloyds americano se incluyen en «Guía de las mejores clasificaciones para 1970». Doce de éstas fueron registradas en Texas, una en Nuevo México, y otra, la más grande, en Nueva York. Sólo cuatro de estas organizaciones recibieron un + A (excelente) del Best (ver capítulo 6 para un análisis sobre la clasificación de Best). En el pasado era común que los miembros del Lloyds americano limitaran sus responsabilidades individuales y, de otra manera, se protegieran contra los reclamos catastróficos. Las reservas han sido inadecuadas y ha habido grandes fracasos. Algunos Estados, como Nueva York, prohiben la formación de nuevas asociaciones del Lloyds.

Importancia relativa de los aseguradores privados

En los Estados Unidos hay alrededor de 2.800 compañías de seguros sobre propiedad y responsabilidad civil y 1.800 sobre seguros de vida (1970). La mayoría de los negocios, sin embargo, se hacen por medio de un grupo reducido de aseguradores. Sólo 1/3 de los aseguradores sobre propiedad y responsabilidad civil operan en todos los Estados. En los seguros de vida, siete de las más grandes compañías (todas las mutuas menos una), cobrando cada una más de un millón de dólares de primas, abarcaron el 69 por 100 del ingreso total de primas de la industria en 1968 [6]. La importancia relativa de las cuatro clases de aseguradores privados se presenta en la tabla 5-3.

[5] Ejemplos son el fondo de garantía central de varios millones de libras mantenidos por la corporación, un fondo fiduciario depositado en Nueva York a beneficio de los tenedores de pólizas americanos, depósitos de seguros hechos por aseguradores individuales, y reservas mantenidas por los agentes de seguros. Véase el *Best's insurance guide with key ratings* (Guía de seguros «Best» con principales clasificaciones), emitido anualmente, para un estado completo de las reservas de valores requeridas por el Lloyds de Londres.

Para referencias sobre Lloyds, ver C. E. Golding y D. King-Page, *Lloyds* (Nueva York: McGraw-Hill Book, Co., 1952), y «The risky future at Lloyds of London» («El futuro riesgoso en el Lloyds de Londres»), *Business Week* (Octubre 18, 1969), págs. 102-113.

[6] Las siete compañías más grandes de ese año clasificadas de acuerdo con sus ingresos en primas, fueron: Metropolitan Prudential, Equitable, Life Assurance of New York, Aetya, Travelers, John Hancock y New York Life.

Durante el período 1931-1970, los aseguradores ordinarios tuvieron una participación regresiva en el volumen total de primas de seguros sobre propiedad, mientras que las mutuas aumentaban su participación aproximadamente en un 90 por 100. Sin embargo, casi el 70 por 100 del seguro sobre propiedad se contrata todavía por aseguradores ordinarios.

Las recíprocas y las asociaciones Lloyds, aunque gozan de cierto desarrollo, todavía tienen sólo una pequeña parte del volumen total.

En el campo del seguro de vida, las compañías mutuas mantenían el 52 por 100 del total de seguros de vida vigente. Las compañías corrientes y las clases misceláneas del seguro de vida mantenían el resto. En 1950, las compañías mutuas tenían el 70 por 100, y las sociedades anónimas, el 30 por 100 del total de seguros de vida vigentes. Parece, pues, que en el seguro de vida las mutuas pierden en relación a los aseguradores corrientes y en el seguro de propiedad sucede lo contrario.

Tabla 5-3

VOLUMEN DE PRIMAS DE LAS PRINCIPALES CLASES DE ASEGURADORES SOBRE PROPIEDAD Y RESPONSABILIDAD CIVIL, 1931, 38, 70

Asegurador	Primas contratadas (en millones de dólares)			Porcentaje total		
	1931	1938	1970	1931	1938	1970
Sociedades Anónimas	1.531	1.508	22.429	83,7	78,2	68,7
Cías. mutuales	261	370	8.713	14,3	19,1	26,7
Recíprocas	37	46	1.427	2,0	2,4	4,3
Asociaciones Lloyds	2	5	25	—	,3	,3
Totales	1.831	1.929	32.594	100,0	100,0	100,0

FUENTE: *Totales y promedios de accidentes e incendios, 1971, de Bests.*

En cada modalidad de seguro —Propiedad y Vida—, el tipo minoritario de aseguradores está en ascenso, pero por diferentes razones. Una de las principales causas del crecimiento del mercado de aseguradores corrientes, en el campo del seguro de vida, es el mayor crecimiento relativo en número de sociedades anónimas. Los aseguradores corrientes constituían el 91 por 100 del total de 1818 compañías de seguros de vida en los Estados Unidos, en junio de 1971. La mayoría de los aseguradores corrientes eran pequeñas empresas que fueron constituidas desde

1950. La mayoría de ellas han sido organizadas en la región oeste-sur-centro de los Estados Unidos, particularmente en Texas, Lousiana y Arizona. Estos tres Estados tenían 679 aseguradores de vida en 1971 y 1/3 de todos los aseguradores. Otro Estado predominante fue Illinois, con 93, y Pensylvania, con 67. Otras razones para la gran expansión de los aseguradores corrientes se debe a la facilidad con que las compañías de seguros de vida pueden formarse en estos Estados, disponiendo los aseguradores de vida de ciertas ventajas en impuestos al declarar sus rentas sobre inversiones y una generosa disponibilidad de capitales para su inversión [7].

Por otro lado, las compañías mutuas en seguros de propiedad han progresado más rápidamente que los aseguradores corrientes, primordialmente porque las mutuas tienen la tendencia a especializarse en las modalidades de seguro (particularmente coberturas de automóviles) cuyos mercados han ido creciendo más rápidamente. Más aún, las mutuales usan diversos métodos para reducir el coste, lo que significa que el producto queda disponible a tarifas generalmente más bajas que las ofrecidas por los aseguradores corrientes.

En resumen, esta información indica que en el campo del seguro de propiedad los aseguradores corrientes son más importantes, mientras que en el seguro de vida predominan las compañías mutuas. En ambos campos, la clase dominante de asegurador ha estado perdiendo su relativa participación en el mercado total.

CANALES DE DISTRIBUCION EN MATERIA DE SEGUROS

En este campo se pueden adoptar muchas disposiciones para la distribución del contrato de seguro. Estas disposiciones se comparan a los canales seguidos por los bienes físicos. Por ejemplo, el seguro de vida generalmente sigue un canal directo y corto, mientras que el seguro sobre propiedad normalmente usa

[7] Debiera observarse, sin embargo, que las mutuas, que son más antiguas que las compañías corrientes, por lo general, poseían alrededor de dos tercios del activo de las compañías de vida de los Estados Unidos. La información se obtiene del *Life Insurance Fact Book* (Libro sobre hechos del seguro de vida) (Nueva York: Instituto del Seguro de Vida, 1972), páginas 88-89.

un canal indirecto y largo, con intermediarios. En algunos campos del seguro de propiedad, especialmente la cobertura de automóvil, se da un énfasis especial en los últimos años al uso de canales más directos. Explicaremos algunas de las razones para estos cambios.

Distribución directa

En el campo del seguro de vida, el canal de distribución es generalmente directo. Un vendedor, llamado agente o suscriptor de seguros, se pone en contacto con el consumidor e informa directamente al asegurador o a un intermediario comúnmente llamado agente general, quien a su vez informa al asegurador. La autoridad del suscriptor de seguros o agente es limitada; no puede llamarse un intermediario independiente, puesto que realmente es un empleado que trabaja con contrato y bajo la guía del asegurador o su representante.

Un agente general, en el seguro de vida, es un individuo empleado generalmente a nivel de contrato del Estado para entrenar y supervisar a los agentes bajo su control. El agente general, a veces, cobra primas y las remite a la casa matriz del asegurador; generalmente representa a un solo asegurador y trabaja a sueldo o a base de comisión. El agente general no es un intermediario independiente en el mismo sentido que un mayorista, pues el agente general no ejerce el control final sobre la emisión y los términos del contrato. No puede, normalmente comprometer a su compañía en la vigencia de un contrato ni ejercer ningún control sobre el importe de la prima. No tiene inversiones en el inventario ni tiene ningún negocio que él contrata ni tampoco tiene derecho legal para ejercer ningún control sobre los tenedores de pólizas, una vez que abandona el empleo de la compañía.

El sistema de distribución directa ha crecido en el seguro de vida debido a varios factores básicos:

1. **La necesidad del asegurador de mantener un control estrecho sobre «el producto» de la póliza.**
2. **La necesidad del asegurador de ejercer gran control sobre la promoción de ventas y competencia.**
3. **La compra infrecuente del seguro de vida.**
4. **La habilidad del agente para ganarse la vida por medio de la especialización.**

Necesidad de control estrecho sobre el producto.—El asegurador necesita mantener un control estrecho sobre el producto de la póliza debido a su complicada naturaleza, su larga duración y la relación fiduciaria entre el asegurador y el asegurado. Es conveniente tener un canal directo cuando se desea un control estrecho.

Necesidad de control sobre promoción de ventas y competencia.—El seguro de vida es muy competitivo. Las pólizas de muchas compañías que compiten por el negocio tienen naturaleza similar. De ahí que la promoción extraordinaria y la competencia sobre la base de ventas superiores a agentes, representan a menudo la diferencia existente entre crecimiento rápido o mediocre del asegurador de vida. El asegurador de vida puede ejercer mayor control sobre estos factores empleando un control directo de distribución.

Compra poco frecuente de seguros de vida.—No hay razones forzosas para que el seguro de vida se ofrezca como uno de los muchos contratos disponibles de un agente determinado, como sucede con el seguro de cosas. Una persona, generalmente, contrata el seguro de vida con menos frecuencia y tiene necesidad menor del servicio de reclamaciones, teniendo poco contacto diario con el agente en relación a los suplementos a las pólizas, solicitud de información y similares. Esto no implica que el agente de seguros de vida no rinda servicio una vez que el contrato se ha puesto en vigencia. El figura como representante local ante el asegurador, contesta preguntas y escribe cartas al asegurador de parte del asegurado, pero este servicio no le quita tanto tiempo como para necesitar de una gran firma comercial para hacerlo. Su tiempo está mejor empleado en obtener nuevas ventas para su compañía.

Mejores medios de vida a través de la especialización.—Generalmente para el agente de seguros de vida es más rentable trabajar especializándose en su campo que haciendo diferentes clases de seguros. El seguro es un tema complejo. Adecuar el seguro de vida a las necesidades del individuo forma parte del servicio profesional proporcionado por el agente. Se requiere un conocimiento profundo del tema para rendir la calidad de servicio que se espera del vendedor. Generalmente no se llega a ser un experto en todas las líneas del seguro; el agente más bien se concentra en una sola. Normalmente, el agente representa sólo a una compañía, debido a que ésta, generalmente,

ofrece todos los tipos de seguros de vida necesarios para las exigencias de su cliente y debido también a que el agente desea evitar la necesidad de familiarizarse con los manuales de tarifas y vencimientos de diversas compañías [8]. Esta situación requiere un canal directo de distribución, pues cada asegurador de vida puede generalmente distribuir sus contratos en un volumen suficiente dentro de un punto determinado, al menor costo, contratando representantes que cubran la región. No hay necesidad de contratar otros intermediarios para comercializar el producto.

Contratación directa del seguro sobre responsabilidad civil-propiedad.—En algunas líneas del seguro de propiedad se ha prescindido de los servicios del intermediario independiente y el contrato se comercializa directamente entre el asegurador y el asegurado, con o sin intermediario. Se venden directamente pequeños importes de seguro por correo y no se necesita ninguna clase de agente; todas las negociaciones se hacen entre la compañía de seguros y el consumidor. En la mayoría de los casos, no obstante, el asegurador emplea un representante para tratar el negocio, para solicitar propuestas o hacerse cargo del trabajo de documentos y, en general, para servir de contacto directo entre el asegurador y el asegurado. Los aseguradores que emplean este tipo de distribución se llaman *contratantes directos*. Aquí se incluyen algunos de los más importantes aseguradores de automóviles [9]. Los aseguradores directos tienen el mayor volumen en el campo de seguros de automóviles, pero se están extendiendo a otras líneas, tales como incendio sobre residencias y seguros sobre propiedades comerciales. En general, los aseguradores directos han hecho posible vender seguros a más bajo costo para el consumidor, y esto unido a una vigorosa campaña de propaganda, ha contribuido en gran manera a su éxito. El coste más bajo se logra, principalmente, por una contratación de seguros estricta y pagando unas asignaciones pequeñas al agente por la producción y atención del negocio. Por ejemplo, los aseguradores corrientes en Nueva York en 1949 pagaban un término medio del 14,4 por 100 sobre las primas a los agentes como comisión y gastos de corretaje en el campo del

[8] Hay una tendencia generalizada para que los agentes «ofrezcan» los negocios a través de otros aseguradores de vida y también a separarse del campo que no sea de vida. Sin embargo, no se dispone de la información exacta sobre la veracidad de esta indicación.

[9] Ejemplos son: State Farm Mutual, Allstate, Nationwide Mutual, Liberty Mutual y Farmers Insurance Group.

seguro de lesiones corporales ocasionadas por automóvil y 18,3 por 100 sobre primas de daños por responsabilidad civil a la propiedad que no fueran autos. Los aseguradores directos principales, por contraste, pagaban un término medio del 5 por 100 menos que estas cantidades. Diferencias similares existen en otras modalidades de seguros [10].

La explicación del crecimiento de las compañías que emplean canales directos de distribución se halla en algunas observaciones sobre los hábitos de compra del consumidor en el seguro y en otros campos. Como se indicaba anteriormente, los canales de distribución tienden a fijarse en un sistema de libre empresa, siempre que sean una alternativa eficiente. En el campo de mercaderías tangibles, la experiencia de la postguerra ha verificado el crecimiento de firmas de descuento que generalmente se concentran en la venta de las llamadas tiendas, que como venden a precios relativamente altos, sus compras son poco frecuentes, y por naturaleza son standardizadas sustancialmente. Estas casas aumentan mucho menos los precios de los productos que lo que se hace tradicionalmente, pero aun así ganan lo suficiente para justificar su existencia. Generalmente, no ofrecen al consumidor créditos u otros servicios que los competidores ofrecen y ahorran dinero de otra forma.

En la venta de seguros del automóvil existe una situación similar a la de las firmas de descuento. La comisión tradicional que se da a un agente independiente es el 15 por 100 de la prima. Esta asignación se otorga año por año, aunque el agente haya producido poco y después de haber obtenido el primer negocio. El tremendo aumento del número de automóviles en los Estados Unidos posibilita el mercado de masas en este campo y algunos aseguradores vieron la oportunidad de conquistar un importe grande mediante métodos eficientes para el desarrollo del negocio. Por consiguiente, se realizaron innovaciones tales como pólizas continuas, menores comisiones a agentes, facturación directa del asegurador al consumidor y oficinas de liquidación especializadas para tratar reclamaciones. La recompensa de estos innovadores fue un crecimiento relativamente grande. Por ejemplo, en el año 1969 cuatro grandes aseguradores directos cobraron aproximadamente el 25 por 100 de todo el volumen de prima del seguro sobre responsabilidad de automóviles, comparado con un importe insignificante durante los diez años anteriores.

[10] *1969, índices de siniestros y gastos* (Departamento de Seguro de Nueva York, 1970).

Distribución indirecta (sistema americano de agencia)

El canal de distribución para la mayoría de las líneas del seguro de propiedad es indirecto. Se usa el sistema del intermediario, comparable al del mayorista en las mercancías tangibles. Este sistema se denomina *sistema americano de agencia.*

En el seguro de propiedad, el intermediario más parecido al mayorista se llama agente general, mientras que el minorista se denomina *agente local o corredor.* Estos términos no deben confundirse con aquellos que se aplican en el campo del seguro de vida.

Agente general.—En el seguro de propiedad, el agente general, comúnmente, tiene una gran autoridad en la distribución del contrato de seguro. El no «es propietario» en el mismo sentido que el mayorista al inventariar las compras del fabricante; sin embargo, el agente general actúa en las mismas condiciones que el propietario al cumplir casi los mismos fines que un dueño. Por ejemplo, el agente general puede variar los términos del contrato en casos individuales; tiene autoridad suficiente para negociar el precio del contrato, en donde se le permita, según las leyes del Estado, fijar tarifas, y tiene autoridad sobre los términos del convenio de distribución con los agentes locales. Sus transacciones con el asegurador son casi de naturaleza bancaria. Su contrato exige producción sobre los términos generales convenidos y a una tasa de comisión dada. Tiene casi completo control sobre los negocios contratados y recurre a su asegurador para el pago de siniestros y para responder por los fondos de los tenedores de pólizas, para completar los requisitos de los comisionarios de seguros, y para efectuar convenios de reaseguros y similares. El agente general, como un mayorista, representa, generalmente, a más de una compañía.

Agente local o corredor.—El agente local, asimismo, es un intermediario independiente en el negocio de seguros de propiedades. Conocido como «minorista», negocia con el último consumidor del seguro. El agente local puede representar de 10 a 20 aseguradores distintos en su oficina. Tiene autoridad para comprometer a estos aseguradores en la mayoría de los contratos que suscribe. En la mayoría de los casos se le proporcionan formularios al agente, y tiene autoridad para suscribir una póliza en su oficina y entregarla al asegurado. El agente local «es

dueño» de los negocios que suscribe. Esto es, tiene derecho legal de acceso a los archivos del cliente y a solicitar la renovación de las pólizas. El asegurador no tiene derecho a dar información sobre renovaciones a otro agente. Si el asegurador cancela el contrato de agencia del agente local, generalmente el agente local renovará las pólizas de este asegurador con otro asegurador distinto y el antiguo asegurador poco puede hacer para impedirlo. El agente trabaja a base de comisiones. Tiene la responsabilidad de cobrar primas y después de retener su comisión remitir el saldo al agente general o al asegurador directamente. Los corredores operan en forma similar a los agentes locales, aunque legalmente representan al consumidor, no al asegurador.

Grandes oficinas de corretaje funcionan a menudo con carácter nacional o internacional, prestando sus servicios a organizaciones comerciales más grandes, cuyas operaciones son mundiales. Dichos corredores pueden desempeñar muchos de los servicios que normalmente realiza la casa matriz del asegurador, incluyendo suscripción de seguros, análisis de reserva de siniestros, tarifas, trabajo de prevención de siniestros, ingeniería y administración de reclamaciones. En realidad una gran oficina de corretaje puede preparar todo el programa de seguro para el cliente y luego comerciar el programa con los aseguradores interesados como un paquete a un precio determinado. Obviamente, sólo los grandes corredores están en situación de financiar servicios tan extensos y negociar con los aseguradores en nombre de clientes importantes para obtener el programa más conveniente de seguros al menor coste.

Sistema de sucursal.—A menudo un asegurador no utiliza un agente general, sino que trabaja directamente a través de agentes locales o establece una sucursal para tratar con estos últimos. Este plan se conoce como *sistema de sucursal.* Es similar a la sucursal de ventas del fabricante en el campo de mercancías tangibles. Este sistema da al asegurador un mayor control sobre la distribución de sus contratos que cuando usa los servicios de un agente general.

Es significativo observar que aunque el agente general pueda reemplazarse, sus funciones se transfieren meramente a la sucursal de oficina, tal vez a un menor costo. La sucursal desempeña las obligaciones que generalmente corresponden a un agente general. Por supuesto, una sucursal representa sólo una compañía en vez de varias, y en consecuencia puede prestar atención más especializada a los problemas de un asegurador

que la que presta una agencia general. Se obtiene además el mismo objetivo debido a que el gerente de oficina es asalariado, y por lo tanto, se pueden supervisar mejor sus actividades que las de una agencia general.

¿Está condenado a fracasar el sistema americano de agencia? Naturalmente, aquellos aseguradores y sus agentes que trabajan en el extenso canal de distribución tradicional están preocupados sobre el futuro de sus negocios, debido a que no hay lugar a dudas sobre la incursión de los suscriptores directos. Se han expresado opiniones en el sentido de que el sistema de agencia está condenado a fracasar, que es cuestión de tiempo que los suscriptores de seguros directos la absorban totalmente y que el agente independiente desaparezca de la escena competitiva. No obstante, antes que suceda un cambio radical vamos a examinar las bases económicas fundamentales del sistema de agencia independiente.

Ventajas del sistema de agencia para el cliente. El sistema de agencia creció porque se necesitaba distribuir eficientemente el producto del seguro. El sistema de agencia es muy eficiente para el consumidor, especialmente para el consumidor comercial. Un individuo podría gasta 10.000 dólares al año en 100 o más pólizas de diferentes seguros, pero para colocar este volumen de negocio entre muchos aseguradores mediante negociación directa perdería mucho tiempo y sería una tarea inútil. Sería imposible sin ayuda seguir la pista a los innumerables detalles necesarios y estar al corriente del conocimiento técnico necesario para colocar el negocio en la forma adecuada. Esto se comprende mejor comparando el problema del consumidor al contratar seguros con los problemas de compra de un minorista en alimentación. Un minorista puede almacenar hasta 6.000 partidas diferentes. Si tuviera que tratar directamente para conseguir estas mercancías con los representantes de los fabricantes, no tendría tiempo para dirigir su negocio, porque estaría obligado a tratar con un gran número de representantes.

Un agente independiente, que representa a varias compañías y recibe un flujo de información constante de sus aseguradores, puede proporcionar eficazmente ayuda profesional a sus clientes. El consumidor recibe una ayuda valiosa de parte de su agente, cuando ocurre un siniestro. El agente ayuda al asegurado a presentar evidencias del siniestro e interviene en su nombre cuando existen discrepancias. El agente puede ser un instrumento eficaz para ayudar al asegurado a obtener cobertura en riesgos que de otro modo le serían rechazados por un asegurador. Finalmente, el agente independiente ayuda al asegurado a preparar un buen programa de seguros.

Ventajas del sistema de agencias para el asegurador. El sistema de agencias ha evolucionado también, debido a que resulta económico para el asegurador. La mayoría de los aseguradores encontrarían costoso e indeseable tratar de nombrar un solo agente o tal vez dos en un territorio, como lo hace el asegurador de vida, con la esperanza de que estos agentes representen sólo a este asegurador en todos los negocios que el mismo espera desarrollar en el territorio. Hay muchas razones que explican la efectividad de esta afirmación.

Primero, la capacidad financiera de muchos aseguradores es tal que no pueden aceptar todos los negocios que se les ofrece en una localidad geográfica o industrial por temor a una indebida concentración de riesgos. Un asegurador podría rechazar el negocio ofrecido, sus agentes perderían comisiones y el consumidor tendría que ir de un lugar a otro tratando de conseguir la cobertura. Los asuntos son enormemente simplificados si el agente representa a varios aseguradores y puede así obtener mercados para todos los negocios que desarrolla.

En segundo lugar, si el asegurador acepta todos los negocios que se le ofrecen, es dudoso que el agente típico, si fuera asalariado, pudiera conseguir suficientes negocios que justificaran su salario en la región geográfica en la cual opera, o que le permitieran ganar una cantidad suficiente para vivir a través de comisiones que se le asignan corrientemente en la venta de seguros de propiedad. La prima de la póliza y la comisión en ramas de seguros de cosas son menores que en seguro de vida. Además, son tales los factores competitivos, que todo el volumen potencial de negocios en una comunidad está limitado en cuanto a cantidad y se divide entre tantos aseguradores como en el seguro de vida.

En tercer lugar, cuando un asegurador entra en un territorio determinado, debe ofrecer ciertos servicios mínimos al consumidor, tales como tramitar las reclamaciones, cobrar primas, extender créditos y contestar las consultas de los tenedores de pólizas. Se espera que el asegurador se haga cargo de estos miles de detalles, lo que no podría hacer directamente. Es más, el asegurador no está en condiciones de realizar estas funciones a través de un representante asalariado hasta que el volumen de negocios en una región específica haya crecido lo suficiente que justifique el gasto.

Perspectivas del sistema de agencia y seguro directo. El seguro directo tiene tendencia a crecer en las zonas donde existe un mercado de masas para productos standardizados que requieren un servicio continuo mínimo. Puesto que estas condiciones no existen en todas las áreas del seguro, particularmente en el mercado industrial, es muy dudoso que los aseguradores directos conquisten todo el mercado. La tendencia será que los aseguradores se hagan cargo de algunos de los servicios que actualmente realizan los agentes y corredores, y reducirán las comisiones. Esto ya ha ocurrido en algunos puntos. Parece poco probable, sin embargo, que el sistema de agencia independiente se reemplace por la suscripción directa, a no ser que el negocio de seguros sobre propiedad llegue a ser más concentrado de lo que lo es ahora y a no ser que se presenten otras condiciones básicas que actualmente parecen poco probables, como predijo una autoridad en la materia que tratamos [11].

Las compañías de agencia están bajo la presión de rebajar costes; los aseguradores directos, bajo la presión de dar más servicio. El resultado final probablemente será, no la desaparición de cualquiera de ellos del sistema de comercialización, sino el mejoramiento de cada uno.

● RESUMEN

1. Entre los pre-requisitos para la prosperidad de la institución de seguros figuran: el sistema económico de libre empresa, una sociedad industrializada y altamente desarrollada y un sistema legal honesto y bien organizado.
2. Hay dos formas legales predominantes adoptadas por los aseguradores: las sociedades anónimas y las mutuas. El seguro de propiedad está dominado por las sociedades anónimas, mientras que el seguro de vida está dominado por las mutuas. Sin embargo, en ambos ramos del seguro predominan las formas minoritarias de aseguradores Lloyds y recíprocas. Como clases de aseguradores, realizan una parte insignificante del total de los negocios en los Estados Unidos.
3. Basándose en las primas cobradas, el seguro personal (coberturas que comprenden el riesgo de pérdida de la renta de una persona) es más de tres veces mayor que el seguro de propiedad (coberturas que comprenden el riesgo de pérdida en la propiedad de una persona). Los aseguradores gubernamentales perciben el 42 por 100 del total de primas de seguros cobradas, y los aseguradores privados reciben el 58 por 100 restante.
4. En general, hay dos métodos básicos de distribución de servicios de seguros. El primer método —distribución directa— se usa predominantemente en el seguro de vida y comprende la ocupación de representantes semi-independientes, cuya autoridad es limitada. El segundo método —distribución indirecta o Sistema Americano de Agencia— sigue el modelo de distribución al consumidor de mercancías tangibles, ocupando intermediarios que trabajan en negocios independientemente.
5. Aunque el método de distribución del seguro directo está ganando importancia en ramos donde es posible usar contratos estandardizados y ventas en gran escala, el Sistema Americano de Agencia continúa predominando en el ámbito de la distribución de seguros, debido a que goza de ciertas ventajas básicas. Indudablemente, ambos sistemas continuarán codo con codo en las perspectivas futuras.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. ¿Por qué prospera más el seguro en una economía industrializada que en una economía agrícola? ¿Qué otras condiciones parecen ser necesarias para un sólido crecimiento del seguro? Discuta las razones de cada caso.
2. Benjamín Franklin organizó la primera compañía de seguros, llamada «Philadelphia Contributionship for Insuring Houses from Loss by Fire» (Contribuidora Philadelphia para asegurar casas contra siniestros por incendio). Al principio se pensó que la gente se uniría voluntariamente al grupo, pero no resultó así. Se vio la necesidad de una enérgica preocupación. ¿Qué

[11] Chester M. Kellog, «Present insurance outlook» («Perspectiva actual del seguro»), documento presentado en la conferencia de Compañías Mutuas de Accidentes (Lake Denton, Wisconsin, Junio 6, 1956).

condiciones faltaban en tiempo de Lincoln para el rápido crecimiento del seguro?

3. (a) ¿Cuáles son las dos clases principales de seguros? Explique la lógica fundamental de la clasificación de los seguros usada en este capítulo. (b) ¿Qué clase de seguros es más importante desde el punto de vista de ingreso de primas? ¿Qué razones sugeriría usted para las conexiones observadas?
4. Para muchos, el seguro de incendio es la clase más importante de seguros de todos los seguros de propiedad. Esto era efectivo antes de 1940. ¿Es esto todavía válido? Explíquelo.
5. Al asegurador mutuo se le ha llamado «comunista» en concepto, porque no hay accionistas. Las mutuas alegan contra este cargo la afirmación de que la ganancia es el motivo de los organizadores de las sociedades anónimas. Evalúe estos argumentos.
6. (a) ¿Se encargan las mutuas de las valoraciones?
   (b) ¿Qué ventajas y desventajas existen para el tenedor de pólizas al estar sujeto a las valoraciones?
7. ¿Qué razones motivaron la formación de mutuas industriales?
8. ¿Por qué las mutuas de industrias no suscriben riesgos pequeños?
9. ¿Qué problemas existen en las «fraternales» respecto a ofrecer una póliza a prima fija? Explique.
10. ¿Qué peligros existen en la forma recíproca de organización?
11. Tanto en las «recíprocas» como en las asociaciones Lloyds, los aseguradores son individuos. ¿Qué diferencias significativas existen entre los individuos en las dos formas de organización?
12. Lloyds de Londres opera principalmente en el mercado de excedentes. Explique qué significa «línea de excedentes».
13. Lloyds de Londres tiene un récord distinguido de estabilidad financiera durante muchos años; en cambio, el Lloyds americano no goza de un récord similar. Explique las razones más significativas de esto.
14. ¿Qué tendencias caracterizan la participación del mercado de sociedades anónimas y mutuas en los seguros de propiedad y de vida? ¿Puede usted sugerir alguna razón para estas tendencias?

15. ¿Hasta qué punto se comparan los canales de distribución en el seguro con los de comercialización de mercancías tangibles? Explique.
16. ¿Por qué se deben estudiar los canales de distribución para mercancías tangibles para el seguro? Explique.
17. Explique las diferencias entre un agente general en el seguro de propiedad y en el seguro de vida.
18. ¿Por qué es el seguro directo típico del seguro de vida, pero excepcional en el seguro de propiedad?
19. ¿Ocupa el Sistema Americano de Agencia un canal largo de distribución, o uno corto? ¿Fracasará este sistema por el procedimiento de los aseguradores directos? Analice.
20. ¿Qué servicios presta a los compradores el intermediario minorista?
21. (a) ¿Es el revendedor de seguros tan importante para un consumidor individual como lo es para un gran comprador industrial? Explique el porqué.
    (b) ¿Es análoga la situación en el campo de los bienes de consumo?
22. ¿Qué servicios presta el revendedor de seguros a la compañía de seguros?

6
Selección de Asegurador

El capítulo precedente trata sobre las diversas formas de organización legal de los aseguradores y estudia sus diferentes sistemas de distribución. Surge la siguiente pregunta: ¿Cómo decide uno cuál es la mejor clase de asegurador y qué sistema de distribución es el más adecuado?

Tal vez la primera reacción al enfocar el problema de seleccionar un asegurador es simplemente ignorarlo. Este es probablemente el comportamiento más generalizado. El raciocinio se basa en que no existen grandes diferencias entre los aseguradores desde el punto de vista del comprador, o si hay diferencias no vale la pena el tiempo, el gasto y las molestias de hacer un análisis inteligente de sus diferencias. Pensar de esta forma puede resultar caro y a veces peligroso. Como se explicará más adelante, no todos los aseguradores son iguales en materia de costes de seguro, solidez financiera, calidad y cantidad de los servicios. La importancia financiera de los gastos de seguros es manifiesta cuando se recuerda que los gastos en las diferentes clases de seguros durante 1970 totalizaron cerca de 132.000 millones de dólares (tabla 5-1). Es posible hacer economías significativas mediante una selección científica de aseguradores y el no preocuparse del problema puede conducirnos a contratar seguros con un asegurador insolvente.

El problema de una selección inteligente de aseguradores es complicado debido a las peticiones y contrarreclamaciones de los diferentes tipos de compañías que ofrecen seguros. Por

ejemplo, parece que hay un argumento sobre las ventajas entre los aseguradores corrientes y las mutuas. Cada clase de asegurador reclama la superioridad sobre el otro. Las mutuas, por ejemplo, argumentan que, puesto que ellos no tienen accionistas, pueden operar a costes inferiores que otros tipos de aseguradores, porque no tienen margen de beneficios en la estructura de sus primas. Algunas mutuas también argumentan que tienen una administración más eficiente y que están más inclinadas que las compañías anónimas a velar por los intereses de los asegurados. Las sociedades anónimas, por otro lado, mantienen que las aportaciones de capital hechas por los accionistas dan una solidez mayor a su organización. Más aún, las sociedades anónimas dicen que, puesto que los accionistas asumen el riesgo, absorben tanto los siniestros como los beneficios. Esto beneficia al tenedor de póliza, que está asegurado a una prima fija, no sujeta a ajuste, y a un contrato fijo que no puede cambiar de ninguna manera, cosa que no ocurre en el caso de las mutuas.

Aunque estos argumentos suscitan ciertas preguntas que debemos examinar, no puede llegarse a una resolución final de la controversia, a pesar de los estudios que se han hecho en torno al problema. Más bien, este capítulo tratará de ofrecer ciertas normas para enfocar el problema de la selección del asegurador.

SELECCION DE ASEGURADORES DE RESPONSABILIDAD CIVIL-PROPIEDAD

Desde el punto de vista del comprador, hay cuatro factores principales que considerar en la selección del asegurador:

A) Disponibilidad de cobertura.

B) Coste de cobertura.

C) Solvencia financiera y estabilidad del asegurador.

D) Cantidad y calidad del servicio ofrecido, tanto por el asegurador directo como a través del sistema de agencia que emplee.

Al hacer comparaciones sobre estos temas, debe tenerse un gran cuidado. Un asegurador que ofrece una prima más baja

que otro asegurador puede estar compensándola por medio de la reducción en la cantidad de servicio, tal vez a costa de su solidez financiera. De ahí que todos estos cuatro factores deben estudiarse antes de llegar a cualquier conclusión.

Disponibilidad de cobertura

Antes de proceder a hacer cualquier comparación de costes, solidez financiera, o servicio, el primer paso para una selección inteligente de asegurador es encontrar un grupo de ellos que estén dispuestos a ofrecer contratos comparativos al solicitante bajo condiciones que sean satisfactorias. No todas las compañías dan toda clase de facilidades o tienen contratos de todo tipo de seguro [1]. Si hay sólo uno o dos aseguradores disponibles, el problema se simplifica considerablemente. Más aún, algunos aseguradores rehusan, aun con una prima adicional, suprimir o agregar ciertas condiciones que desea el asegurado. Esto estrecha más el campo de selección. Finalmente, al revés de lo que piensa la mayoría de los inexpertos, muchos aseguradores pueden no tener interés en aceptar la socilitud del asegurado a la tarifa que les es permitido cobrar, porque el asegurado puede no reunir las normas mínimas del seguro o porque la clase particular del negocio no le produce utilidades al asegurador. Así, por ejemplo, los conductores de cierta edad pueden considerar un riesgo que no ofrece utilidad y algunas compañías lo rechazan.

Coste de cobertura

Debido a la gran variación que existe en los contratos de seguros y servicios entre los aseguradores, es difícil, generalmente, hacer comparaciones precisas de los costes del seguro. Este es un servicio en que el coste debe estimarse anticipadamente por el asegurador. Puede esperarse una variación considerable entre los cálculos o los presupuestos de los aseguradores. En muchos casos, los cargos excesivos por reservas de contingencia se devuelven al asegurado en dividendos o bajo varios tipos de fijación del precio (ver capítulo 26 para discutir los precios del seguro). En otros casos, la prima inicial es fija

[1] Por ejemplo, hay sólo dos aseguradores en los Estados Unidos actualmente que ofrecen el seguro de crédito interno, el tipo de cobertura contra falta de cumplimiento de los deudores en pagar sus obligaciones. La falta de disponibilidad de cobertura contra el crimen en algunas áreas ha hecho que el gobierno federal ofrezca este seguro.

y no se espera dividendos o ajuste de primas. Es muy difícil cuantificar los variados aspectos del seguro; sin embargo, vale la pena examinar varios métodos de comparación de coste y analizar sus limitaciones. Estos incluyen:

1. Comparación directa de primas brutas.
2. Comparación de primas brutas, menos dividendos estimados.
3. Comparación de eficiencia operativa.

En la discusión siguiente se supone que no existen mayores diferencias en las estipulaciones contractuales, calidad de servicios de agencia, solidez financiera del asegurador u otros factores de importancia para el comprador de seguros al tomar su decisión.

Comparación de precios directos.—Si no hay dividendos ni otros ajustes de prima que considerar, y todas las demás cuestiones de importancia sobre la transacción de seguros son aproximadamente iguales, parece evidente que el asegurado debe elegir la póliza de seguros al precio más bajo. Debido a la complejidad de la materia a menudo hay que tener valor para aceptar el precio más bajo. Es fácil para un vendedor de seguros experimentado tratar de confundir la cuestión del precio, puntualizando las muchas otras formas en que su póliza o compañía en particular difiere de la de su competidor. Para que el asegurado pueda tomar una decisión inteligente, no tiene otra alternativa que un análisis cuidadoso de los hechos. Un factor que puede engañar a un asegurado en el asunto de precios es el de «rebajas a pérdida». Por ejemplo, un asegurador puede ofrecer la prima más baja en el primer año en un intento de «comprar» el negocio, en la misma forma que un minorista hace propaganda sobre «rebajas o pérdida» para poder atraer a la gente a su negocio. Luego, en los años siguientes, después de que el tenedor de pólizas es su cliente, puede subir la prima, eliminar algunos servicios, o liquidar las reclamaciones excesivamente ajustadas, restringir las estipulaciones contractuales en la renovación, y otros métodos para hacer el negocio más beneficioso.

Primas menos dividendos.—Como se ha dicho anteriormente, algunos aseguradores cobran deliberadamente una prima más alta que la que creen absolutamente necesaria para prever algunas contingencias. Así anticipan devolver cualquier exceso al grupo asegurado en forma de dividendos o de reducción de primas en la renovación de la póliza. Al seleccionar aseguradores de este tipo, el asegurado debe considerar las tablas de dividendos estimadas, incluyendo plazo y forma de dividendo, para decidir qué precio es el más bajo. En el seguro de vida no es raro encontrar que las primas de los aseguradores mutuos que ofrecen pólizas de «participación» sean hasta el 20 por 100 más altas que las primas cobradas por los aseguradores que ofrecen pólizas sobre una base de «no participación». En el seguro sobre la propiedad, los dividendos pueden darse como una devolución de primas en exceso, o pueden distribuirse sólo si la póliza se renueva con el mismo asegurador. Es importante darse cuenta que el asegurador nunca garantiza los dividendos, sólo los prevé.

La experiencia sugiere que las tablas de dividendos publicadas por el asegurador como típicas de lo que se ha pagado en el pasado pueden variar considerablemente con la experiencia real del futuro. Estas variaciones no pueden predecirse muy bien, por lo que el asegurado está siempre sujeto a la incertidumbre de precios cuando compra contratos que pagan dividendos. Sin embargo, mientras más cerca esté la prima inicial de dicho contrato de la prima cotizada por otro asegurador sin promesa de un dividendo, más seguro está el contratante que tiene poco que perder al aceptar la póliza que paga dividendos. Al menos, en este caso, tiene la oportunidad de obtener su cobertura a un coste final más bajo si la situación financiera del asegurador es favorable.

Eficiencia operacional.—Un método para juzgar los costes de seguro es comparar a los aseguradores según la eficiencia operativa interna, en la idea de que mientras más eficiente sea el asegurador, a la larga será el más barato y el mejor. Este método puede ayudar para tomar una decisión en la elección del asegurador cuando hay dudas respecto a la decisión correcta, aún después de analizar las variantes correspondientes. La eficiencia de operación interna puede ser difícil de juzgar, pero pueden observarse algunas indicaciones en las relaciones entre gastos y siniestros y utilidades netas en seguros. La utilidad en seguros es igual a 100 menos la suma de la relación de pérdidas y gastos.

La relación de gastos es la relación que hay entre todos los gastos y primas devengadas. Los antecedentes de estas relaciones se publican anualmente por la mayoría de los aseguradores por línea de seguros y se prestan a una fácil comparación. Algunos aseguradores han podido reducir gastos grandemente a

través de un mejor control de los costes, automatización y reducción en las comisiones de agencias. Consideremos la relación de gastos publicados en el campo del seguro contra riesgos múltiples de hogar durante 1969 de los principales aseguradores [2]

Asegurador	1.	37,1
»	2.	30,1
»	3.	41,8
»	4.	45,7
»	5.	46,4
»	6.	41,1
»	7.	39,6

La variación en los gastos es muy grande, desde 30,1 por 100 a 46,4 por 100. Los gastos de algunos aseguradores llegaban al 75 por 100. Si el asegurador 2 cuyos gastos son 30,1 por 100 y el asegurador 5, cuyos gastos son 46,4 por 100 ofrecen al asegurado una idéntica prima, el asegurado puede pensar, ¿cómo es posible que el asegurador 5 pueda ofrecer un grupo de productos y servicios idénticos? Una investigación más minuciosa hará que acepte la propuesta del asegurador 2, a no ser que encuentre que el asegurador 5 ofrece más servicios, liquidación de reclamaciones más generosa, o algún otro factor distintivo que favorezca la diferencia en los servicios que preste.

El índice de siniestros de un asegurador es la relación entre siniestros acaecidos y primas devengadas. Cuanto mayor sea esta relación más grande es el porcentaje que el grupo asegurado recibe de su dólar de prima. Podría parecer que los aseguradores con índice de siniestros altos serían los preferidos. Sin embargo, el asegurador debe poder tener un beneficio en el seguro; en otro caso su habilidad para continuar en el negocio quedaría perjudicada. Si el índice de siniestros amenaza las utilidades del asegurador, es probable que dicha relación sea un presagio de un aumento de primas o de una reducción en los servicios en un futuro. Así, cualquier ahorro inicial del asegurado por primas más bajas puede perderse pronto. Sin embargo, si un asegurador tiene una media del 85 por 100 de índice de siniestros, un 10 por 100 de gastos y una ganancia del 5 por 100, puede preferirse a otro asegurador en la misma línea cuyo índice de siniestros sea del 50 por 100, índice de gastos del 45 por 100 y cuya ganancia en seguros sea el 5 por 100. El primer asegurador es muy

[2] *Relaciones de siniestros y gastos* (Departamento de Seguros de Nueva York, 1970), págs. 26-27.

posible que ofrezca tasas más bajas, coberturas más amplias o ambas cosas a la vez.

Ahora revisaremos los índices de siniestros, índices de gastos y ganancias en seguros de siete aseguradores mencionados más arriba, en el campo del seguro contra riesgos múltiples del hogar en 1969 [3].

Asegurador	Indice de gastos	Indice de siniestros	Ganancia neta en seguros
1	37,1	59,7	3,2
2	30,1	57,0	12,9
3	41,8	63,1	—4,9
4	45,7	69,7	—15,4
5	46,4	64,4	—10,8
6	41,1	50,9	8,0
7	39,6	68,2	—7,8

El asegurador 2, que tiene el más bajo índice de gastos, no tiene la más alta relación de siniestros, pero tiene, sin embargo, la mayor ganancia del grupo. El asegurador 5, que tiene el más alto índice de gastos, no tiene el índice más bajo de siniestros, pero, sin embargo, tiene el segundo índice más alto de siniestros del grupo y el segundo también en pérdidas más grandes en el seguro. ¿Qué asegurador tiene la mayor eficiencia operacional y por lo tanto más probabilidad de ofrecer servicios de seguro en la forma más económica? Parece evidente que el asegurador 2, con la mayor ganancia en el seguro, estará en mejores condiciones de ofrecer primas más bajas y coberturas más amplias en el futuro. El asegurador 4, con gastos de operación altos y una manifiesta falta de control sobre siniestros, tendrá que aumentar las primas, reducir la cobertura o suprimir gastos en el futuro. Si las primas cobradas por estos dos aseguradores son más o menos iguales, el comprador debería contratar la cobertura con el asegurador relativamente más eficiente, el 2.

Sociedades anónimas «versus» Mutuas.—Uno puede preguntarse si un asegurado está mejor «acomodado» financieramente con una compañía mutua o con una sociedad anónima. Como

[3] *Ibid.*

indicamos en el Capítulo 5, el principal argumento de las mutuas es que operan al costo, puesto que pertenecen a los tenedores de pólizas, mientras que las anónimas operan para obtener un beneficio. A pesar de las ventajas teóricas de las mutuas en este aspecto, un examen de los siniestros pagados y las relaciones de gastos revelan una diferencia poco consistente, en la mayoría de las líneas del seguro, entre las sociedades anónimas y las mutuas. Las mutuas tuvieron la tendencia de obtener ganancias de seguros más altas que las sociedades anónimas durante muchos años, pero menos ganancias en otros. Por ejemplo, durante el período 1960-64, las mutuas se desarrollaron mejor que las anónimas en el campo del seguro contra riesgos múltiples del hogar. Pero durante el período 1965-69 estaban casi iguales que las anónimas, al medirse las ganancias netas en el seguro [4]. En la cobertura de incendio básico las mutuas parecen tener ganancias en el seguro mayores que las anónimas, pero en otras líneas no mantienen este récord.

Una conclusión justa sería que la forma particular de organización no garantizaría a un grupo asegurado una mayor ventaja en el coste o una ganancia eficiente a la larga. Las mayores diferencias en eficiencia parecen provenir, principalmente, de los ahorros en el coste de distribución, en la selección más científica de riesgos y en el uso de la automatización para perfeccionar y contabilizar los registros internos. También debe recordarse que los factores principales como la solidez financiera y la calidad de los servicios prestados deben tener una consideración importante. Estos factores se estudian más adelante. En otras palabras, antes de seleccionar un asegurador sobre la base de costes más bajos, hemos de determinar las razones básicas para estos costes bajos, y entonces decidir si cualquiera de estas razones pueden serle perjudiciales.

Solvencia financiera y estabilidad del asegurador

No es conveniente obtener el seguro a un coste más bajo a expensas de la solidez financiera de un asegurador. El interés principal que se debe tener en cuenta al comprar el seguro es una garantía de compensación por la pérdida cubierta. Si la política financiera, las primas inadecuadas, o unas normas deficientes del seguro ponen en peligro el fondo destinado a siniestros, puede sucederle a una persona haber tenido un seguro

[4] *Ibid.*

durante años sin ningún objeto, porque cuando ocurre el siniestro el asegurador está en bancarrota. De poco consuelo sirve la ventaja relativa de haber obtenido primas iniciales bajas [5].

El comprador de seguros no debe suponer automáticamente que el asegurador en que coloca su negocio existirá necesariamente cuando ocurra el siniestro. En un estudio, se demostró que en 1958 había 3.421 aseguradores en los Estados Unidos que cubrían seguros sobre la propiedad y de responsabilidad civil [6]. En 1967 el número había bajado (el 21 por 100) a 2.701. La mayoría de la baja correspondió a los aseguradores mutuos [7]. Pero 265 aseguradores de sociedades anónimas (como 1/4 del total), también abandonaron el negocio, siendo reemplazados por otros 312. De las sociedades anónimas que abandonaron el negocio, el 54 por 100 se fusionaron con otros aseguradores o se convirtieron en otro tipo de negocios, mientras que el 46 por 100 abandonó debido a liquidación voluntaria o forzosa. El estudio revela una relación estrecha entre las fluctuaciones entre los siniestros de seguros y la desaparición de compañías aseguradoras. La lección parece interesante en el sentido de que el comprador de seguro debe prestar a la estabilidad financiera y a la solvencia del asegurador una gran atención.

Análisis del estado financiero.—El análisis de la solidez financiera de un asegurador se funda en los mismos principios básicos comunes al tipo de estudio de cualquier entidad o cooperativa. Se aplica el análisis de estado financiero convencional, pero para encajar los conceptos del seguro técnico en los moldes de tal análisis son necesarios algunos ajustes que ahora se explican. En cualquier balance de empresa, el analista que busca

[5] Según el *Wall Street Journal*, entre 1939 y 1955, cerca de 140 compañías de seguros fracasaron en Texas; más que en todos los demas Estados juntos, en el mismo período. Entre 1956 y 1957, otras 51 compañías fracasaron y se espera un número mayor. Texas tiene alrededor de un tercio de todos los aseguradores registrados en los Estados Unidos, tanto como cuatro veces la clasificación del segundo, Nueva York. No todas las compañías que fracasan ocasionan pérdidas a los tenedores de pólizas, naturalmente, debido a que otras compañías aseguradoras se hacen cargo del negocio. *Wall Street Journal* (Mayo 2, 1957), pág. 20.

[6] Robert E. Nelson, «Property-liability company exits» («Desaparición de compañías de propiedad-responsabilidad civil), *Journal of risk insurance* (Periódico de riesgo y seguro), Vol. 38, núm. 3 (Sept., 1971), págs. 357-358.

[7] Esta declaración no implica que los aseguradores mutuos sean menos estables que los aseguradores corrientes. Por ejemplo, hay muchas compañías que se dispersan por no ser necesarias en las zonas donde funcionan, así por ejemplo: regiones agrícolas donde las pequeñas parcelas quedan integradas en unidades más grandes.

una guía para la solvencia financiera generalmente dirige su primera atención a la cantidad de deuda indicada en relación al valor neto de la empresa. Las deudas demasiado altas indican una posible incapacidad de pagar intereses o de devolver el capital en épocas de depresión, con el consiguiente descrédito. Así, la relación entre valor neto y deuda es un instrumento común en el análisis del estado financiero. Dicha relación se calcula, generalmente, sobre un período de años para hallar cualquier giro adverso, y, generalmente, se compara con la de firmas similares, para así encontrar cualquier desviación del término medio.

Para las compañías de seguros sobre la propiedad y la responsabilidad civil, la relación entre valor neto y deuda es probablemente el índice más significativo que se utiliza. Es también uno de los índices más usados en los balances de compañías de seguros, en que el término «Valor neto» es generalmente llamado «excedente de tenedores de pólizas» y el de «deuda» consiste en la suma de obligaciones diversas. El mayor término de deuda en el balance de los aseguradores de incendios, por ejemplo, se llama «reserva de primas no devengadas». Una autoridad en la materia, Roger Kenney, insiste en que para existir una solidez satisfactoria, el índice de excedente de tenedores de pólizas en relación con la reserva de primas no devengadas, debe ser al menos 1:1, a no ser que existan razones que permitan un índice más bajo[8]. El índice de 1:1 significa un margen de seguridad del 100 por 100 en la reserva de primas no devengadas.

El índice Kenney parece ser la ayuda más importante para analizar un balance, si se aplica para interpretar la relación entre excedentes de tenedores de pólizas y obligaciones totales, más que para aplicarlo sólo a la reserva de primas no devengadas, que es una de las cifras del pasivo que aparecen en el balance del asegurador. La mayoría de los aseguradores no están tan especializados como para asegurar una sola clase de seguros, ni es tan común como lo era antes que los tenedores de pólizas paguen anticipadamente 3 ó 5 años de cobertura. Por lo tanto, la reserva de primas no devengadas no es una proporción tan grande de la deuda total como lo era antes y ya no es tan básico considerarla como representativa de la deuda total, como sugiere Kenney.

[8] Roger Kenney, *Fundamentals of fire and casualty insurance strength* (Fundamentos de la solidez del seguro de incendio y accidentes) [Dedham, Massachusetts: Kenney Insurance Studies (Estudios de Seguro Kenney), 1957], pág. 37.

¿Qué luz nos da la relación entre valor neto y deuda sobre la estabilidad financiera de aseguradores de propiedad y responsabilidad civil? El raciocinio de la relación puede explicarse como sigue: Las partidas de deuda en el balance del asegurador representan cantidades que deben devolverse a los tenedores de pólizas. Las dos partidas más importantes son: reserva de primas no devengadas y reserva de siniestros. Como su propio nombre indica, reserva de primas no devengadas representa primas pagadas anticipadamente por coberturas no devengadas por el asegurador. Si la póliza se cancela, estos pagos anticipados de primas deben devolverse al tenedor de pólizas en efectivo. Puesto que el asegurador o el asegurado pueden cancelar la póliza en cualquier momento, los fondos deben mantenerse en una forma bastante líquida, y son generalmente invertidos en bonos u otros valores negociables o se mantienen en efectivo. Las reservas de siniestros representan estimaciones de cantidades que deben pagarse por siniestros, una vez que el asegurador conoce el importe preciso, y son liquidadas mediante el pago efectivo del siniestro.

Puede observarse que las partidas principales de deudas en el balance de un asegurador representan las cantidades adeudadas a los tenedores de pólizas. No representan deudas a largo plazo, como los bonos. El activo que responde por estas obligaciones debe ser en todo tiempo suficiente y lo ideal sería que hubiera un margen de excedente. La relación de 1:1 entre valor neto y deuda sugiere que el 100 por 100 es un margen conveniente; es decir, por cada un dólar de deuda, hay también un excedente de un dólar; de ese modo, en caso de depresión comercial u otros hechos que reduzcan el valor del activo, siempre habrá una cantidad suficiente para cumplir las obligaciones del asegurador hacia sus tenedores de pólizas.

Algunos analistas creen que un margen de 1:1 es muy conservador, puesto que el activo se invierte normalmente en valores líquidos y pueden convertirse rápidamente en efectivo. Más aún, el asegurador puede usar los ingresos corrientes para liquidar deudas. Creen que la relación entre excedentes y deuda puede disminuir sin peligro más abajo del 1:1 sin perjudicar la situación de los tenedores de pólizas. Con relación tan conservadora se reduce la capacidad de la industria del seguro para aceptar nuevos negocios más abajo de lo que podría ser y esto tiende a impedir que el negocio del seguro cumpla sus obligaciones de expansión al ofrecer coberturas al público.

¿Cuál es la relación corriente entre valor neto y deuda para la industria de seguro respecto a propiedad y responsabilidad

civil? En 1970, esta industria tenía en los Estados Unidos alrededor de 55.000 millones de dólares de activo, 19.000 millones de excedente, y 36.000 millones de obligaciones para con los tenedores de pólizas. Por lo tanto, la relación para la industria en su totalidad era de 19:36 o aproximadamente 0,53:1 en vez de 1:1. Aparentemente, los dirigentes de la industria son menos conservadores que las normas tradicionales de solvencia financiera, según sugiere la relación de valor neto a deuda.

Kenney sugiere otro standard de solvencia financiera: que la relación entre primas suscritas y excedentes de tenedores de pólizas no debiera exceder de 2:1. Esto es, los aseguradores de propiedad y responsabilidad civil no debieran aceptar más de dos dólares en volumen de primas nuevas por cada dólar de excedente de tenedores de pólizas. La razón de esta relación es que el volumen de primas nuevas representan una responsabilidad potencial hacia los tenedores de pólizas por pagos de siniestros y devoluciones de primas en caso de cancelación de las pólizas. De ahí que el volumen de prima se convierte en medida de sustitución de la deuda. El seguro de propiedad y responsabilidad civil en los Estados Unidos suscribió 31.000 millones de dólares en primas durante el año 1970. Puesto que el excedente para toda la industria fue de 19.000 millones de dólares, puede observarse que la relación de excedente de prima de 1,6:1 fue ligeramente más conservador que lo que sugiere el standard de Kenney de 2:1.

Las relaciones entre primas y excedentes de los aseguradores referidos anteriormente fueron, respectivamente, 1,9, 2,7, 0,75, 0,50, 14,1 y 1,3. El término medio fue 3:1, pero si se excluye el gran asegurador que suscribe 14 dólares de primas por cada dólar de excedente, la relación para los seis aseguradores restantes da un promedio de 0,9.

Podríamos llegar a la conclusión de que los índices de estados financieros son sólo guías para determinar la solvencia del asegurador y debieran utilizarse en conjunto con otros factores. Si el índice que caracteriza a un asegurador determinado está muy distante de los promedios de la industria, el comprador de seguros queda advertido para examinar con mayor detalle a ese asegurador, en particular para buscar las razones de la desviación; si no hay ninguna aparente, podría sospecharse de ese asegurador en cuanto a su solvencia potencial. Por ejemplo, un asegurador que no tiene índices conservadores puede estar protegido por convenios de reaseguro o por garantías de una compañía filial. Por lo tanto, puede ser aceptable a pesar de estos índices.

Para ilustrar el análisis del estado financiero como un instrumento en la selección de asegurador, consideremos el siguiente caso: en 1969 cierto asegurador tenía un activo total de 3.494.000 dólares, excedentes de tenedores de pólizas de 478.000 y reservas de siniestros y primas no devengadas por un total de 3.000.000 de dólares. En tres de los últimos cinco años, las pérdidas en seguros totalizaron 625.000 dólares, y la pérdida en el último año ascendió a 202.000. La Compañía tuvo pequeñas ganancias en seguros durante los dos años. Los ingresos en inversiones en los últimos cinco años totalizaron 500.000 dólares, de los cuales 70.000 correspondían al año último.

Los siguientes índices pueden calcularse rápidamente de estas cifras: primas suscritas a excedentes de tenedores de pólizas, 7:1; excedentes de tenedores de pólizas a obligaciones, 0,16:1. Estos dos índices son menos conservadores, en un gran margen, que el promedio de la industria. El asegurado potencial está advertido. Si el activo disminuye su valor en un 14 por 100, el excedente «queda eliminado» (478.000 + 3.494.000 = 13,7 %). Puede razonarse que el último año la compañía perdió en seguros una cantidad igual a aproximadamente el 42 por 100 del excedente de sus tenedores de pólizas, y que si esta situación continúa su excedente puede estar en peligro. Aunque la renta por inversiones contribuyó grandemente a contrarrestar las pérdidas en seguros en el pasado, fue todavía insuficiente para el año 1969, y un mal año podría arruinar a la Compañía. A. M. Best Co. clasificó a la Compañía bajo C, la clasificación más baja de tenedores de pólizas (ver discusión más abajo). Claramente, el análisis del estado financiero ayudó al asegurado a ver los peligros que podían surgir al asegurarse en esta compañía en particular.

Clasificaciones de Best.—Un enfoque interesante para considerar los factores relevantes que permitan juzgar la solidez financiera de un asegurador, se ilustra con las clasificaciones financieras dadas por Best [9]. Las clasificaciones tratan de medir

[9] Véase *Best's insurance reports* (Informes de seguros de Best), o un resumen de diversos tipos de información financiera que figura en *Best's insurance guide with key ratings* (Guía de seguros de Best con clasificaciones principales). Cada una de estas publicaciones anuales abarcan más de 1.100 aseguradores sobre propiedad y responsabilidad civil en los Estados Unidos. Se dispone de información más o menos completa sobre cualquier asegurador.

cinco factores que afectan a la establidad financiera de un asegurador:

1. Los resultados en seguros.
2. La economía en la administración.
3. Las reservas adecuadas para las deudas impagadas de todas clases.
4. Los excedentes de tenedores de pólizas adecuados para absorber conmociones extraordinarias.
5. Solvencia de las inversiones.

Las clasificaciones de Best considerarían, por ejemplo, que aunque un asegurador determinado tuviera un alto índice de excedentes de tenedores de pólizas en relación con las reservas de primas no devengadas, podría dentro de un breve plazo contrarrestar su buena situación respecto a los excedentes si su contratación de seguros es descuidada. Si tiene una mala administración o su política de inversión es poco sólida repercutirá en pérdidas del activo.

La gran mayoría de todos los aseguradores cumplen los altos standars de Best de seguridad financiera [10]. El público tiene mayor protección, pues es deber del comisionario de seguros en la mayoría de los Estados examinar la solvencia financiera de cada asegurador, por lo menos una vez cada tres años.

En resumen, podría afirmarse que no hay ningún método sencillo para terminar la solidez financiera de un asegurador. Al evaluar la situación de un asegurador, no debiera fiarse de una sola prueba de solidez financiera, sino que debieran hacerse varias durante un período de años.

En un estudio de 14 aseguradores en bancarrota se hizo un análisis de los indicadores financieros que podrían haber ayudado a predecir anticipadamente el fracaso [11]. Se comprobó que la condición financiera de un asegurador no podía evaluarse precisamente sobre la base de un solo criterio. Sin embargo, se comprobó también que una revisión simultánea de varios factores era una gran ayuda al permitir que el analista pudiera predecir los inminentes fracasos de cinco de los 14 aseguradores. Los factores considerados incluyeron resultados de inversiones y seguros, índice de primas contratadas en relación con los excedentes, solidez del activo, pruebas disponibles sobre la integridad de la gerencia, clasificaciones de Best u omisión de una clasificación y la relación entre deuda y valor neto.

[10] Los Apéndices A y B explican los métodos usados en la recopilación de las clasificaciones de Best.

[11] Harold Wampler, III, «Un análisis de la causa del fracaso de 14 sociedades anónimas de seguros de propiedad y responsabilidad civil», *Tesis del Master* (Universidad de Oregon, Eugene, 1964), págs. 162-165.

Cantidad y calidad del servicio ofrecido

Al tener en cuenta contratos comparativos y grados equivalentes de solidez financiera, el solicitante de seguro se enfrenta esencialmente con la pregunta, «¿Ofrecen los aseguradores que compiten por mi negocio cobertura a más bajo coste?, ¿y si es así suprimen alguno de los servicios, si los dan, para obtener un coste más bajo?» Como hemos visto en el campo del seguro de propiedad y responsabilidad civil, las mutuas, como grupo, tienden a tener índices más bajos de gastos y siniestros que las sociedades anónimas. Por supuesto, esto no se aplica necesariamente a todas las mutuas ni a todas las sociedades anónimas. Sin embargo, la cuestión del servicio es vital al determinar si realmente un ahorro en el coste del seguro es un ahorro neto o meramente un síntoma de que el asegurador que ofrece cobertura a primas más bajas no está realizando ciertas funciones.

Diversos estudios sugieren que la calidad y cantidad de servicios proporcionados por los aseguradores y sus agentes no cumplen a menudo las expectativas. En un estudio se entrevistó a un grupo de consumidores tomados al azar en una gran ciudad centro-occidental de los Estados Unidos, con relación a las discrepancias entre los servicios que ellos esperaban recibir y la calidad y cantidad de servicios que realmente recibían de los agentes, corredores y demás personal de seguros. Se pidió a los consumidores que respondieran hasta qué punto ellos estaban de acuerdo o desacuerdo con ciertas afirmaciones sobre los servicios y resultados de los representantes del seguro. En 35 de las 48 afirmaciones, los consumidores creían que estos servicios y resultados eran inadecuados en el sentido de que no estaban en armonía con las expectativas del consumidor [12]

Entre los servicios que comúnmente se esperan, pero que no siempre se reciben en la cantidad y calidad deseada, figuran los siguientes: oferta de la mejor planificación de combinación de pólizas de seguros, explicación de las formas más ventajosas

[12] Robert E. Osborn, Jr., *Necesidad de orientación del consumidor en la comercialización del seguro* (Eugene: Universidad de Oregon, 1969), páginas 86-91.

para el consumidor de pagar o ahorrar primas, evaluación de la propiedad, comunicación con el asegurado en todo momento y no sólo cuando se presenta una reclamación, ayuda al consumidor a prevenir siniestros, renovación de las pólizas sólo con el consentimiento previo del consumidor, ayudándole a presentar las reclamaciones, tomando la defensa del consumidor si hay un siniestro, y velando porque la cobertura del seguro no se cancele después de algunos siniestros [13]. Por otra parte es natural que el agente pueda no estar muy preparado para hacerse cargo de todos los servicios que el consumidor espera de él.

Reconocer estas limitaciones puede ayudar al asegurado a reducir sus expectativas para llegar a un mejor equilibrio entre éstas y las realizaciones. Algunos agentes se consideran como personas que prestan consejo profesional. Sin embargo, en muchos casos no existe una relación profesional entre el asegurado y su agente. Es inevitable que exista cierta desilusión sobre los servicios de las agencias.

Cada asegurado debiera considerar cuidadosamente la cantidad y calidad de servicios que espera y, mediante una investigación cuidadosa, tratar de seleccionar el agente que reúna estas expectativas. Si el asegurado no tiene gran necesidad de los servicios de agencia, puede poner más énfasis en los otros factores de selección de un asegurador, como es la economía en primas. Una firma que tiene operaciones internacionales encuentra muy pocas firmas grandes de corretaje —sólo aquellas con oficinas en ultramar— que sean adecuadas [14].

Una firma industrial puede encontrar que únicamente existan una o dos agencias en su ciudad lo suficientemente importantes para proporcionarle los contactos necesarios con el mercado de seguros, como también prestarle los servicios de prevención contra los siniestros. Por otro lado, una persona que sólo busca una póliza de incendio standard sobre su hogar, no tiene necesidad de investigar sobre los servicios de la agencia.

SELECCION DE ASEGURADORES DE VIDA

Pocos ahorradores previsores invertirán en un negocio o en acciones de una corporación sin una investigación previa. Se harán comparaciones entre compañías de la misma clase y se

[13] *Ibid.*

[14] Entre las grandes firmas internacionales de corretaje se incluyen: Marsh and McLennan, Johnson and Higgins, Fred S. James, y Frank B. Hall.

analizarán los resultados durante un determinado período de años. Se buscaría el consejo de corredores independientes establecidos y, en el caso de grandes inversiones, se haría tal vez un estudio individual de la corporación, incluyendo visitas a la empresa y entrevistas con la gerencia. Sin embargo, al comprar seguros de vida, que para muchos constituye su único plan de ahorro, es muy dudoso que se lleve a cabo, en la mayoría de los casos, una investigación de este tipo. Se hacen inversiones importantes durante un período de años basándose en la presunción dudosa de que «todas las compañías de seguro de vida son iguales, así pues para qué preocuparse». Aparentemente la palabra del agente, «mi compañía es muy solvente», es todo lo que necesita para persuadir al comprador de la solvencia financiera del asegurador que representa.

Estudio de información financiera

Un ligero examen de la información financiera que está a nuestro alcance revela las diferencias sustanciales entre los resultados de las compañías de seguro de vida, tanto en seguros como en inversiones. Parece lógico que el comprador ejerza un gran cuidado en seleccionar un asegurador de vida como lo hace al comprar seguro de propiedad-responsabilidad civil, o en la compra de una casa o un negocio. La tarea del análisis no es fácil; es necesario dedicar gran cuidado a cualquier hecho significativo.

Un estudio sobre cuál es el mejor asegurador de vida suele girar alrededor de dos o tres compañías cuyas pólizas se compran corrientemente. No sería factible para cualquiera que no fueran los más grandes compradores, hacer un análisis comprensivo de las 1.800 compañías de seguro de vida que contratan negocios en los Estados Unidos actualmente.

En el proceso de selección se aplican los mismos principios generales que se han analizado con relación a los aseguradores de responsabilidad y propiedad, pero con ciertas diferencias cuantitativas.

Comparación de contratos

Para estar seguro de que uno hace una comparación válida entre dos aseguradores, debe asegurarse que el contrato deseado es el mismo en cada caso. Probablemente, lo más difícil en

el campo del seguro es el problema de determinar si los contratos son idénticos o no. Este problema es menos complejo en el seguro de responsabilidad civil y propiedad porque, generalmente, hay mayor standardización de las pólizas en ese campo y los contratos son de menor duración. Más aún, es menos costoso cambiarse de un asegurador a otro en el seguro de responsabilidad civil y propiedad que en el seguro de vida. Esto es así porque el coste de adquisición del primer año en la póliza de seguro de vida es oneroso: generalmente excede de la prima anual. El tomar un seguro de vida un año y dejarlo al próximo es un procedimiento costoso. Esto hace más necesaria la selección cuidadosa del asegurador de vida. Una vez que se ha determinado que los contratos son idénticos, los factores de coste, solidez financiera del asegurador y problemas del servicio, han de considerarse para llegar a una decisión respecto al mejor asegurador. Hay tantas cuestiones que examinar en un contrato de seguros de vida, que el proceso para determinar la comparatividad no es nada fácil.

En esta cuestión no es posible analizar todas las estipulaciones del contrato de seguro de vida; para ilustrar este punto, consideremos el problema de comparar dos pólizas similares en primas y en muchos otros aspectos principales. Una póliza contiene una estipulación por la que paga al asegurado 10 dólares al mes durante la vida por cada 1.000 dólares de seguro, en el caso de invalidez total o permanente y en la otra paga al asegurado 5 dólares. Podría parecer que la póliza que promete 10 al mes deba preferirse. Sin embargo, un examen más cuidadoso revela que la compañía que paga indemnización por 5 dólares por invalidez permanente y total emite una póliza, sin coste adicional, que contiene una cláusula bajo la cual el asegurador condona todos los pagos de primas futuras en caso que el asegurado llegue a quedar inválido total o permanentemente. La otra compañía hace un cargo adicional por ese suplemento. Ahora la decisión no está muy clara en cuanto a qué compañía ofrece el mejor contrato. Cuando se da uno cuenta que hay docenas de puntos de diferencia, se puede apreciar lo difícil que es la comparación.

Coste

Es una tarea difícil comparar el costo del seguro de vida ofrecido por los diferentes aseguradores, pues se complica por las diversas diferencias contractuales, mencionadas anteriormente, que existen entre los diversos aseguradores. Las pólizas son generalmente por varios años y el contrato que puede ser menos oneroso al comienzo puede ser el más caro al final. Además, hay muchas otras diferencias significativas en calidad de servicios prestados por los agentes de las diferentes compañías. Estas diferencias no implican que la tarea sea desesperanzadora, sólo que debe tenerse un gran cuidado para hacer una comparación válida.

Si se determina que dos contratos son suficientemente similares como para garantizar una comparación de costes, el próximo paso es comparar las primas brutas a pagar. En este punto, hay que hacer un ajuste, dependiendo de si deben los aseguradores ofrecer una tasa de participación o de no-participación. El término *participación* se refiere a la práctica común de hacer un recargo en la prima, con la idea de devolver un dividendo al tenedor de la póliza. Tanto los aseguradores corrientes como las mutuas, suscriben pólizas de participación, pero en la práctica es mucho más común con las mutuas. Los aseguradores corrientes, generalmente, ofrecen la tasa de *no-participación*, esto es, una tasa más baja que la de participación, pero a un nivel fijo. El objeto de la tasa de participación más alta es crear un fondo para contingencias. El asegurador, en el seguro de vida, generalmente garantiza para toda la vida la tarifa inicial cobrada. Así, si el coste sube, no tiene oportunidad de aumentar la prima. Mediante el cobro de una tarifa inicial más alta que lo que realmente se requiere, el asegurador se protege y si los costes del seguro suben, pueden pasarse a los individuos implicados a través de dividendos más pequeños. Si los costes del seguro bajan, los mismos individuos pueden gozar de dividendos mayores. En el caso de aseguradores corrientes que aseguran sin participación, se espera que si los costes del seguro suben, los accionistas soportarán cualquier pérdida, mientras que si el seguro baja serán ellos los que recibirán los consiguientes beneficios.

¿Cuáles son los elementos del coste en el seguro de vida? Hay tres: mortalidad, interés y gastos imprevistos o recargos. El asegurador que tenga la tasa de mortalidad más baja con la más alta tasa de interés ganado sobre los fondos de los tenedores de pólizas durante un período de años, y con el coste más bajo en realizar el negocio, será el asegurador que tiene más bajo coste, siempre que permanzcan los demás factores iguales. Desgraciadamente, es muy difícil mantener constantes todos los demás factores.

Mortalidad.—El elemento de mortalidad en el coste del seguro de vida se refiere a la tasa de muerte entre los tenedores de pólizas. Puesto que hay muchas compañías que basan las primas de seguros de vida en la misma tabla de mortalidad, uno puede esperar pocas diferencias, si las hubiere, que procedan de este coste. Sin embargo, es posible que un asegurador sea más restrictivo en sus normas de contratación de seguros que otros y experimente así una tasa de mortalidad más baja. Desgraciadamente, puesto que las cifras publicadas sobre experiencia de mortalidad no están generalmente disponibles, una persona corriente no puede fácilmente hacer comparaciones sobre este punto. A veces es posible obtener información directamente del actuario del asegurador sobre la tasa de mortalidad de una compañía en particular en un año dado, comparada con la tasa de mortalidad teórica de la tabla de mortalidad establecida. Puesto que los beneficios por muerte son de gran importancia en los desembolsos totales de la compañía, las diferencias en tasas de mortalidad pueden ser muy significativas al juzgar el coste.

Interés.—Best recopila y publica cifras del interés neto devengado por compañías de seguros recomendadas. Entre 417 compañías, en 1969, las utilidades en interés, después de pagar los impuestos federales, variaban desde un 2,86 por 100 hasta el 6,9 por 100 [15].El promedio de la industria en ese año era de 5,12 por 100 antes de pagar los impuestos. Estas cifras deberían interpretarse con mucho cuidado. Como ejemplo, el factor de interés es de primordial importancia para el solicitante de una póliza de seguro de vida, tal como una dotación, que contiene una gran parte de los ahorros en dólares. Por otro lado, el interés es de poca importancia al solicitante de contratos en que el ahorro no se contempla, como en el seguro a plazos. Un asegurador que gana el 7 por 100 sobre su activo, es muy probable que ofrezca a sus clientes valores en efectivo más altos, dividendos también más altos, o coberturas más amplias que un asegurador que gana sólo el 3 por 100. La cantidad de 100 dólares invertida anualmente al 3 por 100 durante 10 años acumula hasta 1.180 dólares. Al 7 por 100, los 100 acumulan 1.478 dólares, una diferencia de 298, o casi 25 por 100 más.

Existe otra consideración entre las razones principales de determinados aseguradores para obtener un tipo más alto de interés. Un asegurador que gana sólo un 3 por 100 de interés puede

[15] *Cuadro de compañías de seguro de vida recomendadas de Best, 1969* (Nueva York: Alfred M. Best Company, 1970).

tener un activo invertido en efectivo o en bonos del Estado. La razón probable para este tipo de inversión es que la compañía puede suscribir seguros de vida de grupo y a plazo, que requieren poca o ninguna inversión. De esta forma, la firma tiene poca necesidad de inversiones a largo plazo y de preocuparse por un interés mayor. La cuestión del tipo de interés sería de poca importancia para los clientes principales de esta firma. Puede observarse que, aun entre las compañías recomendadas, hay diferencias sustanciales en los factores de utilidades en intereses y gastos al realizar el negocio.

Gastos generales o recargos.—Los gastos generales de todas las compañías de seguros de vida en 1970 ascendieron al 17,3 por 100 de las primas. Hay grandes variaciones entre los distintos aseguradores, aunque no existe información exhaustiva para un análisis profundo de estas variaciones. Algunas de las diferencias en gastos puede atribuirse a las diferencias en la eficiencia de la distribución. Algunos aseguradores gastan cantidades sustanciales en la selección específica, entrenamiento y supervisión de su personal de agencia. Otras gastan muy poco. Es lógico que, a la larga, el asegurador que tiene una plantilla de agencias eficiente puede conseguir negocios a costo más bajo. Por ejemplo, se necesita pagar comisiones altas para atraer a agentes y corredores que no necesitan entrenamiento ni ayuda. El volumen de los negocios entre dichos agentes y corredores es más alto, necesitando así mayores costes en salarios. Normalmente, los gastos de la firma con volúmenes de negocios grandes son inferiores que los de firmas con volúmenes más pequeños. Esto ocurre porque los gastos fijos pueden distribuirse entre un volumen mayor. Este factor favorece al asegurador más fuerte. Los gastos de los aseguradores que no emplean agentes debieran ser más bajos que aquellas compañías con una plantilla extensa de agentes. Sin embargo, hay relativamente pocos aseguradores de vida que trabajen sin agentes, como se señalará en el capítulo 20.

Comparaciones de dividendos.—A fin de ayudar al tenedor de pólizas futuro a estimar el coste de su seguro de vida, las sociedades mutuas generalmente publican escalas de dividendos estimativos, basados en operaciones pasadas con respecto a los tres integrantes del coste analizados anteriormente. Los dividendos totales de —digamos— 20 años se rebajan del total de primas a pagar, y la diferencia representa el coste de la póliza de seguros. A veces el agente rebaja de esta cifra el valor en efec-

tivo de la póliza y cualquier diferencia resulta ser el coste neto final.

Un examen de la historia actual de dividendos pagados por seis grandes aseguradores de vida mutuos de los Estados Unidos durante el período 1951-1970, que muestra la Tabla 6-1, revela que los dividendos varían desde el 25 hasta el 40 por 100 de las primas pagadas durante un período de 20 años.

La información se refiere a las pólizas de vida corrientes de 1.000 dólares emitidas a la edad de 25 años. El total de primas menos dividendos reales y valores en efectivo garantizados (i.e. coste neto) de los seis aseguradores de vida indicados en la Tabla 6-1, variaron entre 50,04 dólares a 16,39 por cada 1.000 dólares.

La información de la Tabla 6-1 nos muestra que el coste del seguro de vida puede variar entre uno y otro asegurador, y que gran parte de la diferencia en el coste se refleja en las escalas de dividendos. Las Compañías *A* y *B*, por ejemplo, devolvieron el porcentaje más grande, 39-40 por 100, a los tenedores de pólizas en dividendos y tuvieron el coste más bajo entre los seis aseguradores. La Compañía *F*, por otro lado, tuvo la escala de dividendos más baja (25 por 100) y el coste neto más alto de los seis aseguradores. Desgraciadamente, no hay ningún método seguro por el cual se pueda predecir qué firma podrá pagar los dividendos más altos en el futuro. Sin embargo, un estudio cuidadoso de la historia de los dividendos en años anteriores nos da la mejor indicación disponible de lo que puede ser el desarrollo futuro y debería considerarse como un factor en el análisis de las pólizas de seguro de vida. Por otro lado, las estimaciones de dividendos futuros pueden ser poco dignas de crédito.

Tabla 6-1

HISTORIAS DE DIVIDENDOS DE SEIS GRANDES ASEGURADORES MUTUALES, 1951-1970

(Póliza de vida ordinaria de 1.000 dólares emitida a la edad de 25 años)

	Compañía					
	A	B	C	D	E	F
Prima inicial	21,49	20,60	20,34	22,24	20,85	20,08
20 primas	429,80	412,00	406,80	444,80	417,00	401,60
Dividendos totales *	170,73	158,85	146,92	150,63	128,17	101,53
Pagos netos	259,07	253,15	259,88	294,17	288,83	300,07
Valores en efectivo, garantizados después de 20 años	304,00	303,19	275,00	287,00	282,81	283,68
Coste neto	(44,93)	(50,04)	(15,12)	7,17	6,02	16,39
Promedio de coste neto anual	(2,20)	(2,50)	(,76)	,36	,30	,82
Porcentaje de dividendos a total de primas *	40 %	39 %	36 %	35 %	31 %	25 %

FUENTE: *Best's flitchraft compend 1970* (A. M. Best Co., 1971).
* Los dividendos pagados incluyen dividendos finales y no son iguales cada año, pero suben constantemente.

Un cálculo como el de la Tabla 6-1 puede inducir al comprador a creer que su seguro le ha sido proporcionado a poco o a ningún coste neto y que las comparaciones de coste tienen muy poca importancia. Claro está que esto es una suposición poco correcta. El asegurador no tiene ninguna mina de oro secreta ni pozo de petróleo de donde pagar el servicio del seguro. El seguro se proporciona mediante contribuciones del grupo asegurado y por utilidades en intereses sobre los fondos acumulados. Las cifras de coste neto bajas o negativas reflejan el hecho de que el tenedor de póliza ha pasado por alto las utilidades en intereses que habría recibido si su dinero no lo hubiera gastado en pagar primas más altas. Lo que sucede es que la compañía de seguros ha tomado los fondos de los tenedores de pólizas y ha ganado interés sobre ellos, lo que es casi suficiente para pagar el servicio de seguro y las reclamaciones por muerte.

Las compañías se esmeran en puntualizar que las estimaciones de dividendos son sólo conjeturas perfeccionadas de lo que serán los mismos si se mantiene la experiencia actual, y las condiciones en el futuro de la misma forma que en el pasado. Hay una probabilidad, no obstante, de que el solicitante confiará en estas cifras como la mejor estimación posible. Es erróneo, por supuesto, confiar en tales estimaciones y cálculos como una base de comparación entre el coste neto del seguro de vida de los diversos aseguradores. Por ejemplo, una compañía podría fácilmente mostrar un desarrollo superior siendo más liberal que otra compañía en sus estimaciones de dividendos futuros. Sin embargo, los factores subyacentes que afectan a los dividendos, mortalidad, interés y recargos, serían idénticos y la compañía «más liberal» se vería obligada a reducir sus dividendos por debajo de la cifra prometida. Nadie puede predecir todos los factores comprometidos en un período tan extenso como son veinte años. Se presume que las tendencias a largo plazo en las tasas de mortalidad declinan y que las tendencias a largo

plazo de los gastos generales se mantienen más o menos constantes. El efecto neto de estas dos tendencias podría reducir el coste del seguro. Sin embargo, una ligera reducción en las utilidades de intereses de un asegurador determinado podría consumir fácilmente todos los ahorros indicados en los otros dos factores.

Método de ajuste de interés.—Un comité especial de expertos en el seguro de vida estudió los métodos comparativos y las variaciones de costes en dicho seguro, revisando las formas que se habían realizado con el fin de determinar más científicamente los costes de este tipo de seguro [16]. El comité llegó a la conclusión de que el método más adecuado —el que considera el valor del tiempo del dinero— es el método de ajuste de interés. Con este método el comité observó que el coste anual por 1.000 dólares de seguro de vida en una póliza emitida a la edad de 25 años variaba desde 4,33 dólares a 6,00 en una muestra entre 35 aseguradores. El coste medio era de 5,34 dólares cada 1.000 al año. El promedio de coste anual por 1.000 dólares usando el método tradicional descrito anteriormente era 0,02. En uno de los casos entre los 35 aseguradores estudiados, un asegurador clasificado en el séptimo lugar sobre la base del método de ajuste de interés se clasificó en el puesto veinticinco en el método de coste tradicional. Se descubrió que aseguradores que se clasificaban muy abajo en el coste de pólizas emitidas a la edad de 25 años, no siempre se clasificaban bajos en pólizas emitidas a los 55 años. Un asegurador cuya clasificación es muy baja para las pólizas emitidas a la edad de 55 años usando cualquiera de los métodos, se clasificaba en el undécimo lugar en pólizas emitidas a los 25 años usando el método tradicional, y en cuarto lugar usando el método de ajuste de interés. Se puede llegar a la conclusión de que existen variaciones sustanciales en los costes del seguro de vida y está muy justificado el esfuerzo que hace un comprador particular para determinar qué aseguradores tienen los costes más bajos debido a las diferencias existentes.

En resumen, aunque hay diferencias sustanciales en los costes entre aseguradores, no existe un medio fácil y rápido por el que un comprador común pueda determinar el coste más bajo de un asegurador en el seguro de vida [17]. Como guía inicial, se

[16] *Informe del Comité Especial Conjunto sobre Costes del Seguro de Vida* (Nueva York: Instituto del Seguro de Vida, 1970).

[17] Joseph M. Belth describe un método relativamente científico de determinar el coste para el asegurado del seguro de vida existente, en «Coste para el poseedor de un seguro de vida - Un sistema de edad logrado en un solo año», *Periódico de Seguro* (Diciembre, 1961), págs. 23-31. El autor observa que este método, tan bueno como cualquier otro, requiere más aritmética que lo que un asegurado corriente está dispuesto o puede emprender. El método también comprende la elaboración de estimaciones de dividendos y está, por lo tanto, sujeto a incurrir en error de esta fuente.

puede determinar qué asegurador parece tener el índice más bajo de gastos y la tasa media más alta de rédito de interés sobre inversiones. Sería interesante hacer una investigación mayor de la experiencia de mortalidad. Las comparaciones de coste neto pueden ser muy erróneas y deberían evitarse por completo o interpretarse con sumo cuidado debido a las dificultades para pronosticar los resultados de tales costes. Finalmente, el coste no debe considerarse aisladamente, puesto que los elementos de solidez financiera deben también ponderarse cuidadosamente para la selección de un asegurador de vida.

Solidez financiera

En el seguro de vida, los dos elementos más importantes de solidez financiera son, probablemente: la seguridad de las inversiones y la magnitud relativa de excedente de asegurados, que incluye todo tipo de reservas para contingencias y cualquier aporte de capital de los propietarios.

Seguridad de las inversiones.—Varias agencias especializadas dan informes sobre las inversiones de los aseguradores de vida, que obtienen de los balances anuales que cada asegurador presenta al comisario de seguros de cada estado en el que opera. La información es pública y cualquier analista puede obtenerla directamente consultando en la oficina del comisario de seguros del estado.

El historial de seguridad de inversiones en la industria del seguro de vida es uno de los mejores de todas las industrias en los Estados Unidos. Por ejemplo, durante el período de depresión de 1929 hasta 1939, sólo 19 compañías de seguro de vida, que representaban más o menos el 5 por 100 de todas las compañías que operaban entonces, se retiraron con pérdidas iniciales de los tenedores de pólizas de más de un millón de dólares. Las pérdidas iniciales totalizaron 130 millones, de los cuales se recuperó el 50 por 100 más adelante al tomar otras compañías los negocios de los aseguradores retirados. En el mismo período, se denunció la quiebra de 12.000 bancos, perdiendo los depositan-

tes 3.000 millones de dólares [18]. Las pérdidas definitivas de los tenedores de pólizas de aseguradores de vida fueron aproximadamente del 0,2 por 100 del activo medio de las compañías que operaban en aquella época. Parece justo decir que el historial de seguridad redujo el riesgo de pérdida a los tenedores de pólizas a casi cero, como es factible en cualquier tipo de ahorro en las condiciones modernas.

Magnitud relativa de excedentes de tenedores de pólizas.—La suficiencia de las reservas puede estudiarse para los aseguradores de vida de la misma forma que para los aseguradores de propiedad y responsabilidad civil. El índice de excedentes de los tenedores de pólizas en relación al activo total puede compararse con el término medio para la industria. Pueden tenerse en cuenta opiniones como la de Best o Dunne [19]. La correspondencia con el comisario de seguros también puede ser útil, especialmente en los casos donde exista duda respecto a un asegurador.

Servicio

El factor «servicio» en la selección de un asegurador de vida tiene dos aspectos: la cantidad de servicio a obtener del agente, y la cantidad de servicio a obtener de la casa matriz del asegurador. El elemento de servicio en el seguro de vida es tan importante como en el seguro de propiedad y responsabilidad civil, aunque a veces no se reconozca lo suficiente.

Servicio del Agente.—El Agente puede actuar solamente como un receptor de órdenes o puede desarrollar y mantener durante años un plan comprensivo de seguros destinados para satisfacer las necesidades de su cliente. El agente puede escribir personalmente cartas en nombre de su cliente, hacerse cargo de detalles como, por ejemplo, cambios de beneficiario, y tramitar el cobro de las primas como un servicio a su cliente, o pasar por alto solicitudes de ayuda o relacionar al cliente con la casa matriz para las respuestas. El agente puede vender una póliza

[18] A. M. Best, «Clasificación de la estructura financiera de compañías de seguros», *Problemas administrativos en la compra de seguro colectivo*, «*Serie de Seguros*», *núm. 96* (Nueva York: Asociación de Administración Americana, 1952), pág. 8.

[19] Ver *Informes de seguro de vida de Best*, o *Informes de seguro internacional de Dunne*, publicados anualmente.

que se acerque más a las necesidades reales del cliente, o una que le produzca mayor comisión sin considerar si es la adecuada.

La prima de seguros es la misma sin considerar la calidad de servicio obtenido, de manera que le conviene al comprador de seguros examinar cuidadosamente cuánto puede esperar de su agente por la vía de servicio. Las variaciones en los servicios prestados pueden explicar la diferencia entre un arreglo satisfactorio de seguros y otro que deje de cumplir para el asegurado con algunos detalles que él ignora por completo. Para juzgar el grado de calidad de servicio que puede recibirse de un agente pueden verse los métodos que emplea al ofrecer la cobertura; pruebas de realizaciones profesionales, como poseer el nombramiento de CLU [20]; el tiempo que el agente se desenvuelve en el comercio y referencias a otras fuentes objetivas.

Servicio de la casa matriz.—El servicio que obtienen de su casa matriz es muy importante. La póliza de seguro de vida suele ser un contrato a largo plazo con una duración de 30 a 40 años de pagos de primas, y 20 o más años de pagos de rentas vitalicias, ya sea al asegurado o a sus beneficiarios. La forma en que se tramitan estos pagos es vital para el éxito del plan de seguro. Las compañías de seguros a menudo se enorgullecen de pagar miles de dólares en reclamaciones por muerte a las pocas horas de haber recibido las pruebas correspondientes. Debido a que los agentes cambian a menudo, es de vital importancia el servicio del asegurador por la influencia continuada que ha ejercido durante tantos años.

La calidad y cantidad de los servicios prestados por la casa matriz del asegurador se reflejan también por la buena voluntad en el tratamiento de las opciones de liquidación sobre una base flexible. Por ejemplo, si el asegurado ha dejado el producto de una póliza a un fiduciario para beneficio de su viuda, ¿permitirá la compañía de seguros que el fiduciario elija una de las opciones de liquidación que normalmente sólo puede elegir un beneficiario directo? Un estudio entre 120 aseguradores revela que sólo la mitad permitirían un procedimiento semejante [21]. O

[20] CLU significa Asegurador de Vida Diplomado. Este nombramiento le otorga el Colegio Americano de Aseguradores de Vida, Bryn Mawr, Pensilvania, después que el agente de seguros de vida de jornada completa ha aprobado una serie de diez exámenes sobre el seguro de vida y las líneas conexas.

[21] Opciones de liquidación (Nueva York: Fliteraft, Inc., 1964). Esta publicación da respuesta a 36 preguntas sobre opciones de liquidación de 120 aseguradores.

supongamos que el beneficiario principal muera mientras está recibiendo el producto de la póliza sobre la base de una renta para toda la vida con un determinado número de pagos garantizados, ¿mantendrá el asegurador el valor de los pagos restantes adeudados al beneficiario secundario, por ejemplo, a un menor, hasta que el beneficiario secundario reclame su dinero? Esto podría ser un servicio valioso porque las garantías de interés pueden ser generosas y queda asegurada la administración segura del dinero. Sin embargo, de las 120 compañías estudiadas, 40 no ofrecían tal servicio, mientras que muchas mantenían los beneficios hasta 30 años.[22].

RESUMEN

1. Puesto que todas las compañías que contratan seguros son similares en materia de precio del producto, solidez financiera y cantidad y calidad de los servicios ofrecidos, un comprador de seguros prudente tendrá que hacer un análisis de cada asegurador antes de confiarle su seguridad financiera.
2. El primer paso en una selección inteligente de un asegurador es cerciorarse de que cada caso de los que va a ser analizado ofrece un contrato que pueda compararse. Los factores de coste de seguro, solvencia financiera y estabilidad, cantidad y calidad de los servicios ofrecidos están relacionados entre sí. Debe mantenerse en suspenso la selección definitiva del asegurador hasta que se hayan estudiado todos estos factores.
3. Puede obtenerse alguna noción sobre el coste del servicio de seguros examinando el índice de siniestros y gastos en relación a primas devengadas por aseguradores individuales y las ganancias o pérdidas obtenidas en seguros.
4. Un examen de la experiencia en seguros publicada por los aseguradores corrientes y mutuas no revela diferencias de coste que dependan del tipo de organización.
5. La solidez financiera de un asegurador puede juzgarse por el índice de excedente de los tenedores de pólizas en relación a sus obligaciones por las clasificaciones de Best, por la suficiencia de reservas para contingencias, por la solvencia de las inversiones y por las tendencias de los índices de siniestros y gastos. Los «tests» deberían compararse durante varios años continuos. No puede llegarse a una conclusión en cuanto a si las sociedades anónimas o las mutuas son las más sólidas financieramente.
6. Los factores más importantes en la selección de un asegurador o agente son: cantidad y calidad del servicio prestado, economía y conveniencia en la administración de su programa de seguro. Los estudios realizados revelan gran descontento con algunos agentes, corredores y servicios de seguros. Las necesidades individuales de cada comprador deben ponderarse al seleccionar tanto los agentes como los aseguradores.
7. La buena selección de un asegurador de vida sigue el mismo modelo general de análisis que el de la selección de asegurador de responsabilidad y propiedad. Debe tenerse especial cuidado en observar que los contratos en consideración sean idénticos, en que se evite comparaciones de dividendos erróneas y en que se consideren las utilidades de interés sobre el activo. El servicio personal prestado por un agente difiere enormemente en el seguro de vida y es un factor significativo en la selección de un asegurador en particular. También es un factor importante la buena voluntad de la oficina matriz en prestar ayuda para ajustar el seguro de vida a las necesidades del comprador.

PREGUNTAS DE REVISION

1. John Jones tiene un cuñado, Jim Smith, en el negocio de seguros. Jones cree que nada pierde si da todos sus negocios de seguros a Smith. Haga una lista de las razones específicas por las que éste no suele ser el mejor procedimiento.
2. ¿Hay algo inherente en la organización legal de un asegurador que inclinaría a considerar a una clase de asegurador determinado superior a otra clase en: (a) administración, (b) coste, (c) solidez financiera? Razónelo.

[22] Ibid., págs. 50-61.

3. A menudo, el problema de selección de un asegurador se soluciona por el hecho de que es necesario buscar diligentemente para encontrar una compañía que acepte la solicitud del comprador. Explique los motivos por que esto suele ocurrir.
4. John argumenta que el asegurador con un alto índice de pérdidas es realmente más deseable que uno con un bajo índice de pérdidas, porque un alto índice de pérdidas es la mejor prueba de que la gerencia está devolviendo al grupo de tenedores de pólizas una proporción mayor del dólar de prima que la compañía con un bajo índice de pérdida. Critique este argumento.
5. Explique los términos:
   (a) Indice de pérdida.
   (b) Indice de gastos.
   (c) Ganancia neta en seguro.
6. ¿Por qué es cierto que el índice de pérdida de un asegurador que opera a prima más baja que otro puede ser mayor, aunque las pérdidas efectivas sean idénticas? ¿Qué alcance puede tener esto en el análisis de las cifras de compañías mutuas?
7. Consulte a un servicio como «Best's Insurance Reports» para obtener una lista de aseguradores que han abandonado su negocio en el último año. Desarrolle una clasificación de las razones para este abandono. ¿Qué luz aporta esta investigación sobre el problema de la solidez financiera de las compañías de seguros?
8. «El único índice más significativo que prueba la solidez financiera de un asegurador es el índice de excedentes de tenedores de pólizas en relación al total de obligaciones.» Explique lógicamente dicho índice.
9. Se dice que «el seguro es un servicio en que el asegurador debe estimar el coste anticipadamente». Explique el significado de esta afirmación con respecto al problema de selección de aseguradores sobre la base de precios cotizados por la cobertura.
10. Explique por qué un índice de 1 : 1 de excedente de tenedores de pólizas en relación al total de obligaciones significa dos dólares de activo por cada dólar de obligaciones.

11. ¿Bajo qué condiciones estaría un analista satisfecho con un índice más bajo de 1 : 1 en una compañía de seguros de incendio?
12. Un gerente de seguros manifestó que él trataba de comprar a aseguradores que tenían ganancias sustanciales en seguros, mientras que otro gerente cree que es mejor comprar a aseguradores cuyos resultados en seguros estén a la par. ¿Con qué punto de vista simpatiza usted? Explíquelo.
13. Jack está tratando de buscar un seguro de automóvil para su flota de coches, y su agente le recomienda las pólizas de Maine Insurance Co., Portland, Me., cuya información financiera encuentra Jack en «Best's Key Rating» («Guía de principales clasificaciones de Best»). Descubre los siguientes hechos:

Activo total	4.301.000
Excedentes de tenedores de pólizas	1.723.000
Reservas de siniestros	1.226.000
Reservas de prima no devengadas	1.168.000
Primas netas suscritas	4.289.000
Pérdidas en seguros, últimos 5 años	(832.000)
Pérdida en seguros, último año	(555.000)
Ganancia en inversiones, últimos 5 años	362.000
Ganancia en inversiones, último año	138.000

   (a) Calcule el índice de valor neto en relación a la deuda. Explique el significado de este índice. ¿Cómo se compara el término medio de industrias?
   (b) Calcule el índice de primas en relación a valor neto. Explique el significado de este índice.
   (c) Evalúe para Jack el significado de los resultados en seguros de este asegurador.
   (d) Sobre la base de su análisis ¿le recomendaría usted a Jack que acepte la recomendación de su agente? ¿Bajo qué condiciones? Discútalo.
14. ¿Qué ventajas y desventajas son inherentes en el uso de las clasificaciones de Best como una medida de la solidez financiera de los aseguradores?
15. (a) Al evaluar el coste del seguro, ¿por qué debe dársele tanta importancia al servicio de la agencia como al servicio del asegurador mismo? (b) ¿Qué dife-

7

Funciones y Organización de los Aseguradores

Uno de los problemas más arriesgados y difíciles que se plantean en los negocios consiste en la organización. La industria del seguro no es una excepción a esta norma y ha venido experimentado un cambio básico en el esquema de su estructura interna, que ha creado más problemas de los que ha resuelto. Para comprender la causa de estos cambios es necesario ver qué es lo que hace una compañía de seguros, por qué lo hace y qué alternativas existen en el desempeño de sus funciones. En este capítulo analizaremos estos problemas.

FUNCIONES DE LOS ASEGURADORES

Las funciones que desempeña cualquier asegurador dependen necesariamente del tipo de negocio al que se dedica, del grado en que éste desplaza algunas funciones hacia otros campos, los recursos financieros disponibles, la dimensión del negocio, el tipo de organización empleado y otros varios factores. Se puede, sin embargo, estudiar las funciones habituales que desarrolla, pero debe recordarse que la naturaleza específica y la medida de cada función varía en parte según de qué asegurador se trate. Estas funciones constituyen normalmente la responsabilidad de los departamentos o divisiones existentes dentro de la empresa.

Las principales actividades desempeñadas por los aseguradores son:

A. Producción (venta).
B. Suscripción (selección de riesgos).
C. Tarificación y control estadístico.
D. Tramitación de reclamaciones.
E. Inversión y financiamiento.
F. Contabilidad y otros registros.
G. Provisión de otros servicios varios, como asesoría legal, marketing, servicios mecanizados y dirección de personal.

Producción

Una de las funciones más importantes de una firma de seguros consiste en conseguir cierto número de contratantes que le permitan operar adecuadamente. Dicha función, que en una compañía de seguros se denomina *producción,* corresponde a la función de ventas de una firma industrial. El término producción es apropiado para el seguro porque el acto de vender una póliza de seguro es producción en su verdadero sentido. El seguro es un artículo intangible y no existe en la realidad hasta que se contrata una póliza.

Según hemos visto, la mayor parte de los aseguradores trabajan a través de un sistema de agencia cuya función es desempeñar la tarea de producción. Para un asegurador comercial es necesario este sistema porque sin un eficaz criterio de ventas sería difícil, si no imposible, garantizar el volumen necesario de producción que permita operar con éxito con la ley de los grandes números. Además, sin un volumen de producción suficiente el gasto por póliza sería probablemente muy grande, requiriendo así una prima que resultaría muy alta para justificar la compra por cualquier persona, excepto un candidato con una gran necesidad de protección. El asegurador no considera deseable este tipo de candidato porque estima el seguro como una dispersión de las pérdidas entre todas las personas expuestas a ellas y no entre aquellos más expuestos a sufrirlas solamente.

El departamento de producción de cualquier asegurador supervisa las relaciones con los agentes. En el caso de aseguradores directos, donde se alcanza un alto grado de control sobre las actividades exteriores, el departamento de producción contrata, entrena y supervisa a los agentes o vendedores. Su responsabilidad llega aún más lejos. Muchos aseguradores mantienen departamentos de investigación de mercados cuya tarea es asesorar al departamento de producción en la planificación de las actividades del mercado, tales como la determinación de su potencial, el diseño y supervisión de la publicidad, la realización de encuestas que muestren las actitudes del consumidor respecto a los servicios de la empresa y la predicción del volumen posible de ventas.

El amplio uso de servicios auxiliares de producción no es común en las firmas que emplean agentes independientes como elemento fundamental de distribución. Los agentes «especiales» se emplean para explicar las pólizas de la empresa y para servir de punto de contacto básico entre la oficina principal y los equipos de venta. La tarea fundamental de la venta se encarga al personal de la agencia independiente.

Suscripción

La *suscripción* de seguros se relaciona con todas las actividades necesarias para seleccionar los riesgos que se ofrecen al asegurador de forma que se cumplan los objetivos de la empresa. La suscripción se ejecuta por personal de la casa matriz que selecciona las opciones de cobertura y decide su posible aceptación y por agentes que previamente presentan las solicitudes en el mercado. El lugar de quienes toman las decisiones de suscripción, dentro del organigrama de la empresa, varía considerablemente entre los diversos aseguradores y las diversas líneas de seguros. En algunas organizaciones (generalmente en el seguro de daños), los agentes pueden tomar decisiones responsables en el terreno, pero estas decisiones pueden hallarse sujetas a «confirmación» de la oficina matriz porque los contratos son cancelables previa notificación al asegurado. Los agentes rara vez tienen autoridad para tomar decisiones de suscripción válidas. Sin embargo, en todos los campos del seguro, los agentes realizan una selección considerable de los riesgos antes de someterlos a la decisión de los aseguradores de la casa matriz. En algunas empresas se habla de los agentes como «suscriptores».

Objetivo de la suscripción.—El principal objetivo de la suscripción es comprobar que los solicitantes aceptados tengan una

experiencia de siniestro similar a la pensada cuando se estudiaron las tasas. Para dicho fin se establecen ciertos niveles de selección relativos a los riesgos físicos y morales al calcularse las tasas y el suscriptor debe comprobar que se respeten estos niveles al aceptar un riesgo. Puede establecerse, por ejemplo, que una compañía no aceptará riesgos de incendio situados en áreas agrícolas o no contratará seguro de vida con nadie que haya sufrido tuberculosis en los últimos cinco años.

El asegurador, al revisar una solicitud de seguro de incendio en que el edificio está situado al borde de un área agrícola o al revisar una solicitud de seguro de vida en que la persona tuvo tuberculosis hace cuatro años y medio, se formula la pregunta: «¿Puedo hacer una excepción respecto a estas solicitudes o debo rechazarlas porque no corresponden a las limitaciones técnicas de mis instrucciones?» Al responder estas preguntas, el asegurador considera qué ocurriría en las expectativas de siniestros de la empresa si se aceptara un gran número de riesgos similares. Si la expectativa acumulada fuera muy desfavorable, probablemente rechazará la solicitud.

Con un sano criterio de suscripción se reconoce que es un error aceptar solamente los contratos en que es extremadamente seguro que no ocurrirán siniestros, aun cuando el contrato ventajoso es un objetivo importante. Obrar así haría más difícil, si no imposible, la tarea del productor y significaría un volumen de producción muy bajo para el mantenimiento de las operaciones. Al igual que en muchas materias, debe buscarse un término medio entre los extremos de excesiva seguridad o excesivo riesgo en la suscripción de los seguros.

Servicios que ayudan al suscriptor.—El asegurador cuenta con la ayuda de diversos servicios para desempeñar su trabajo. En el seguro de vida tiene los informes del médico que examina al solicitante, las declaraciones del solicitante mismo, la información del agente, de informantes independientes (llamados informes de inspección) sobre el solicitante preparados por una agencia externa creada para este fin, como también el criterio del consejero médico propio de la empresa. En los seguros de incendio y daños (como también en el de vida), el asegurador cuenta con los servicios de reaseguro (que se analizan más adelante) y departamento de «planos» que informan sobre el grado de concentración de riesgos en cualquier área y departamentos de crédito que informan sobre la situación financiera de los solicitantes.

Procedimientos empresariales que ayudan al suscriptor.—También el asegurador se guía en el desempeño de su trabajo por procedimientos empresariales bastante definidos referentes a los diversos riesgos físicos y morales que afectan la probabilidad de siniestro en determinadas líneas de su negocio. En el seguro de incendios, por ejemplo, una gran cantidad de asistencia proviene de las reglas que establecen tipos definidos de construcción con características también muy definidas, tales como el tipo de edificio y el de sus mercancías el grado de protección de los servicios de la ciudad y la exposición a diversos riesgos físicos. A menos que ocurra algo excepcional en cuanto a la construcción o los ocupantes existen pocos problemas en la selección debido a que la mayor parte de las decisiones de suscripción ya están hechas. En cambio pueden surgir serios problemas para establecer el riesgo moral y existen muy pocas normas por las que regirse. Una regla muy respetada consiste en rechazar directamente el negocio si se sabe que existe un serio riesgo moral sin intentar aceptarlo con tasas mayores ni imponerle otras restricciones. La dificultad reside en saber si existe realmente o no el riesgo moral. En el éxito general de cualquier compañía de seguros tiene una suprema importancia el criterio del asegurador y su calidad se somete al examen más severo al calificar el riesgo moral.

Redacción de la Póliza.—Parte del trabajo del departamento de suscripción puede describirse en la forma más concisa como redacción de pólizas. En seguros de propiedades y de responsabilidad civil, el agente presenta al cliente la póliza llenando los formularios que le proporciona la empresa. Por esta razón, generalmente se llama «suscriptor» al agente. La sección de *exámenes* de la casa matriz del asegurador controla su trabajo para establecer la exactitud de las tasas aplicadas, si se ha aceptado o no un riesgo prohibido, y otras materias. En el seguro de vida, la póliza la redacta corrientemente un departamento especial cuya tarea principal es emitir contratos escritos de acuerdo con las instrucciones del departamento de suscripción y mantener un registro de ellos para futuras referencias, dado que la mayor parte de las pólizas son, por naturaleza, a largo plazo.

Conflicto entre producción y suscripción. Un conflicto aparente surge entre estas dos áreas debido a que el departamento de suscripción devuelve a menudo contratos ya vendidos previamente por un agente. El conflicto es similar al que existe

en otras firmas entre crédito y ventas, con buenas ventas canceladas por no haberse aprobado el crédito. El conflicto, por cierto, es sólo aparente. Ni el agente ni el asegurador se beneficiarían mucho tiempo mediante una suscripción muy estricta o muy amplia. La suscripción muy estricta tenderá a descartar contratos aceptables, creando posiblemente gastos innecesarios derivados de la cancelación de negocios ya cerrados por el agente. Una suscripción muy liberal puede suponer pérdidas de un volumen tan sustancial como para que la empresa se vea forzada a abandonar totalmente una línea determinada en perjuicio del agente.

Tarificación y control estadístico

La tarificación está estrechamente ligada a la función de suscripción; en la mayoría de las líneas de seguro, aquélla es una función altamente técnica. En el capítulo 26 se analizarán los detalles de esta función.

Tarificación. En general, la tarificación supone en primer lugar la selección de tipos de unidades de riesgo sobre los cuales habrá que hacer estadísticas con vistas a las probabilidades de pérdida. En el seguro de vida esta tarea particular es relativamente sencilla, dado que la labor más importante es la estimación de las tasas de mortalidad en relación a la edad y el sexo, y en algunos casos, por grupos ocupacionales. En otros campos, como en incendios y accidentes del trabajo, se necesitan clasificaciones más complejas. En este último sector, por ejemplo, se distinguen varios cientos de clases de industrias y se aplica una tasa para cada una.

Una vez que se han establecido las clasificaciones adecuadas, el problema consiste en reunir información fidedigna para cada clase durante un período de tiempo suficientemente extenso. El paso siguiente será la conversión de forma eficaz de la información así acumulada para establecer una prima definitiva. Esto supone incorporar sobre una base equitativa la estimación del costo de la operación comercial en la estructura de la prima. La función de tarificación incluye la estimación del costo de agregar ciertos beneficios a la póliza o de cambiar las previsiones de ésta o las normas de suscripción, como también el costo de suscribir contratos sobre los cuales no se ha reunido ninguna clase de información.

Servicios actuariales. El tarificador debe poseer una técnica muy especializada para resolver los diversos problemas matemáticos que encara el asegurador; este tipo de problemas se denominan *actuariales*. Mediante estos servicios se hacen estimaciones sobre el significado real de las informaciones recogidas por la empresa por fuentes propias y externas. Por ejemplo, si en cierto tipo de seguro comienzan a aparecer pérdidas, ¿significa ello que deben reestudiarse las tasas y volver a valorarse, y, en tal caso, en cuánto? ¿O estas pérdidas sólo evidencian una mera experiencia casual de la cual no pueden extraerse conclusiones significativas? ¿Cuáles son los volúmenes indispensables de las diversas reservas que deben preverse? ¿Qué resultados pueden esperarse en pérdidas y primas al seguir una nueva política de suscripción? La solución a éstas y otras muchas cuestiones se esperan generalmente del actuario.

Control estadístico. Por su naturaleza, el control estadístico es vital para el éxito de la dirección de seguros. Las estadísticas válidas no las exigen sólo las autoridades legales y tributarias, sino, como veremos, estas informaciones son esenciales para diversas organizaciones tarificadoras. La compilación de estadísticas de nivel industrial es necesaria para poder preparar tasas actuarialmente justas. Pocas empresas se apoyan en tales estadísticas del modo en que el negocio del seguro lo hace. La industria del seguro fue de las primeras que utilizaron computadores de proceso de datos avanzados electrónicamente en el desempeño de las diversas tareas que se exigen a los departamentos de contabilidad y estadística.

Atención de las reclamaciones

La función de *atención de las reclamaciones* consiste en establecer las pérdidas bajo el contrato de seguro y ajustar cualquier diferencia que surja entre la empresa y el tenedor de la póliza. La atención de las reclamaciones se realiza generalmente sobre la marcha, mediante liquidadores independientes en la materia encargados de negociar ciertos tipos de convenios. Estos liquidadores tienen a veces un considerable conocimiento legal. El departamento de reclamaciones de un liquidador tendrá la responsabilidad de comprobar la validez de las pruebas escritas de pérdidas, investigar el sitio donde ocurrió el siniestro, estimar la cuantía del daño, interpretar y aplicar los términos de la póliza respecto a las diversas situaciones y apro-

bar finalmente el pago de la reclamación. Estas funciones son más amplias en el seguro de daños que en el de vida, a causa de la mayor frecuencia de las pérdidas, el predominio de los siniestros parciales y la incertidumbre en la cuantía de la pérdida en casos individuales.

La administración acertada de las soluciones dadas a las reclamaciones tiene una importancia suprema en el éxito de un asegurador. El descontento en las soluciones de reclamación entraña una mala disposición del público, que puede tardar años en desaparecer. El único contacto directo que el cliente de seguros tiene con el asegurador es, a menudo, el de las negociaciones con el departamento de reclamaciones. Una mala impresión recibida en tal ocasión puede repercutir en pérdidas comerciales, acción judicial, censura reglamentaria o suspensión incluso del derecho de desarrollar actividades en la jurisdicción correspondiente. Por otra parte, una política exageradamente liberal en la atención de reclamaciones puede repercutir finalmente en tasas más altas y pérdidas comerciales debido a que los competidores establecen primas menores.

Inversión y financiación

Cuando se suscribe una póliza de seguro, la prima se paga generalmente por anticipado y en períodos que varían entre seis meses y cinco o más años. Este pago anticipado de las primas eleva los recursos que el asegurador mantiene para los tenedores de las pólizas, fondos que deben invertirse de alguna manera. Toda compañía de seguro mantiene tales fondos, como también fondos que representan capital pagado, excedentes acumulados y varios tipos de reservas. Es función del *departamento de inversiones* seleccionar y supervisar los medios de inversión apropiados para estos bienes. La renta de las inversiones es un factor vital del éxito de cualquier asegurador. En el seguro de vida, la solvencia del asegurador depende de ganar un mínimo beneficio garantizado sobre sus bienes. En el seguro de cosas y de responsabilidad, la renta de la inversión representa una porción muy sustancial de los beneficios totales y ha servido para evitar frecuentes pérdidas en los aseguradores.

Dado que la forma de invertir los recursos del seguro se rige por una reglamentación gubernamental algo complicada, el director de inversiones debe familiarizarse con todas las leyes (de los diversos Estados) en que opera la compañía. Las inversiones deben también seleccionarse teniendo en cuenta la

política financiera del asegurador. Los aseguradores de cosas combinan normalmente capitales y excedentes que varían entre el 30 y 31 al 50 por 100 del total de los bienes (ver análisis en el capítulo 6) y los fondos equivalentes pueden invertirse en acciones comunes y preferentes. La forma en que se haga depende de la clase de seguro suscrito y de la necesidad de liquidez. Los aseguradores de vida, por otro lado, invierten una pequeña parte de sus bienes en acciones comunes y preferentes porque la naturaleza de la obligación del seguro de vida impone retornar en pago a los tenedores de las pólizas las cantidades garantizadas. Los bonos e hipotecas se escogen, generalmente, como medios principales de inversión para este fin. Los grandes aseguradores tienen departamentos especializados para las principales clases de inversiones; créditos sobre bienes inmuebles, escrituras de préstamo o hipotecas municipales.

La *financiación* se refiere a la planificación y el control de todas las actividades relacionadas con la creación de fondos para la empresa. Lo normal en la materia es que la mayor parte de las exigencias corrientes de financiación se satisfagan con beneficios reinvertidos, por lo que se recurre a escasos fondos externos. Sin embargo, son responsabilidad del jefe de finanzas los problemas de la cuantía de los dividendos de las pólizas, el cumplimiento de las exigencias gubernamentales de solvencia y la negociación de fuentes de capital tanto a corto como a largo plazo.

Contabilidad

La función de contabilidad en la dirección de los seguros tiene fundamentalmente el mismo propósito que la contabilidad en los resultados operativos de cualquier firma; concretamente, registrar, clasificar e interpretar la información financiera de forma que oriente a la dirección para planificar la política adecuada.

Funciones varias

Diversas funciones, tales como la asesoría legal, la investigación de marketing, los servicios mecanizados y el trabajo personal los desempeñan a menudo para el asegurador personas o firmas externas o departamentos especializados dentro de la empresa.

Asesoría legal. La función del consultor legal es asesorar a los otros departamentos de la empresa para que desempeñen su trabajo. Los aseguradores reciben ayuda para la preparación de los contratos de póliza y endosos, de forma que la documentación de la empresa quede redactada con una terminología legal correcta. La actividad legal es importante para la resolución de las reclamaciones, particularmente en las reclamaciones que se discuten, y el bufete jurídico debe representar a la compañía cuando se recurre a los tribunales.

La asesoría legal es necesaria para preparar los contratos de la agencia, el estudio de bonos y títulos inmobiliarios, la preparación de informes a la superintendencia de seguros y la interpretación de la legislación de seguros. Difícilmente, las actividades de un asegurador pueden desempeñarse eficazmente sin una asesoría legal competente. La mayor parte de los grandes aseguradores tienen sus propios departamentos legales. Otros utilizan las asesorías externas, que son usadas por las empresas para los asuntos excesivamente complicados.

Investigación de mercado. Ya nos hemos referido al papel de la investigación de mercado como asesora del departamento de producción. Hasta ahora, exceptuando el caso de compañías muy grandes, la investigación de mercado no se realiza habitualmente dentro de la firma. Cuando se hace se refiere sólo a áreas determinadas de investigación como, por ejemplo, la comprobación y desarrollo de una publicidad eficaz. Esta investigación puede constituir un factor vital del éxito a largo plazo de cualquier asegurador. El éxito de los aseguradores directos en la conquista de mercados frente a los que utilizan canales de distribución indirectos ha aumentado el interés de estos últimos por la investigación del mercado.

El papel de la investigación de mercado ha consistido en hacer más científica la toma de decisiones de los ejecutivos. La investigación de mercado puede asesorar de muchas formas a la dirección y su utilidad no se limita solamente al campo de la producción. Por ejemplo, una firma realizó una investigación psicológica con una muestra de asegurados para determinar las motivaciones básicas de su conducta frente al asegurador. Los resultados de esta y otra investigación condujeron a la empresa a establecer un programa de participación del asegurado en la toma de decisiones de la compañía.

Servicios de ingeniería. Estos servicios se utilizan particularmente en el campo del seguro de cosas como una valiosa co-

operación para la tarificación y el seguro. Es función del operador asesorar sobre las condiciones —es decir, los riesgos— que probablemente causan unas pérdidas. Sus servicios en la prevención de pérdidas y en operaciones de salvamento son extraordinariamente importantes para el funcionamiento del seguro.

Para asegurar con eficacia es indispensable la información respecto a las características físicas de las cosas expuestas a riesgo. Las categorías de tarificación se basan generalmente en sus características físicas y las tasas y créditos funcionan sobre esta base. Por ejemplo, el experto proporciona información que ayudará a resolver la pregunta: «¿Durante cuánto tiempo resistirá un vidrio resistente el calor de un edificio en llamas?» Si una construcción tiene tal tipo de vidrio, el asegurador está en mucha mejor situación para establecer su importancia que si no tuviera tal información. El técnico puede proporcionar respuestas a las siguientes preguntas: «¿Cuánto dinero costará reponer en sus antiguas condiciones un edificio incendiado?» «¿Es factible económicamente reflotar un buque hundido?» «¿A qué distancia de un edificio deberá colocarse un tanque de combustible por razones de seguridad en caso de una explosión?» «¿Impiden o reducen realmente los cinturones de seguridad las heridas causadas por accidentes de automóviles?» La utilidad de tal información para un asegurador es evidente y práctica.

Dirección de personal. La dirección del personal incluye generalmente la selección y despido de empleados, el mantenimiento de registros de empleo, la supervisión de los programas de entrenamiento y educación, administración de los programas recreativos y de beneficios marginales y otras funciones similares. La mayor parte de las grandes compañías y otras de menor importancia tienen departamentos del personal separados. Al margen del tamaño de la firma, la dirección del personal es una función esencial. El seguro, particularmente el seguro de vida, ha producido un despido de trabajadores algo más rápido que las demás industrias. La necesidad de otorgar creciente atención al problema del despido y descubrir las causas de esta anomalía incrementaron el ámbito e importancia de la dirección del personal entre las compañías de seguro.

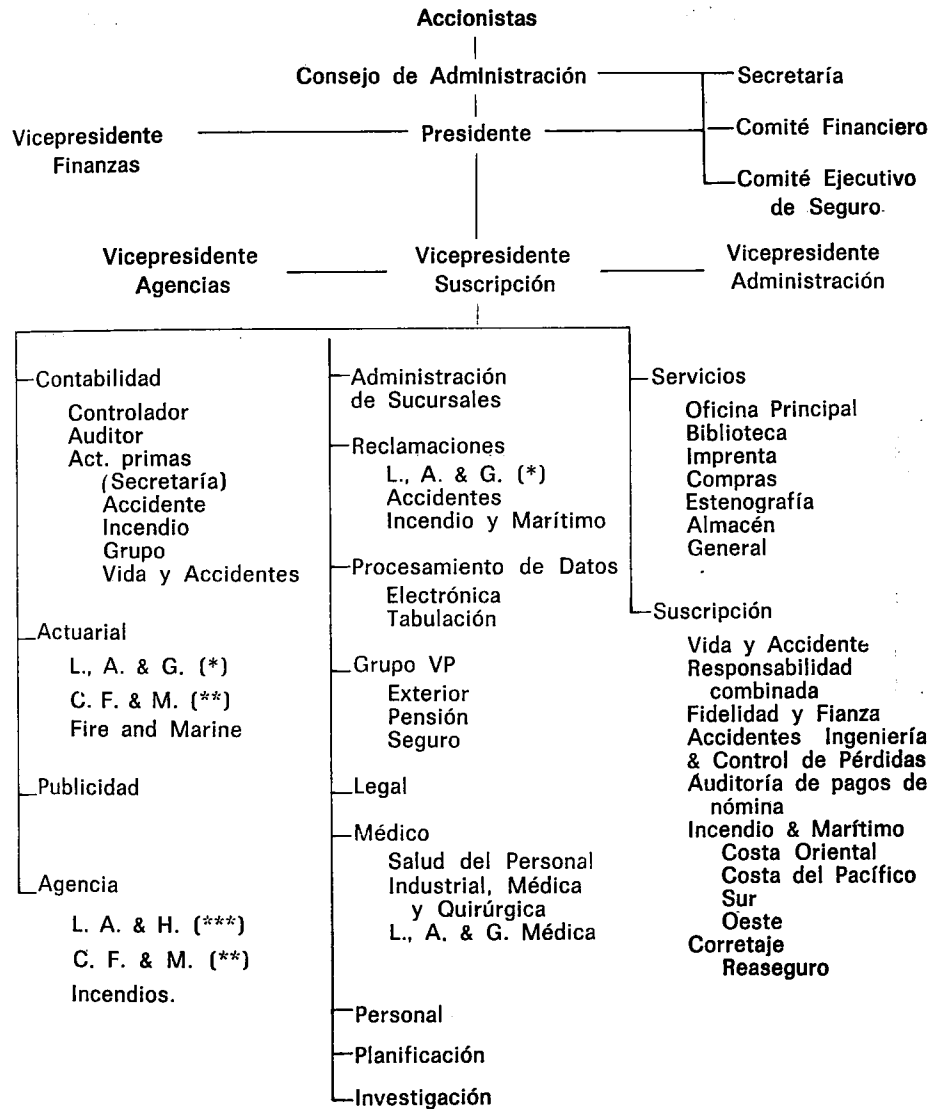
ORGANIZACION INTERNA DE LOS ASEGURADORES

Hemos descrito las funciones desempeñadas por la mayor parte de las compañías de seguros. La materia que ahora nos ocupa es el estudio de los mejores métodos de organización para el desempeño más eficaz de estas funciones. Analizaremos dos tipos principales de organización: interna y externa. Los problemas de *organización interna* son los que se relacionan con la forma en que el asegurador controla y organiza sus actividades internas, como el uso de divisiones por productos, divisiones territoriales, organizaciones por grupos o flotas y sistemas de líneas múltiples o línea total.

Organización territorial

El tipo de organización utilizado por un asegurador determinado y los tipos de departamentos por crear dependen de los problemas particulares que se afronten. La estructura más común es la dirección centralizada con departamentos organizados sobre una base funcional, según se ilustra en la figura 7-1. Sin embargo, se utilizan comúnmente otras bases, como la territorial y, a menudo, en forma concurrente con el tipo funcional. En la figura 7-1, por ejemplo, el asegurador establece la organización territorial para sus líneas de seguros de incendio y marítima

CUADRO SINOPTICO 7-1



(*) Vida, Accidentes y Grupo.
(**) Accidente, Incendio y Transporte.
(***) Vida, Accidente y Salud.

Un asegurador puede crear sucursales para ciertas regiones geográficas básicas; otros aseguradores establecidos en la costa oriental de los Estados Unidos han establecido sucursales en la costa occidental. Ciertas funciones tales como inversión y finanza legal, actuarial y contabilidad general corren a menudo por cuenta de la oficina principal, mientras que otras funciones como la suscripción, reclamaciones, tarificación y producción se descentralizan en cada una de las sucursales. La descentralización constituye una práctica general cuando la dimensión de los mercados distantes se desarrolla de tal manera que resulta más eficaz tomar a nivel local ciertas decisiones, antes que remitir todo a una oficina matriz central. El seguro sobre determinados riesgos que exigen contacto frecuente con el asegurado puede ser un buen ejemplo de tales decisiones. Negociar desde lejos puede ser complicado, ineficaz y causar finalmente pérdida en los negocios.

Organización por productos

En algunas operaciones de seguro, especialmente entre los aseguradores de líneas múltiples, los problemas de diferenciación de los tipos de seguros son tan técnicos y especializados que resulta ineficaz atender con un solo tipo de personal toda clase de negocios. Este puede organizarse por líneas de productos. El asegurador puede dividir la función de seguro por líneas de negocio, según lo explica, por ejemplo, la figura 7-1; en dicho caso, vida y accidentes, responsabilidad combinada e incendio y marítimo.

En una compañía de seguro de vida es frecuente encontrarse con divisiones separadas que atienden el seguro de vida de grupo, seguro de invalidez de grupo, seguro de vida popular y pensiones de grupo. Dentro de cada grupo pueden desempeñarse las funciones principales, tales como suscripción, contabilidad, reclamaciones, producción y servicios a los tenedores de póliza, conjuntamente con otras funciones realizadas por la oficina principal.

En el seguro de cosas y de responsabilidad civil, especialmente en las empresas que abarcan varios ramos, lo normal es que se creen divisiones separadas para las principales modalidades de seguro; así, incendios, transportes terrestres, fianza, responsabilidad, automóvil y accidentes del trabajo. Repetimos: cada departamento desempeñará ciertas funciones operativas principales y utilizará los servicios centralizados del asegurador

para las funciones actuariales, de inversión, legales y contabilidad general. El grado de autonomía de los departamentos de productos varía en cada firma, siendo algunas casi completamente autosuficientes y otras altamente dependientes de la administración centralizada, en cuanto a servicios y a diversos aspectos en materia de decisiones.

Organización de grupos

Desde sus comienzos, el seguro se desarrolló en los Estados Unidos siguiendo criterios de especialización. La mayor parte de los organizadores pensaron que los problemas técnicos de la suscripción del seguro, por su naturaleza, podían administrarse mejor centralizando cada empresa en torno a un tipo determinado de cobertura. De esta manera podía estudiarse cada riesgo por separado y se progresaba con mayor rapidez en el desarrollo de los métodos más adecuados que en el caso de dispersar los esfuerzos de la empresa hacia toda clase de riesgos. Se pensó que los Estados tendrían mayor facilidad para determinar con exactitud la capacidad financiera del asegurador en cuanto a la asunción de los riesgos que pretendía asegurar en caso de dedicar sus operaciones a un solo riesgo. La mayor parte de las leyes estatales se dictaron de acuerdo con este criterio, autorizando a los aseguradores para suscribir sólo determinados tipos de cobertura, tales como incendio y ramas similares, responsabilidad, fianza y seguro de vida. Las exigencias en cuanto a reservas dentro de cada Estado diferían generalmente según el tipo de seguro suscrito. La facultad de suscripción de seguros estaba habitualmente limitada a tres tipos de empresas: de seguro de cosas, de accidentes y de vida.

El crecimiento inicial de la organización de grupos. Surgen muchos problemas cuando se autoriza a una empresa suscribir únicamente ciertas modalidades de seguros. Un asegurador de vida puede haberse creado una organización de agentes que maneje el negocio. Los agentes, sin embargo, pueden desear vender otras clases de seguros. Esto exige utilizar a varios y diferentes aseguradores. Era natural que el asegurador de incendio estimara conveniente buscar la ampliación de sus facultades para ofrecer todo lo que sus agentes piden. Teniendo en cuenta que no podía ofrecer todos los tipos de seguro por sí mismo, se asociaba con un asegurador de accidentes cuyas facultades de suscripción incluían el tipo de seguro que se necesitaba. La aso-

ciación se lograba mediante la formación de un «grupo» de compañías que centralizaban una dirección y propiedad común. Lo que condujo a la iniciación de las operaciones de grupo fue la obtención de una mayor representación de la agencia y la garantía de diversificación del negocio. En 1898 tuvo lugar la primera de estas agrupaciones cuando la National Fire de Hartford adquirió el control de la Mechanics and Traders Insurance Company. El gran crecimiento del seguro de accidentes llevó a muchas empresas al seguro de grupo hasta que en 1929, 357 firmas operaban como miembros de unos 90 grupos independientes.

Este método un tanto arbitrario de obtener alguna de las ventajas de las operaciones a gran escala en la administración del seguro comenzó a declinar en el período de la depresión en 1930. Los tiempos difíciles forzaron a la industria a un atrincheramiento caracterizado por las agrupaciones y los retiros. Durante la Segunda Guerra Mundial la escasez de personal y otras restricciones propias de los tiempos de guerra impidieron que la agrupación recuperara su anterior importancia. En 1947, la Asociación Nacional de Comisionados de Seguro, asociación que incluye a las autoridades reglamentarias en materia de seguro, aprobó una recomendación para respaldar lo que vino a conocerse como la legislación de línea múltiple, que eliminó las reglamentaciones limitativas, promoviéndose así las organizaciones de grupo. Las leyes de línea-múltiple que se habían aprobado en cada Estado permiten ahora que los aseguradores suscriban distintas clases de seguro siendo una única firma. Ahora se cree que la administración en grupo dejará de expansionarse y puede ser que sea abandonada gradualmente por la industria del seguro.

Importancia actual de la organización de grupos. La organización de grupos en la administración del seguro continúa teniendo gran importancia, a pesar del advenimiento de las facultades de línea-múltiple y de total-de-líneas. En 1970 había operando aproximadamente 135 grupos de sociedades anónimas. Las amplias legiones de aseguradores controlaban una gran mayoría en el volumen de primas del seguro de cosas y de responsabilidad entre el total de los aseguradores. Dos tercios de los grupos líderes de aseguradores continúan además manejando una gran parte del negocio de seguro de vida y de la salud, a través de empresas subsidiarias bajo su control; la mitad de todos los grupos tienen una o más compañías de seguros de vida.

Razones de la permanente importancia de la organización de grupos. Hay diversas explicaciones respecto a la permanente importancia de la organización de grupos, aunque ha desaparecido la razón original que les dio vida. En primer lugar, no existen razones decisivas para pensar que necesariamente la agrupación sea más eficaz que el actual sistema de gerencia. Lo evidente parece ser precisamente todo lo contrario a causa de los problemas que presentan las operaciones de-línea-múltiple. Exceptuando ciertas funciones, tales como las operaciones de inversión, la contabilidad general y las altas decisiones de política que pueden lograrse con mayor eficiencia en las agrupaciones es probable que las direcciones descentralizadas y separadas sean más satisfactorias. La suscripción es, por ejemplo, una tarea relativamente especializada aún y requiere a menudo años de adiestramiento antes de lograrse una competencia eficaz. Ha habido problemas de difícil solución en las compañías que intentan combinar varios tipos de cobertura dentro de una póliza, a causa de la escasez de personas competentes para analizar los diversos tipos de cobertura. Es costoso emprender un nuevo tipo de organización, y a menos que exista una fuerte probabilidad de mayor eficacia en ello, no es aconsejable la reorganización.

En segundo lugar, el actual tipo de organización se adapta perfectamente a la experimentación de nuevas técnicas de seguro. Al encarar con el problema de la competencia en las organizaciones de aseguración directa, muchas sociedades anónimas han formado sucursales para abordar las innovaciones; así. los formularios de pólizas, las cuentas directas y las nuevas combinaciones de pólizas. Estas experiencias pueden ampliarse en caso de éxito.

En tercer lugar, las actuales empresas se descentralizan geográficamente y es difícil consolidar eficazmente compañías diversas organizadas en diferentes Estados. Muchos de estos aspectos han sido objeto de estudio durante años y las agrupaciones pueden significar la pérdida de esta inversión y de la buena voluntad que representa. Puede perderse el personal especializado y el procedimiento de adiestramiento de los sustitutos capaces puede ser muy costoso.

Hay por último, una tendencia en las empresas del seguro de cosas a ingresar en el campo del seguro de vida. Sin embargo, las leyes sobre líneas múltiples prohiben, en la mayoría de los Estados, que las empresas consolidadas vendan seguro de vida conjuntamente con otras modalidades. Se requiere una or-

ganización separada. Esta exigencia corresponde al modelo establecido de la organización de grupo.

Organización de línea múltiple

Las organizaciones llamadas *de línea múltiple* son aquellas que suscriben muchos tipos de seguro de cosas y de responsabilidad dentro del marco de una sola organización. Estas compañías en raras ocasiones administran directamente el seguro de vida y generalmente lo hacen por intermedio de una compañía separada. La organización de línea múltiple se manifiesta como un método que permite la simplificación de los contratos de seguro. La mayoría de las autoridades en seguro estiman que una técnica que exige pólizas distintas para cada tipo de cobertura es inadecuada y totalmente superflua. ¿Por qué no combinar, digamos, incendio, tormenta, automóviles, responsabilidad civil domiciliaria y robo domiciliario y un seguro de efectos de uso personal en una «póliza conjunta» diseñada para el propietario, que dispondría así de una empresa, una póliza y un agente para la mayor parte de sus necesidades de seguro? Se argumenta que si esto fuera posible el agente de seguros obtendría comisiones mucho mayores y podría atender a cada cliente mucho mejor que si sólo contara con una pequeña porción del negocio total del cliente. El cliente, además, podrá adquirir muchas coberturas que no compraría separadamente, permitiendo así que el asegurador obtenga una mayor dispersión de los riesgos.

Una desventaja del sistema de división de los ramos de seguro reside en la inflexibilidad que se crea en el negocio. Un asegurador sólo puede suscribir aquellas ramas de seguro para las cuales está autorizado específicamente. Así, cuando se requiere la protección de un nuevo tipo de seguro debe solicitarse una autorización especial del Poder Legislativo estatal antes de ofrecer la cobertura. En Nueva York, por ejemplo, durante cierta época no se autorizaba el seguro de error médico ni el de automóviles o caída de aviones. Este problema se resuelve, sin embargo, con la facultad de contratar seguros de línea múltiple. Todos los Estados han aprobado últimamente leyes en este sentido.

Como puede observarse a través del análisis precedente de la organización de grupos, la industria del seguro ha derivado lentamente hacia una alteración de sus formas de organización básica para adaptarse a las nuevas modalidades de línea múltiple. No cabe extrañarse de que un tipo de organización que se ha desarrollado durante los últimos cien años, tipo al que se ha ajustado la industria, no ceda su lugar de un día para otro a nuevas concepciones. Las facultades de línea múltiple han creado nuevos problemas cuyas soluciones sólo habrán de desarrollarse en forma gradual. Ya se ha hecho referencia a la falta de personal adiestrado, especialmente en la suscripción de seguros. La falta de un fondo de información estadística en el cual basar las tasas para las nuevas combinaciones de pólizas es otro escollo que podrá superarse solamente a medida que el tiempo permita la acumulación de información suficiente. Deben desarrollarse nuevos métodos de comercialización para asimilar el nuevo concepto de seguros combinados, de forma que los agentes actuales trabajen eficazmente y tengan una compensación satisfactoria económicamente. Dado que un seguro combinado supone nuevas técnicas de ventas y exige un aumento sustancial de la prima promedio por póliza, la industria debe desarrollar nuevas técnicas como el financiamiento de primas y los medios de adiestramiento del personal de la agencia. Finalmente habrá que desarrollar nuevos métodos de reglamentación de las empresas de línea múltiple. Algunas materias básicas ilustrativas de los temas por reglamentar son: las características de las reservas para las pólizas combinadas, la frecuencia de la inspección de las empresas de línea múltiple, qué tasas razonables y adecuadas, y en ningún caso excesivas, deben establecerse y qué nuevos requisitos deben imponerse a los agentes de seguro para operar.

A pesar de los diversos problemas, la legislación de línea múltiple ha abierto un nuevo campo a los aseguradores. Los nuevos tipos de contratos autorizados por las leyes de línea múltiple se conocen como pólizas multirriesgo, pólizas en que varios y diferentes tipos de riesgos, que antes se suscribían mediante contratos separados, se combinan ahora en uno solo; por ejemplo, los contratos de riesgo múltiple de los propietarios y comerciantes. En 1959, estas nuevas pólizas representaban sólo un 25 por 100 del volumen de primas en comparación con las pólizas de incendio. Las primas suscritas por un grupo de 45 aseguradores de grandes propiedades y seguros de responsabilidad civil en pólizas multirriesgo para propietarios y comerciantes excedían en un 20 por 100 en 1966 y 58 por 100 en 1970 a las primas suscritas en seguro de incendio. Los nuevos contratos no han dejado de tener problemas en cuanto a la suscripción. Por ejemplo, en el período 1966-1970, los grupos de sociedades anónimas perdieron dinero cada año en las pólizas

multirriesgo. Cabe concluir que el crecimiento sustancial en este último campo continuará probablemente en los años próximos, pese a los problemas de adaptación de la organización de riesgo múltiple y a los resultados variables de los contratos de suscripción.

La organización de línea completa

Los términos de *organización de línea completa* se refieren a la disposición por la cual un asegurador puede suscribir literalmente todas las líneas de seguro con una sola autorización. En 1960 había 13 Estados en los que la ley estatal lo permitía. Sin embargo, mediante equipos de empresas, muchos aseguradores suscriben el total de líneas y parecen tener la misma eficacia que los aseguradores que ofrecen tales coberturas dentro de un solo marco administrativo. Para asegurar todas las líneas, uno de los grandes problemas que se plantea es la obtención de personal adiestrado para su manejo. Algunos consideran que el seguro es demasiado complejo como para que todas las clases de agentes sean competentes en cualquier zona en que elijan trabajar. Otro problema es el financiero. A un asegurador le supone una considerable inversión de tiempo y dinero la incorporación al negocio del seguro de vida, sea que lo haga mediante una fusión de empresas o que parta desde cero. Sin embargo, el seguro de línea completa parece estar ganando el favor de los empresarios. En muchas empresas de seguro de cosas y de responsabilidad civil de carácter local, un «agente de vida» ha pasado a manejar esta fuente de negocios cada día más importante de la empresa: las primas de seguro de la salud y de vida.

EL MOVIMIENTO DE FUSION

La «urgencia por fusionarse» constituye una evidencia complementaria del interés de las compañías de seguro por el sistema de línea múltiple y el de línea completa. Las fusiones de compañías de seguros ha constituido una importante tendencia dentro del cambio institucional en el período posterior a la segunda guerra mundial. El 40 por 100 de los aseguradores que se retiraron del negocio en el período de 1954 a 1964, en número aproximado de 300, representaban fusiones con otros aseguradores.

Las fusiones en el negocio del seguro pueden clasificarse en relación al tipo de firma que inicia la fusión: aseguradora, financiera o industrial.

Iniciación entre las empresas de seguros

Ya hemos descrito el primer tipo de fusión al analizar las empresas de línea múltiple y de línea total que han formado grupos y «holdings». La intención principal de estas fusiones era aprovechar las ventajas de la legislación que permitió la combinación de operaciones de seguros, anteriormente separadas, dentro de varios tipos de sectores de seguros que permitían una distribución mejor y más barata del servicio entre los consumidores. Existe también un deseo de las empresas de seguro de entrar en los terrenos financieros de las Cajas mutuales, el «leasing» de computadores, la banca y las sociedades inmobiliarias. Entre estas empresas se encuentran gigantes económicos como la financiera CNA, US. Life Corporation (Asociación vida de los Estados Unidos), American General, Transamerica y Equity Funding Corporation.

Iniciación entre empresas financieras

El segundo tipo de fusión tuvo lugar cuando ramas como la Banca y las empresas financieras se interesaron en la adquisición de compañías de seguros. La intención principal de estas fusiones parece ser el deseo de las financieras de ampliar sus líneas de servicios con la inclusión del seguro. Entre las firmas que han hecho dichas adquisiciones se incluyen American Credit Corporation (cuyo «holding» incluye seis empresas de seguro, tanto de vida como de cosas), Capital Bankshares (Acciones Bancarias de Capital), Family Finance Corporation (Sociedad de Finanza Familiar), Financial General Corporation (Sociedad Financiera General), Investors Diversified Services (Servicios Diversificados para Inversores) y CIT Financial Corporation (Sociedad Financiera CIT).

Iniciación entre empresas industriales

El tercer tipo de fusión tuvo lugar cuando sociedades anónimas sin carácter asegurador ni financiero comenzaron a comprar las firmas de seguros existentes o a formar otras nuevas para complementar sus restantes actividades de fabricación, venta al detall o para ampliación de sus servicios. Ejemplos de estas fusiones son: International Telephone and Telegraph (que adquirió la Hartford Fire Insurance Company (Compañía de Seguro de Incendios de Hartford), Leasco Data Processing (Procesadora de Datos Leasco), que adquirió Reliance Insurance Company (Compañía de Seguros la Confianza), Sears Roebuck and Company (que formó la All State Insurance Company) (Compañía de seguros para todos los Estados), J. C. Penney Co. (que formó sus propias sucursales de seguro de vida y responsabilidad civil sobre las cosas), Deere and Co. (que controla las compañías de seguros Rock River Life Insurance y Rock River Insurance Co.) y la Ford Motor Company (que formó tres aseguradoras que atienden líneas de vida y otras líneas).

El efecto de estas fusiones y agrupaciones sobre las funciones y operaciones de las aseguradoras ha sido considerable y promete aún ser mucho mayor en las décadas próximas. Por ejemplo, las empresas ajenas al seguro que han absorbido aseguradoras a menudo retiran los excedentes de las operaciones de seguros y utilizan estos fondos, según cabe presumir, para fines más ventajosos y de mayor rentabilidad. Según indica el Instituto de Información del Seguro, «La falta de lucro mezclada con la diversión de 1,5 mil millones de dólares de capital de inversión en los últimos dos años dieron lugar a la preocupación de que pudiera restringirse de alguna manera la capacidad de enfrentarse a las necesidades de seguros de la nación, en un momento de rápido crecimiento».

Ventajas para los aseguradores

Para ilustrar alguna de las ventajas que suponen las fusiones para las firmas de seguros cabe considerar el caso de una agrupación de seguro que antes operaba el seguro de cosas y de responsabilidad civil, que decide comprar una empresa de seguro de vida. La empresa de seguro de vida podrá disponer de un amplio número de agentes que venden tan sólo seguro de

vida y salud. Estos agentes tienen clientes cuyas operaciones comerciales de seguro general podrían contratarse igualmente. Si el agente de seguros de vida no se interesa o no está adiestrado para trabajar los seguros generales puede entregar listas de candidatos a los agentes locales del asegurador especializados en este campo. El asegurador y sus agentes locales, por su parte, pueden proporcionar al agente de seguros de vida muchos datos para lograr ventas adicionales en materias de vida y salud.

Hay otros motivos para que la compra de una compañía de seguros de vida resulte útil a un asegurador de ramos generales. La aseguradora de vida puede disponer de una suma sustancial para inversiones que respalden los ingresos del asegurador general. Las operaciones de seguro de vida tienen utilidades más altas que los seguros generales y la operación combinada puede producir, por tanto, utilidades mayores y más estables. Es bien sabido que muchos aseguradores de responsabilidad civil y de cosas se apoyan en las utilidades de sus inversiones para eliminar las pérdidas en las líneas generales de seguros. La operación de seguro de vida otorga una considerable estabilidad a los resultados económicos de estos aseguradores que de otra forma serían aleatorios.

Ventajas para las firmas financieras

Las mismas motivaciones que mueven a los aseguradores a mezclarse en finanzas y en otras líneas de actividad similares pueden llevar a un complejo financiero a comprar una aseguradora, en base a las siguientes razones:

1. Se puede ofrecer al consumidor una «tienda por departamentos» de servicios financieros y anexos. Por ejemplo, de seguro de vida y aportaciones a fondos mutuos que siempre van de la mano, en calidad de plan atractivo para lograr una seguridad financiera. El concepto de «tienda por departamentos» es especialmente significativo para vender planes de beneficios con descuentos por nómina, que incluirían posiblemente, en el futuro, tanto el seguro de incendios y de automóvil como también los de vida, fondos mutuos o planes de retiro.
2. El personal adiestrado es escaso, y la fusión puede utilizar mejor a los actuales agentes para el manejo de más de un ramo. La existencia de un equipo de trabajo adiestrado por una empresa de seguro de vida es causa, a menudo, de que una mutualidad compre

una anónima a fin de obtener un equipo de ventas suficientemente preparado.

3. Las utilidades pueden estabilizarse mediante las operaciones combinadas. Cuando los ingresos por un tipo de seguro son bajos, pueden compensarse con las ganancias excesivas en otros sectores.
4. Pueden existir ventajas fiscales en las operaciones de una empresa «holding». Una compañía de seguro de vida, por ejemplo, debe pagar impuesto a la renta de tipo federal sobre su reserva básica. Si el asegurador desea ampliar su operación, expansionando sus reservas básicas, tendría mayores impuestos. La organización en forma de empresa «holding» permite la expansión mediante compañías filiales separadas, minimizando así el efecto adverso del impuesto sobre la renta.

Ventajas para las firmas industriales

Una empresa industrial puede adquirir compañías de seguros por diversas razones. Entre éstas conviene mencionar las siguientes:

1. La empresa puede estimar que puede utilizar los excedentes de la compañía de seguros con mayor provecho que ella. Las utilidades de las compañías de seguro han bajado considerablemente en relación a los de las empresas o firmas semejantes por diversos factores que se analizan en el capítulo 27. Por ejemplo, la Compañía Procesadora de Datos Leasco, que tenía en 1968 un capital de 75 millones de dólares, aproximadamente, adquirió las acciones de Reliance Insurance (Seguros La Confianza) por valor aproximado de 600 millones. Se utilizó el excedente económico para adquirir computadores con fines de «leasing». Los aseguradores tienen generalmente un flujo amplio de dinero efectivo que, en el ciclo del negocio, es relativamente estable. Este flujo de dinero efectivo atrae generalmente a la empresa industrial necesitada de capital para su expansión.
2. Muchos negocios de las empresas de venta al detalle o servicios pueden vender seguros con eficacia mediante sus canales de distribución actuales. Pueden utilizar, así, su posición en el mercado y hacer más provechosa su situación mediante una ampliación de sus líneas de productos. «Allstate» ha logrado vender seguros con mucha eficacia a través de las tiendas de venta al detalle de Sears Roebuck. La compañía J. C. Penney ha realizado operaciones muy similares. Los fabricantes de automóviles, por último, venden eficientemente las pólizas de sus empresas filiales propias a través de sus distribuidores.

Posibles efectos de las fusiones sobre el Seguro

Cabe meditar sobre los posibles efectos futuros de los cambios organizativos ya descritos, especialmente las fusiones, sobre las operaciones de seguro. Muchos de los efectos que se indican a continuación son ya una realidad y es de esperar que se amplíen.

Mayor concentración del mercado. El efecto inmediato y obvio de las fusiones y las empresas «holding», en caso de continuar, será el dominio del mercado por unas pocas empresas nacionales e internacionales que controlen una proporción creciente del negocio del seguro. Con una mayor concentración de la industria puede surgir la tendencia hacia una mayor legislación federal como manera de obtener niveles mejores de protección del consumidor que la que se obtiene con una reglamentación de simple nivel estatal. Se establecerán tal vez algunas agencias especializadas de Gobierno para abordar el problema de la regulación de las funciones aseguradoras de las empresas agrupadas.

Orientación de marketing. Es posible que haya una tendencia entre las futuras generaciones de directores de seguros hacia una orientación mayor hacia el consumidor en vez del producto. Los que se orientan al manejo de una sola línea de servicio financiero que primero «inventan» y luego intentan vender tienen sus días contados. Se dará un mayor énfasis al estudio previo de las necesidades del consumidor y al intento de satisfacerlas con productos apropiados. La competencia del personal será cada vez mayor, especialmente el personal de dirección que tenga «mayor y mejor visión».

Esfuerzo de ventas y compensación. La tendencia a que los vendedores de seguros sigan constituyéndose en asesores profesionales de las finanzas familiares continuará. Están contados los días del agente de seguros a media jornada, visitando puerta a puerta a sus clientes. El mismo sistema de remuneración por comisiones, propio del seguro de vida, puede dar paso a un sistema de bono-salario, como ha ocurrido ya en el seguro de vida de grupo.

Líneas de productos. Crecerá la tendencia a vender conjun-

tos de los siguientes tipos: a) Seguro y fondos mutuos. b) Seguro de vida y rentas variables. c) Préstamos hipotecarios sobre el seguro de vida y seguro de cosas y responsabilidad civil. Las oportunidades de combinación de seguros y productos financieros parecen ilimitadas. Se espera además que la empresa de «holding» de seguros o la empresa de «holding» financiero ofrezcan una gama considerablemente mayor de servicios que la actual. Podrá ofrecerse habitualmente el arbitraje y administración de reclamaciones, servicios mecanizados, ingeniería, información de créditos, servicios de computación, inmobiliarios, de representación, planificación estatal, contabilidad, tributación y otros muchos.

Marketing de grupo. Las nuevas formas de organización comercial del seguro tendrán la misión de respaldar la creciente tendencia del marketing de grupo, llamado también mercadeo de masa. Los aseguradores de vida han establecido hace tiempo la venta de seguro de salud y de vida mediante sistemas de descuentos por nómina. Los mismos sistemas se aplican ahora al seguro de cosas y responsabilidad civil.

ORGANIZACION EXTERNA DE LOS ASEGURADORES

La organización del seguro está en gran parte relacionada con la cooperación conjunta. Esta cooperación se realiza mediante asociaciones de distintas clases destinadas a fines muy concretos. Sin esta cooperación no podrían cumplirse muchas tareas propias del seguro. Aquí podemos tratar sólo de algunas de las muchas asociaciones, pues una enumeración exhaustiva llenaría un volumen completo.

Organizaciones de tarifación

Las organizaciones de tarifación tienen gran importancia. Aunque puede parecer que tales grupos violarían las leyes antimonopolios, la mayor parte de los Estados las autorizan específicamente. Este tipo de cooperación es esencial porque muchas empresas no tienen un volumen comercial suficientemente amplio en ciertas líneas que le permita establecer tarifas estadísticamente válidas. Al agrupar la experiencia de muchas compañías, como sucede en estas organizaciones, se reúne un

material de información muy amplio que permite un grado más exacto en el cálculo científico de las tasas. Generalmente, las compañías afiliadas financian la organización, pero en algunos Estados el Gobierno es dueño y administra la agencia. Esto es lo normal en el seguro de accidentes de trabajo. La reglamentación estatal mantiene jurisdicción general sobre las actividades de tasación de los seguros a fin de comprobar si la asociación no establece tasas excesivamente altas o discriminatorias.

La cooperación en la fijación de las tasas es corriente en los seguros de incendio, automóviles, garantía, marítimo y accidentes del trabajo. En materia de seguro de vida, aunque no existen instituciones de fijación de tasas, se obtiene un resultado similar mediante la adopción universal de tablas uniformes de mortalidad.

La influencia de la cooperación en la fijación de las tasas va más allá del mero establecimiento de tarifas uniformes. Si las empresas se proponen cobrar tasas similares, se llega a la conclusión de que la mayor parte de ellas deben tener ganancias y pérdidas más o menos semejantes. Para llegar a este resultado deben ser completamente uniformes las cláusulas de las pólizas. Las instituciones de fijación de tasas han trabajado por cláusulas uniformes en las pólizas y pólizas uniformes en general. Esto ha tenido una influencia de gran alcance en el comercio de seguros y ha permitido un desenvolvimiento ordenado de las coberturas. Como se verá, la uniformidad de las pólizas está muy difundida. Otra influencia en algunas líneas de seguros ha sido el control ejercido por las instituciones de fijación de tasas sobre los gastos de comisiones de la agencia y otros similares. Esto ha permitido el control, al menos parcial, de la demanda competitiva de servicios de los agentes y ha mantenido los costes de producción del seguro en un nivel bastante razonable en la mayoría de los ramos de seguro.

Un ejemplo importante de organización en la fijación de tasas es la Oficina de Servicios del Seguro (ISO) que fija las tasas de 13 modalidades del seguro de cosas y responsabilidad civil para sus empresas afiliadas. ISO dirige la investigación actuarial, establece tasas para algunas aseguradoras, da asesoría a otros en problemas de prorrateo, actúa como un agente estadístico para la sumisión de la información experimental a las autoridades reglamentarias, prepara pólizas uniformes, presenta solicitudes a los departamentos de seguro estatal y facilita asesoría directiva a sus compañías miembros. Esta organización sustituyó a varias que le precedieron, incluyendo el Con-

sejo de Tarifación del Seguro (Insurance Rating Board), el Bureau de Tarifación de Seguro de Línea Múltiple (Multi-line Insurance Rating Buerau) y el Centro de proceso de la Información del Seguro (Insurance Data Processing Center).

Grupos de prevención de pérdidas

Otra importante organización cooperativa del seguro se ha presentado en el campo de la prevención de pérdidas. La importancia de este tema se ha analizado ya en el Capítulo 3, El Consejo Nacional de Aseguradores de Incendios (National Board of Fire Underwriters) una de las más conocidas entre dichas organizaciones, es una agrupación de sociedades anónimas de seguro de incendio dedicadas a su prevención, y es una de las más conocidas entre este tipo de asociaciones. Los Laboratorios de Aseguradores, formados originalmente mediante la cooperación de los aseguradores de incendios a fin de probar la combustibilidad de diversos materiales en la Feria Mundial de Chicago de 1893, ha extendido su influencia y zona de actividades hasta ser hoy día necesario su sello de aprobación. Este sello es buscado por la mayor parte de compradores de productos tales como artículos eléctricos, materiales de construcción y contenedores a prueba de incendio, en los que el factor de seguridad de incendio es de importancia. En el seguro de responsabilidad civil, el Consejo Nacional de Seguridad (National Safety Council) ha tenido una influencia similar.

Organizaciones de Reaseguro

El Reaseguro se atiende en gran medida mediante la actividad cooperativa de los aseguradores y es uno de los tipos vitales de organización externa que resuelve las necesidades esenciales de los aseguradores. Anteriormente hemos hecho referencia al uso del Reaseguro como un instrumento del seguro, y este capítulo concluye con el análisis de tan significativa actividad.

El Reaseguro puede definirse como la cesión hecha por un asegurador inicial, llamado *compañía cedente*, de una parte del riesgo que acepta a otra compañía llamada *reaseguradora*. Una reaseguradora puede también transferir los riesgos a otro reasegurador, proceso conocido como *retrocesión*. Muy a menudo, un asegurador cedente es también reasegurador al mismo

tiempo, formando parte de un *tratado* dentro del cual cada asegurador miembro participa compartiendo el riesgo. Los acuerdos de reaseguro son, por su naturaleza, internacionales, constituyendo un importante factor del mercado mundial de reaseguro el Lloyd's de Londres. Los riesgos enormes, como el Golden Gate Bridge, de San Francisco, se aseguran y reaseguran a través del mundo de tal forma que, en caso de catástrofe, ningún asegurador sufrirá posiblemente consecuencias financieras desastrosas.

Usos y ventajas del Reaseguro. Uno puede preguntarse por qué un asegurador que ha abordado todos los gastos y dificultades del negocio de asegurar iba a transferir voluntariamente una porción de él a un tercero. Hay muchas razones para ello, siendo la principal que el asegurador inicial se ve requerido a veces a aceptar una responsabilidad de pérdida que excede de la cantidad que le permite su capacidad financiera. En lugar de aceptar sólo una parte del riesgo, motivando así molestias y mala disposición por parte del cliente, la compañía acepta todo el riesgo, sabiendo que puede transferir al reasegurador la parte que no le interesa cubrir. Se evita así al tenedor de la póliza la necesidad de entenderse con muchas empresas. Se simplifican también los procedimientos de dirección usando una sola póliza con una sola prima. La cobertura de la póliza no sólo es más uniforme y fácil de comprender, sino que hace mucho más segura la garantía adicional del reasegurador.

Desde el punto de vista del asegurador, el reaseguro no sólo distribuye el riesgo, sino que tiene otros usos y ventajas. La estabilización de las utilidades y de la siniestralidad constituyen una importante ventaja. Es cierto que el buen negocio debe ser compartido por otros, pero también debe compartirse, en cambio, algo del mal negocio. A la larga, generalmente se considera más deseable tener un nivel de utilidades y pérdidas más bien bajos, pero estables, que obtener un nivel mayor, pero inestable. Esto no supone que necesariamente los convenios de reaseguro reduzcan los niveles medios de utilidades, pero también excluyen firmemente las fluctuaciones que tendrían lugar normalmente. El reaseguro, además, no significa siempre la pérdida del volumen de primas, porque uno de los resultados del reaseguro es la provisión de nuevos negocios. Como miembro de un grupo de empresas cesionarias organizadas para la participación mutua en los riesgos, una de dichas empresas debe aceptar generalmente que otros aseguradores hagan negocio. Algunas empresas obtienen de esta manera una porción impor-

tante de su volumen de primas y otras se dedican exclusivamente al negocio del reaseguro.

Se utiliza también el reaseguro para lograr una reducción del nivel de requisitos para la reserva de primas no cobradas. Para las empresas nuevas y pequeñas, especialmente, una de las limitaciones en la tasa de crecimiento la constituye la exigencia legal de que la compañía separe las primas recibidas como reservas de primas no cobradas para los tenedores de pólizas. Aunque entre estas exigencias no se establecen partidas de gastos realizados, el asegurador debe pagar comisiones de los agentes y otros gastos del excedente. Como las primas se ganan durante la vigencia de la póliza, estas cantidades se reintegran al excedente. Entretanto, sin embargo, puede ocurrir que el asegurador no logre financiar parte del negocio que se le presenta. Mediante el reaseguro, la firma puede aceptar todo el negocio que pueda obtener mediante su equipo y pasar al reasegurador parte de la responsabilidad de pérdida, y con ello la pérdida y la exigencia de reserva de primas no cobradas.

Finalmente puede utilizarse el reaseguro para cancelar o finalizar el seguro de un tipo determinado. Si una firma desea liquidar su negocio es concebible que pudiera cancelar todas sus pólizas y retornar a los tenedores de pólizas las primas no cobradas. Esto, sin embargo, no es lo normal en la práctica concreta por la necesidad de sacrificar las ganancias que se obtendrían normalmente de dicho negocio. Probablemente sería imposible recuperar completamente los gastos que se efectuaron para montar el negocio. Mediante el reaseguro, sin embargo, las responsabilidades por los actuales seguros pueden transferirse y permanecer inalterables. Si un asegurador desea abandonar su negocio de seguro de vida puede hacerlo mediante el reaseguro. Dado que la póliza de seguro de vida no es cancelable, el tenedor tiene el derecho de continuar su protección como lo desee. Si no fuera por el reaseguro, el reasegurador encontraría difícil, si no imposible, lograr su objetivo de liberarse de la obligación de continuar con la cobertura del asegurado.

Tipos de Convenios de Reaseguro. La organización del reaseguro se presenta en diversas formas, desde arreglos contractuales individuales con los reaseguradores hasta «pools» en que un cierto número de aseguradores iniciales convienen en aceptar ciertos tipos de seguros sobre ciertas bases preestablecidas.

Reaseguro Facultativo. Puede describirse como el tipo más

sencillo de reaseguro; es un convenio *informal facultativo* o un reaseguro específico sobre bases opcionales. Dentro de este convenio, un asegurador inicial, considerando la aceptación de un cierto riesgo, ofrece su reaseguro, intentando negociar una cobertura para dicho contrato específico. Un asegurador de vida, por ejemplo, puede recibir una solicitud para una sola persona de un seguro de un millón de dólares. Deseando no rechazar este negocio, pero reticente aún para aceptar la cobertura total, el asegurador inicial comunica todos los detalles de esta póliza a otro asegurador con el cual ha contratado anteriormente. El otro asegurador puede convenir en asumir, digamos, todo siniestro sobre 100.000 dólares de este contrato a cambio de un porcentaje de la prima. El asegurador inicial, entonces, firma el contrato. El convenio de reaseguro no afecta al asegurado en sentido alguno. El reaseguro facultativo es conveniente, generalmente, cuando el seguro tiene una naturaleza excepcional o cuando se conviene sólo ocasionalmente. Este acuerdo resulta gravoso e insatisfactorio cuando los convenios de reaseguro deben negociarse con cierta regularidad.

Ocasionalmente, un asegurador tendrá un convenio en que el reasegurador se obliga a aceptar ciertos tipos de riesgos que le ofrezca la compañía cesionaria, pero teniendo ésta la decisión final de aceptarlo o no. Este acuerdo puede denominarse contrato *formal facultativo* o pacto facultativo y se utiliza cuando la compañía cesionaria se compromete, a menudo en ciertos tipos de riesgos, a través de sus agentes, sin tener la oportunidad de examinar la propuesta. La empresa puede retener la responsabilidad completa cuando el riesgo es de tal tipo que no requiere ni desea reaseguro. En otros casos someterá el contrato al reasegurador, que está obligado a tomarlo. Estos pactos de reaseguro son, generalmente, desfavorables para el reasegurador debido a la tendencia de la compañía cesionaria a reservar para sí los mejores negocios y traspasar las líneas dudosas al reasegurador.

Tratado automático u obligatorio. Para proteger a todas las partes incluidas en la tendencia antes descrita, para acelerar la transacción y para eliminar el gasto e inseguridades de la negociación particular, puede establecerse un reaseguro en que la compañía cesionaria se compromete a ceder cierta cantidad de contratos y el reasegurador se obliga a aceptarlo. Este pacto se denomina *automático* u *obligatorio.* Entre estos acuerdos encontramos varios tipos, denominados *tratados,* porque cada miembro del acuerdo acepta a menudo el reaseguro de los otros.

La cantidad que la empresa cedente conserva por cuenta propia se conoce como *retención neta,* y la cantidad cedida a los demás se conoce como *cesión.*

Se reconocen dos tipos básicos de pactos: *pactos a prorrata,* dentro de los cuales las primas y las pérdidas se comparten en cierta proporción, y pactos de *exceso de pérdida,* en los cuales el reasegurador paga las pérdidas que exceden de una cantidad anteriormente fijada. En estos últimos pactos no existe una relación directamente proporcional entre la prima original y la cantidad de pérdida aceptada por el reasegurador.

Hay muchas variedades de *pactos a prorrata* (o tratados proporcionales), pero tal vez las dos más corrientes son el de excedente y el de cuota-parte. Los de *excedente* cubren sólo ciertos riesgos —las pólizas que protegen a personas individuales o firmas comerciales—, mientras que los pactos de *cuota* cubren un porcentaje de la producción de un asegurador, sea su negocio íntegro o una porción definida del mismo. Mencionamos algunos ejemplos de tales acuerdos. Dentro de un pacto de *excedente* o de *primer excedente,* la compañía cedente decide cuál será su retención neta para cada clase de negocio. El reasegurador no tiene participación a menos que la cuantía de la póliza exceda de esta retención neta. Mientras mayor sea la retención neta, menor aceptación habrá por parte de los otros miembros del pacto. Así, si la empresa cedente retiene 10.000 dólares en cada riesgo de incendio de vivienda, el pacto establecerá la cesión de más de «cinco plenos» o 50.000 dólares de reaseguro. El asegurador inicial puede tomar entonces un riesgo de incendio de 60.000 dólares. Por otra parte, si la compañía cedente desea retener solamente 5.000 en dicho riesgo, puede tener solamente cuatro plenos aceptables de reaseguro, y no podría aceptar más de 25.000 en un seguro de un solo edificio.

Los pactos de primer excedente establecen que se compartan las pérdidas y las primas hasta un límite determinado en proporción a las responsabilidades aceptadas. Algunas veces se acuerda un segundo y hasta un tercer excedente para abarcar el negocio que va más allá de los límites establecidos por el primer excedente. El tratado de excedente es probablemente el más corriente de los tipos de reaseguro en la actualidad.

En los tratados de cuota-parte, cada asegurador toma una participación proporcional de todas las pérdidas y primas de una cartera comercial. Un ejemplo de este tipo de pacto es el *intercambio* o *pool de reaseguro.* Los «pools» se forman, generalmente, para proveer reaseguro en determinadas clases de seguro, tales como el algodón, la madera o el aceite, en que los

riesgos tienen una naturaleza especial y en que la utilización conjunta de servicios o de inspección significa una economía a los miembros participantes. Cada miembro del «pool» conviene en colocar en el mismo todo el movimiento comercial ya descrito que pueda obtener, pero comparte una proporción convenida, tal como el 10 ó el 16,67 por 100 de las primas y pérdidas totales. Los pactos de participación de cuota son especialmente apropiados para firmas nuevas y pequeñas cuya capacidad de aseguración es limitada y estarían incapacitadas para desenvolverse sin tales convenios debido a su incapacidad de cubrir la laguna en el superávit impuesto por las exigencias de reservas de primas no cobradas.

No es raro que un asegurador inicial descubra que, mientras desea aceptar hasta 10.000 dólares en cada riesgo asegurado de una cierta clase, se encuentre incapaz de soportar una acumulación de pérdidas que exceda de 50.000. Para imponer un límite a estas pérdidas se ha establecido un tipo de pacto conocido como el *pacto de exceso de pérdida* por el cual el reasegurador acepta responsabilizarse por todas las pérdidas que excedan de cierta cantidad en una clase determinada del movimiento comercial durante cierto período de tiempo.

● RESUMEN

1. Las funciones más importantes de un asegurador son: (a) producción (venta); (b) suscripción; (c) cálculo de intereses y control estadístico; (d) tratamiento de reclamaciones; (e) inversión y financiamiento; (f) contabilidad, y (g) funciones varias, tales como ayuda legal, investigación de mercados y administración del personal. Estas funciones se realizan tanto por la casa matriz como por los agentes que la representan.
2. La suscripción es la tarea de seleccionar diferentes tipos de seguro, de modo que puedan ponerse en práctica las hipótesis sobre las que se basa la estructura de las tasas. Las tareas más características del seguro son precisamente la suscripción, el estudio de reclamaciones y el cálculo de los intereses. Las otras funciones, aun cuando son necesarias para llevar a cabo las primeras, no son características del seguro, ya que son comunes a la mayoría de las actividades comerciales.

3. Existen dos tipos generales de organización de seguros: la interna y la externa. La organización interna se refiere a la forma en que un asegurador individual o sus subsidiarias, en caso de que existan, realizan sus labores. La organización externa se refiere al trabajo hecho a través de los grupos cooperadores, como asociaciones de protección, de cálculo de intereses o de ingeniería.
4. Existen dos planificaciones principales en la organización interna: (a) la organización de finalidad única, (b) la organización de finalidad múltiple. El primer tipo comprende a las que se ocupan de aspectos específicos del seguro, tales como incendio o vida. Este tipo ha llevado a las llamadas operaciones de grupo o conjuntos de compañías, en que los aseguradores se fusionan en unidades de control centralizado con el propósito de ofrecer un servicio de seguro más completo y variado que el que sería posible para cada compañía por separado. Por otra parte, la organización de finalidad múltiple comprende un plan de operaciones usado por aseguradores autorizados para trabajar en varios ramos de seguro en el marco de una sola entidad administrativa. La organización de finalidad múltiple ha sido legalmente posible en los Estados Unidos a partir de la segunda guerra mundial.
5. Dado que las organizaciones de finalidad única y las operaciones de grupo se han desarrollado en los Estados Unidos durante muchos años, es difícil que se reemplacen en forma súbita por las organizaciones de finalidad múltiple, que han introducido muchos cambios básicos y problemas a los aseguradores. Por el contrario, es posible que ambos sistemas coexistan por un período indefinido de tiempo.
6. Otros conceptos que es posible distinguir en la organización interna se refieren a la organización de productos y a la territorial. Como regla general, a medida que un asegurador crece es posible el uso de alguna forma de descentralización territorial, y para aseguradores muy grandes esto va acompañado de oficinas de productos descentralizadas.
7. La industria aseguradora se caracteriza por un uso más extenso que cualquier otra industria de las agrupaciones cooperativas y asociaciones. La mayoría de estas asociaciones se forman porque se ha llegado a la conclusión que es más económico unir los recursos, para llevar a cabo aquellas funciones comunes, que operar en forma individual. En efecto, funciones como las de cálculo de intereses, prevención de pérdidas y reaseguro no pueden llevarse a cabo de otra manera.
8. El reaseguro es un ejemplo importante de una función que se lleva a cabo por la organización externa. Los usos del reaseguro incluyen la distribución de riesgos, la estabilización de las ganancias, la reducción de los requerimientos relativos a las reservas legales y la autorización de extinción de la empresa. Las principales modalidades de reaseguro son los facultativos, a prorrata y exceso de pérdidas.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. (a) ¿Cómo ha influido el movimiento de fusión de seguros en la organización y funciones de éste?
   (b) ¿Cuáles considera usted que son las ventajas más importantes de las fusiones para el asegurador? ¿Posibles desventajas?
   (c) ¿Qué efectos futuros acarreará el movimiento de fusión?
2. Un administrador de ventas explicó a un grupo de agentes que la línea ampliada de productos de su compañía, que después de la fusión incluía pensiones variables, permitiría a un agente de tipo medio triplicar sus ingresos por comisiones combinando en la misma cartera seguros de vida con pensiones individuales variables. Esto sería cierto aun cuando la comisión media durante el primer año del seguro de vida ordinario fuera del 50 %, en comparación con el 10 % del de pensión variable.
   (a) ¿Qué explicación tiene el fenómeno citado?
   (b) ¿Qué problema específico de las líneas ampliadas de productos ilustra este ejemplo? Explíquelo.
3. En un estudio realizado por el Departamento de Seguros de Nueva York sobre 350 aseguradores que habían cerrado sus oficinas en ese Estado, la razón principal de las dificultades económicas era un ase-

guramiento inadecuado. Explique la relación entre el aseguramiento inadecuado y la dificultad económica.

4. (a) Explique qué se entiende por «el conflicto entre el aseguramiento y la producción» en seguros.
   (b) ¿Está de acuerdo en que tal conflicto es real? ¿O es sólo aparente?
5. Se dice en el texto que hay dos clasificaciones principales de la organización de seguros. Indique y describa cada tipo.
6. (a) ¿Qué problemas legales básicos dieron lugar a la organización de grupo?
   (b) Ahora que este obstáculo legal ha sido eliminado en gran medida, ¿desaparecerá la organización de grupo? Explique su respuesta.
7. ¿Qué problemas principales son específicos del tipo de organización de finalidad múltiple?
8. ¿Qué es retrocesión y cómo se relaciona este concepto con la internacionalización de los seguros? Explíquelo.
9. ¿Practican las organizaciones de cálculo de intereses algo que equivalga a una fijación de precios? ¿Viola esto la Ley Antimonopolio de Sherman? Discútalo.
10. Se ha dicho que la acción en grupo es a menudo más efectiva que la acción individual. Recientemente, cierto número de aseguradores redujo la bonificación por producción en el cálculo de las tasas para ciertos tipos de seguros. La reducción, que se manifestó en una baja de las tasas de comisión de los agentes, encontró fuerte resistencia por parte de éstos, que emprendieron una acción legal a través de su asociación, la Liga de Agentes de Seguro Independientes, para evitar esa reducción. Se acusó a los aseguradores de actuar en conjunto para obstaculizar el comercio, violando la Ley Antimonopolios de Sherman.

    Sugiera las posibles razones sobre la conveniencia de una acción a nivel de grupo en lugar de una acción particular de los agentes individuales en este problema.
11. (a) ¿Qué funciones han tenido mayor importancia entre los aseguradores: inversión o financiación? ¿Por qué?
    (b) ¿Existen diferencias importantes en las funciones de inversión y financiación entre aseguradores de vida y aseguradores de propiedad y responsabilidad? Explíquelo.
12. Se dice que el asegurado se ve afectado si el tratamiento de las reclamaciones es muy liberal o muy estricto. Explíquelo.
13. Señale un ejemplo que ilustre la aplicación de la investigación de mercado en los seguros. ¿Piensa usted que esta función aumentará o disminuirá en importancia en un futuro? Explíquelo.
14. Se dice que el acuerdo facultativo es el tipo más simple de reaseguro. Explíquelo, dando en su respuesta una definición de reaseguro.
15. Cierto asegurador está dispuesto, y es capaz, de tomar los riesgos de incendio «residencial» que se le ofrecen en una ciudad determinada. Sin embargo, teme una pérdida de tipo catastrófico en caso de incendiarse un bosque, que podría destruir la ciudad completa. Sugiera un tipo de acuerdo de reaseguro que resuelva este problema.
16. (a) Explique qué se entiende por un tratado de primer excedente, dando un ejemplo de su aplicación.
    (b) ¿Cuál es la diferencia entre ese acuerdo y el reaseguro de cuota parte?
17. El asegurador *I* ha extendido una póliza de seguro contra incendio para *A* por 2.000.000 de dólares sobre la fábrica de éste. *I* tiene una retención neta de 100.000 dólares por cualquier pérdida por incendio y un acuerdo de primer excedente de nueve plenos, un acuerdo de segundo excedente de cinco plenos y un reaseguro facultativo por 500.000 dólares sobre la fábrica de *A*. Ahora busca un tratado de exceso de pérdida que pague cualquier pérdida superior a 25.000 dólares sobre cualquier riesgo.
    (a) Si *I* pierde 1.000.000 de dólares debido a un incendio en la fábrica de *A*, ¿cómo se distribuirá la pérdida según los acuerdos de reaseguro? Explíquelo.
    (b) Si *I* es capaz de obtener el tratado de exceso de pérdida, ¿cuánto podrá recuperar por este reaseguro? Explíquelo.

8

Principios legales de los Contratos de Seguro

Los seguros se formalizan mediante acuerdos legales conocidos como contratos o pólizas. Un contrato, al contrario de lo que muchos piensan, no se completa en sí mismo, sino que debe ser interpretado a la luz de las normas legales y sociales de la comunidad en la cual debe cumplirse. Este capítulo se dedica a las doctrinas legales y sociales específicas que respaldan el contrato de seguro.

PRINCIPIO DEL INTERES ASEGURABLE

Un principio legal fundamental que respalda todos los contratos de seguro es el del «interés asegurable». Según este principio, un asegurado debe demostrar una pérdida o la imposibilidad de percibir cantidades que se le deben en el momento de ocurrir el siniestro. El interés asegurable es siempre una exigencia legal, ya que adoptar una posición diferente significaría que un asegurado podría percibir una compensación sin sufrir pérdidas personales. Esto establecería un riesgo moral y se consideraría contrario al bien común. La doctrina del interés asegurable es necesaria para evitar que el seguro se convierta en un contrato de azar [1]. En los seguros de vida, una razón im-

[1] Ver el Capítulo 3 para una discusión de la diferencia entre seguro y juego.

portante para exigir interés asegurable es la prevención del asesinato.

El seguro está relacionado con la persona y no con la propiedad. Así, se dice que el seguro es personal. Es posible extender una póliza que cubra sólo una parte de una propiedad y un individuo puede definirse como aquel que sufre una pérdida económica en caso de ocurrir un accidente que causa un daño. Sin embargo, si en el momento de la pérdida el individuo en cuestión no posee intereses en la propiedad, no existirían responsabilidades de acuerdo con la póliza. Por ejemplo, supongamos que A asegura su automóvil. Más tarde lo vende a B y poco después el automóvil es destruido. Dado que A no tiene intereses financieros relacionados con el automóvil, no puede recibir compensación de acuerdo con la póliza. B no tiene la protección de la póliza, ya que no aparece como asegurado o con algún interés en el automóvil en el momento de suscribir la póliza.

¿Qué constituye el interés asegurable?

En la mayoría de los casos es simple demostrar una pérdida económica cuando la propiedad asegurada resulta destruida. Si el asegurado es el dueño legal de la propiedad cuyo valor disminuye al ocurrir el siniestro, puede demostrar que ha sufrido una pérdida económica. En muchos casos, sin embargo, ocurre una pérdida sin que un individuo sea el dueño legal. En otras palabras, la posesión no es la única evidencia del interés asegurable. Por ejemplo, C alquila una edificación mediante un contrato de renta a largo plazo según el cual éste puede cancelarse si el fuego destruye un cierto porcentaje del valor de la edificación C tiene un interés asegurable en la propiedad debido al arriendo. Además de la propiedad existen otros derechos contractuales que bastan a menudo para establecer un interés asegurable en la propiedad, la existencia continuada de los cuales afecta al contrato y su valor al asegurado. Así, si alguien posee un contrato de derecho por explotación de petróleo, tiene un interés asegurable en la propiedad petrolífera, de modo que en caso de ocurrir un siniestro puede recibir una indemnización, cuya cuantía depende de la reducción de derechos percibidos debido al siniestro [2]. De la misma manera, la responsabilidad legal por contrato establece un interés asegurable en la propiedad. Por ejemplo, el encargado de un garaje tiene un interés asegurable en los automóviles aparcados respecto a los cuales ha tomado la responsabilidad de cuidarlos. Un acreedor hipotecario tiene un interés asegurable en la propiedad sobre la cual ha prestado dinero. Un contratista tiene un interés asegurable en la propiedad en la que ha trabajado, ya que tiene derecho a embargo. En cada uno de estos casos, la pérdida de la propiedad pondría en peligro la posibilidad de recibir las sumas que se adeudan a los individuos. Sin embargo, un acreedor general —sin facultades específicas sobre la propiedad— no es considerado con suficiente derecho en ella como para tener un interés asegurable. Un comerciante tiene un interés asegurable en las ganancias que espera obtener del uso de la propiedad y en los gastos que le ocasiona su administración.

En los seguros de vida se supone que siempre existe un interés asegurable para una persona que asegura ésta voluntariamente. Es lógico decir que son inestimables las pérdidas que sufre un individuo con su muerte. Puede contratar un seguro de vida y nombrar a cualquiera como su beneficiario, independientemente de que el beneficiario tenga un interés asegurable sobre su vida. Evidentemente hay límites prácticos en cuanto a la cantidad que un individuo puede obtener por su seguro de vida. Es posible argumentar que un individuo no sufre una pérdida personal a causa de su muerte o que, al menos, no vive para reclamar la indemnización por esa pérdida. Sin embargo, los tribunales han adoptado el criterio de no poner en duda el interés asegurable cuando una persona asegura su propia vida, siempre que no lo haga con el claro propósito de eludir las leyes contra los juegos de azar.

En algunos casos las partes tratarán de eludir la exigencia del interés asegurable en los seguros de vida e intentarán usar el contrato como un acuerdo verbal. Sin embargo, los tribunales rechazan tales contratos. Por ejemplo, dos individuos se conocen en una sala y después de una corta relación uno acepta asegurar su vida y asignar la póliza al otro si cancela las cuotas. La persona asegurada murió y el asegurador rehusó pagar al enterarse de los hechos. El tribunal confirmó la negativa de pago, basándose en que la transacción fue concebida para usar la póliza de seguro de vida como una forma de llevar a cabo una apuesta. La intención era eludir la exigencia del interés asegurable haciendo que la persona cuya vida está asegurada suscriba la póliza con el único propósito de transferirla a otra que no tenía un interés asegurable.

[2] Ver *National Filtering Oil Co.* v. *Citizens Insurance Co.*, 106 N. W. 535 (1887).

Cuando se asegura la vida de una persona debe tenerse un interés asegurable sobre ésta. Así, una corporación u otra firma comercial puede asegurar la vida de un hombre clave porque su muerte podría acarrear pérdidas financieras a la firma. Una mujer puede asegurar la vida de su marido porque su existencia continuada le es valiosa y podría sufrir pérdidas económicas a causa de su muerte. La misma afirmación se aplica a casi cualquiera que dependa de un individuo. Un padre puede asegurar la vida de su hijo, pero un hermano no aseguraría la vida de su hermana. En este último caso no es normal que hubiese una pérdida económica por la muerte de la hermana, pero en el primer caso el padre las sufriría por la muerte de su hijo. Un acreedor tiene un interés asegurable en la vida del deudor porque su muerte podría acarrearle pérdidas.

Cuándo debe existir el interés asegurable

En seguros de propiedad y responsabilidad es posible cubrir los bienes sobre los cuales el asegurador no tiene un interés asegurable en el momento de suscribir la póliza, pero sobre los que espera tenerlo en el futuro. A menudo, en seguros marítimos el fletador amplía éstos para incluir la carga que aún no ha adquirido, con la esperanza de hacer una compra para el viaje de regreso. Como consecuencia, los tribunales sostienen en general que en seguros de propiedad el interés asegurable debe existir sólo en el momento de la pérdida y no en el momento de suscribir la póliza.

Por otra parte, en los seguros de vida la regla general es exigir que el interés asegurable exista al suscribir la póliza, pero no necesariamente en el momento de la pérdida. Esto se debe a que el seguro de vida no es un contrato de indemnización (explicado más adelante), mientras que un seguro de propiedad y responsabilidad, con ciertas excepciones, es considerado en general como tal. Los tribunales consideran también el seguro de vida como un contrato de inversión. Como ejemplo supongamos que una mujer dueña de una póliza de seguro por la vida de su marido obtiene el divorcio. Si mantiene el seguro mediante el pago de las cuotas puede recibir al morir éste, aun cuando se haya vuelto a casar y no sufra pérdidas económicas por su muerte. Es suficiente que haya tenido un interés asegurable cuando se suscribió la póliza. Igualmente, una corporación puede conservar en todo derecho la póliza de seguro de vida de un empleado que ya no trabaja con ella. Un acreedor

puede conservar la póliza por la vida de un deudor que ya ha cancelado sus deudas. En otras palabras, en seguros de vida, la regla general es que no es necesario la existencia continuada de un interés asegurable [3].

PRINCIPIO DE INDEMNIZACION

El principio de indemnización establece que un individuo no puede recibir más que lo realmente perdido en caso de siniestro. Así, aun cuando este individuo haya suscrito una póliza por valor mayor que el de la propiedad, no puede obtener ganancias recibiendo una cantidad mayor que las pérdidas reales en caso de destrucción de ésta. Muchas normas de seguro son consecuencia de este principio. En general, sólo los contratos de seguro de propiedad y responsabilidad están sujetos a él, aun cuando hay excepciones en que su aplicación ha sido modificada legalmente. La mayoría de las pólizas de vida y salud no son contratos de indemnización.

El principio de indemnización está en estrecha relación con el interés asegurable. El problema en interés asegurable es el de determinar si una persona asegurada ha sufrido alguna pérdida, mientras que en indemnización el problema es obtener la medida de ésta. En el contrato básico de seguros de incendios, la medida de «la pérdida real en metálico» es el costo de reemplazo de la propiedad destruida menos un descuento por la desvalorización sufrida. En seguros de responsabilidad la cuantía final de la pérdida se obtiene mediante una acción legal respecto al grado de responsabilidad por la negligencia del asegurado. A menudo la estimación de un tasador de seguros se acepta como medida de la pérdida, sin necesidad de una acción legal formal. En todo caso, la finalidad del principio de indemnización es colocar al asegurado en la misma situación en que se encontraba antes de la pérdida.

Una de las consecuencias más importantes del principio de indemnización es la inclusión en los contratos de cláusulas referentes a otros seguros. La finalidad consiste en evitar que el asegurado suscriba pólizas dobles con la esperanza de obtener más que la pérdida real. Normalmente, estas cláusulas especifi-

[3] En Texas, la norma relativa a un interés asegurable continuado se ha modificado por decreto, de modo que esta afirmación no es completamente cierta en ese Estado.

can que todas las pólizas que cubran el mismo riesgo compartirán la pérdida a prorrata. Así, de acuerdo a este tipo de cláusulas, si Jones tiene un seguro contra incendios por 4.000 dólares con la Compañía A y 6.000 con la Compañía B, los dos aseguradores dividirán una pérdida de 1.000 en razón de 40 por 100 y 60 por 100 respectivamente.

Como ya se ha hecho notar, hay algunas excepciones al principio de indemnización en los seguros de propiedad. En casi la mitad de los Estados se han aprobado leyes de pólizas especiales según las cuales el asegurador debe pagar la cantidad total de la póliza de seguros contra incendio en caso de pérdida total del objeto asegurado [4].

Los contratos marítimos y algunos de transporte terrestre son «valuados» y se supone que el asegurado extenderá un seguro igual al valor total del objeto. Finalmente es cada vez más común permitir la venta de lo que se conoce por «seguro de reposición», contratos según los cuales no hay reducción por desvalorización en la liquidación de pérdidas en propiedades desvalorizables. Seguirán existiendo excepciones al principio de indemnización hasta llegar a un punto en que se sienta que comienzan a convertirse en riesgos morales, constituyendo un incentivo para que el asegurado destruya sus propiedades con la esperanza de obtener así una ganancia.

PRINCIPIO DE SUBROGACION

El principio de subrogación es la principal consecuencia del principio de indemnización. Según este principio, quien ha indemnizado a un segundo por sus pérdidas, está capacitado para recuperar de terceras personas responsables, en caso de

[4] Dado que la mayoría de las pérdidas son parciales, las leyes de pólizas valuadas tienen un efecto relativamente pequeño en los seguros. Se aplican, por lo general, solamente a bienes raíces. En lugar de tasar cada bien raíz, la mayoría de los aseguradores encuentran menos costoso pagar una pérdida ocasional total que ha sido asegurada en una cantidad superior a su valor real. Existen leyes de póliza valuada en Arkansas, California, Florida, Georgia, Kansas, Louisiana, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, New Hampshire, North Dakota, Ohio, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, West Virginia y Wisconsin. Muchos Estados han derogado estos decretos argumentando que los únicos asegurados que se benefician son aquéllos que desean engañar a los aseguradores. La ley de Georgia, aprobada en 1971, establece que si la construcción se incendia dentro de los 30 primeros días a partir de la extensión de la póliza, la pérdida debe saldarse mediante una cantidad en efectivo.

haberlas. Así, si D causa daño, por negligencia, a la propiedad de E, la compañía de seguros indemnizará a éste en la medida de sus responsabilidades por las pérdidas sufridas, pero luego tiene el derecho de proceder contra D por la cantidad pagada a E por causa del seguro contratado. Una de las principales razones para la existencia de la subrogación es la de reforzar el principio de indemnización; esto es, evitar que el asegurado reciba más de lo que ha perdido. Si el asegurador de E no tuviese derecho a subrogarse, sería posible que E recibiera la compensación y posteriormente iniciara una acción contra D. De esta manera E recibiría una cantidad doble. Sería posible que E simulara un accidente con D, recibiera el doble, y luego repartiera la ganancia con éste. Existiría un riesgo moral y el contrato terminaría siendo un fraude.

Otra razón en favor de la subrogación es la de mantener así primas más bajas que en el caso de que no existiese. En algunas modalidades de seguro, en especial de responsabilidad, las reivindicaciones obtenidas de las partes negligentes por medio de la subrogación son significativas. Aun cuando no se enuncian en la estructura de las tasas disposiciones específicas relativas a los recobros por subrogación (aparte de aquéllas que se refieren a la recuperación), las tasas serían más altas si éstos no estuviesen permitidos. Otra razón decisiva en favor de la subrogación es que el peso de la pérdida se coloca sobre los responsables. La negligencia no debería escapar al castigo gracias a los mecanismos del seguro.

La subrogación no existe en aquellos casos en que no es posible aplicar el principio de indemnización, como ocurre en los seguros de vida y en la mayoría de los seguros de salud. Además, la subrogación no concede a la compañía aseguradora el derecho de recibir del asegurado, aun en el caso de que éste sea negligente. Así, si E, en forma negligente, pero accidental, incendia su casa mientras deshiela con soplete una cañería congelada, puede recibir indemnización de su seguro contra incendios; pero el asegurador no puede proceder en su contra para recibir compensación. De otro modo no hubiera tenido sentido asegurarse.

No es raro que un asegurador renuncie a sus derechos de subrogación en determinadas circunstancias y al hacerlo así, no viola el principio de indemnización. Supongamos, por ejemplo, que un fabricante ha aceptado en su propiedad un ferrocarril que no se responsabiliza por las pérdidas ocasionadas por la conservación del ramal allí instalado. De hecho el fabricante ha asumido la responsabilidad legal que de otro modo recaería

sobre la empresa ferroviaria. Supongamos ahora que una chispa prende fuego a la construcción del fabricante y se decide que el ferrocarril ha sido la parte negligente y, por lo tanto, responsable legal del daño causado. El asegurador pagará por la pérdida, pero gracias a su derecho de subrogación procederá contra la empresa ferroviaria. Sin embargo, el fabricante ha aceptado previamente la responsabilidad por las pérdidas ocasionadas por la existencia del ramal. Por lo tanto, cualquier cantidad recibida se convierte en responsabilidad del fabricante en virtud del acuerdo de «mantenimiento sin riesgo». Si ésto no fuese así, el fabricante se habría encontrado en la posición de ser compensado por su pérdida por parte del asegurador, pero al mismo tiempo tendría que entregar la cantidad recibida al ferrocarril en virtud del acuerdo de «mantenimiento sin riesgo». Por lo tanto, el asegurador renunciará a la cláusula de subrogación en el primer contrato porque si la pone en práctica el asegurado no recibiría ninguna compensación.

Si un asegurado actúa de tal manera que destruye o reduce el valor del derecho de subrogación del asegurador, viola las estipulaciones de la mayoría de las cláusulas referentes a ésta e invalida los derechos que le concede la póliza. Por ejemplo, supongamos que F choca con G en un accidente automovilístico. F escribe una carta a G disculpándose y dando a entender que él, F, es el culpable. Posteriormente se determina que G es abiertamente negligente y que a no ser por la afirmación de F, su asegurador habría podido entablar acción contra G por las cantidades pagadas. El asegurador puede negar sus responsabilidades para con F.

Los derechos de subrogación del asegurador no pueden ser anulados por un acuerdo entre las partes, una vez que él ha pagado indemnización. En tal caso el asegurador tiene derecho a reclamar el reembolso en nombre del asegurado que ha recibido algún pago de la parte negligente. El asegurador tiene derecho a la subrogación solamente después que el asegurado ha sido plenamente indemnizado. Si el asegurado ha conllevado parte de las pérdidas debido a deducciones, extensión incorrecta del asegurado o debido a las costas por las acciones legales entabladas contra las demandas de terceras personas, el asegurador puede exigir la recuperación solamente cuando estos costos han sido reembolsados. Como ejemplo, supongamos que la casa de H, tasada en 10.000 dólares y asegurada en 7.000, es destruida en su totalidad debido a la negligencia de I. H demanda a I, pero sólo recobra 5.000. También recibe 7.000 de su compañía de seguros. El asegurador goza de derecho a subrogación sólo después que H ha sido plenamente indemnizado. Por lo tanto, tiene derecho a sólo 2.000 dólares y no a la cantidad total de 5.000 recobrada de I [5].

PRINCIPIO DE LA MAXIMA BUENA FE

El seguro se considera un contrato de «uberrimae fidei» o, de la máxima buena fe. En efecto, este principio exige un mayor grado de honestidad en las partes que en contratos comerciales ordinarios. El principio de la buena fe ha afectado en gran medida los métodos de seguro e implica una interpretación muy distinta de los acuerdos de la que muchas personas imaginan. La aplicación de este principio puede ilustrarse mejor con un estudio de las declaraciones, los encubrimientos y las garantías.

Las declaraciones

Una declaración es una afirmación hecha por un candidato a un seguro antes de suscribir el contrato. Aun cuando la proposición no necesita ser escrita, en general está incluida en la petición. Un ejemplo de ello en los seguros de vida podría ser un «Sí» o «No» a una pregunta acerca de posibles tratamientos médicos en los últimos cinco años. Si un asegurador confía en la proposición y ésta resulta ser falsa en el momento de hacerse o se convierte en falsa antes de firmar el contrato, existe una razón legal para que el asegurador anule el contrato.

La anulación del contrato no tiene lugar a menos que la falsa declaración esté relacionada con el riesgo. Esto es, si los hechos verdaderos hubiesen sido conocidos, el contrato no se hubiera firmado o se hubiera suscrito en otros términos. Si la falsa declaración no tiene consecuencias, su falsedad no afecta al contrato. Sin embargo, la falsa declaración de un hecho esencial implica, a criterio del asegurador, la nulidad del contrato. El asegurador puede ratificar el contrato o declararlo

[5] Hay excepciones ocasionales a esta regla. En seguro de crédito, por ejemplo, el asegurador y el asegurado pueden compartir la cantidad recibida de terceras personas negligentes en la proporción de la pérdida de cada parte respecto de la pérdida total. En acuerdos de franquicia en seguro de automóviles, es común que un asegurado no recupere el 100 % de la cantidad deducible, aun en caso de recuperación total de una tercera persona.

nulo. La vigencia de un contrato en el momento de conocerse la falsedad de una declaración puede invalidar los derechos del asegurador de cancelarlo posteriormente.

Se sostiene, en general, que aun la falsa declaración involuntaria de un hecho esencial no constituye una defensa si el asegurador decide anular el contrato. El candidato al seguro habla en nombre propio y si comete un error involuntario respecto a un hecho que cree cierto, debe responder por su falta del cuidado. Así, supongamos que una persona al pedir un seguro para su automóvil afirma que no hay ningún chófer menor de veinticinco años en su familia. Sin embargo, resulta que su hijo, de dieciséis años, ha estado conduciendo el coche familiar sin el conocimiento del padre. La falta de conocimiento no constituye una defensa cuando la compañía rehusa pagar una demanda basándose en una falsa declaración esencial. No es necesario que el asegurador demuestre que ocurrió una pérdida como consecuencia de la falsa declaración para ejercer su derecho a anular el contrato [6]. Supongamos entonces que en el caso anterior A sufre un accidente y se entera por primera vez de que su hijo de dieciséis años también conduce. Dado que la situación es contraria a lo afirmado anteriormente, el asegurador puede, respaldado por la ley, rehusar el pago. Sin embargo, si los tribunales sostienen que una afirmación hecha en la petición es una opinión, no un hecho, y resulta que esa opinión es falsa, es necesario que el asegurador demuestre que hubo mala fe o intento de fraude por parte del asegurado para poder anular el contrato [7]. Por ejemplo, se pregunta al candidato: «¿Ha sufrido de cáncer alguna vez?» Y este contesta: «No». Posteriormente se encuentra que el candidato realmente sufría de cáncer. El tribunal puede suponer que el candidato no fue informado acerca del verdadero estado de su salud y pensó que sufría otro mal. Si la pregunta hubiese sido: «¿Se le ha dicho alguna vez que sufría de cáncer?», una respuesta afirmativa o negativa representaría claramente un hecho, no una opinión. Una opinión honesta no puede dar lugar a la rescisión de la póliza.

[6] En algunos Estados, por ejemplo Missouri, hay excepciones a esta afirmación. En esos Estados, la pérdida debe encontrar su causa en el hecho falsamente declarado, antes que el asegurador pueda negar responsabilidades.

[7] Ver E. W. Patterson, *Essentials of insurance law* (2.ª ed., Nueva York: McGraw Hill Book Company, Inc., 1957), págs. 382-396 para una interesante discusión de este punto.

Encubrimientos

Se ha definido el encubrimiento u ocultación como «el silencio cuando se está obligado a hablar». Un encubrimiento tiene efectos legales similares a la falsa declaración de un hecho esencial. Representa la omisión consciente, por parte del candidato, de un hecho relacionado con el riesgo. Ya que el seguro es un contrato basado en la buena fe, se pide al candidato un grado de honestidad más alto que en una transacción comercial ordinaria. No basta que conteste con veracidad a todas las preguntas hechas por el asegurador antes de suscribir el contrato; debe también proporcionar en forma voluntaria cualquier información que considere de importancia, aunque sepa que esto puede influir en el rechazo del contrato, o en el pago de una cuota más alta.

Por ejemplo, si A está comprando un coche usado según la regla «tal cual está», tiene la oportunidad de probarlo, de conducirlo y aun llevarlo a un mecánico para su inspección. Si el vendedor sabe que el coche ha recorrido 200.000 millas y el velocímetro se ha colocado en 60.000. ¿Está obligado a dar esta información? La costumbre y las tendencias usuales en ventas de coches usados sugieren una respuesta negativa a esta pregunta. Las dos partes están en condiciones similares. Cada cual tiene la oportunidad de protegerse ante hechos no revelados.

En seguros, el candidato se encuentra a menudo en una posición de conocer hechos relativos al riesgo que el asegurador no conoce. El ocultarle estos hechos no sería correcto. Después de todo, el asegurador no hace preguntas tales como «¿Se está incendiando su propiedad ahora?» o «¿Su coche está chocado?» El opositor más implacable a la defensa del asegurador en un juicio no sugeriría que el asegurado hizo gala de un mínimo de corrección si obtuvo el seguro en tales circunstancias.

La pregunta importante, a menudo crucial, con respecto a los encubrimientos, es si el candidato estaba o no al tanto de que los hechos encubiertos eran de importancia. Los exámenes de un encubrimiento son: (1) ¿Estaba el asegurado al tanto del hecho?, (2) ¿Era éste un hecho esencial? y (3) ¿Lo ignoraba el asegurador? El examen de la relevancia de un hecho que puede ser de vital importancia para el asegurador es especialmente difícil, ya que a menudo el candidato no es experto en seguros y no se puede esperar que conozca su significado exacto. La importancia se determina en la misma forma que en la ley de

la declaración; es decir, si se hubiese conocido el hecho, ¿se habría suscrito el contrato en los mismos términos? Hay dos reglas que establecen cuán cuidadoso debe ser el candidato: una, la más estricta, se aplica a riesgos marítimos; la otra, a seguros terrestres.

Riesgos marítimos. En los seguros marítimos, tal como se desarrollaron en sus comienzos en Inglaterra, los barcos eran asegurados una vez que emprendían viaje. Por lo tanto, el asegurador no tenía la posibilidad de revisarlo. Comúnmente el fletador tenía un mejor conocimiento de las condiciones reales del riesgo que el asegurador. Además, dado que los seguros eran necesarios para la expansión del comercio inglés de ultramar, existía el deseo de hacer todo lo posible para fomentar el crecimiento de esta importante actividad. Por lo tanto, se adoptaron reglas muy estrictas en relación a las declaraciones. Lord Mansfield, llamado a veces el padre de las leyes de seguro en Inglaterra, afirmaba en 1776 [8], que aun un encubrimiento involuntario podía anular un contrato [9].

> Aun cuando se caiga por error en el encubrimiento, sin ninguna intención fraudulenta, el asegurador ha sido engañado y la póliza es nula, debido a que el riesgo corrido es totalmente diferente del sobrentendido y pensado en el momento del acuerdo.

La Ley Inglesa de Seguros Marinos de 1906 se escribió de acuerdo a esta filosofía; esta ley establece que el asegurado está obligado a conocer cada detalle o circunstancia que deba ser de su conocimiento para asegurar un curso normal de los negocios y al no revelarlos es culpable de encubrimiento. Este principio está reconocido por nuestros tribunales.

Riesgos terrestres. En estos riesgos, los tribunales de los Estados Unidos han sido reticentes para aplicar el mismo grado de «uberrimae fidei» que en los riesgos de alta mar. Sin embargo, los tribunales ingleses aplican en general un criterio uniforme. En riesgos terrestres, las compañías generalmente inspec-

[8] El estudiante reconocerá esta fecha como aquélla en que Adam Smith publicó su famoso *Wealth of Nations*, obra en la que se propuso y aplicó con tanta autoridad la filosofía de las responsabilidades personales al comercio en general.

[9] Patterson, *op. cit.*, pág. 450, citando a Carter v. Boehm, 3 Burr, 1909 (1776).

cionan los bienes que aseguran, o tienen la oportunidad de hacerlo. Por lo tanto, no se basan en la misma medida en la exactitud de las declaraciones del asegurado, quien a menudo no tiene un conocimiento adecuado de los hechos relativos al riesgo y su significado para el asegurador. Se han dado casos de decisiones en los Estados Unidos según las cuales no constituyó un encubrimiento el no informar sobre un fuego reciente causado por un desconocido, o el uso de lámparas de parafina en la sala de almacenaje de una fábrica de algodón. En general, la norma es que una póliza no puede ser declarada nula a menos que exista un intento fraudulento de encubrir hechos importantes. Así, en riesgos no marinos, se agrega una cuarta pregunta a las tres mencionadas anteriormente... Esta pregunta es: ¿Sabe el asegurado que el asegurador no está al tanto de un hecho esencial? De acuerdo a este examen, el encubrimiento de hechos importantes con intento de engaño constituye un fraude. Supongamos que H escucha que su mujer piensa «terminar con todo» en el auto de la familia lanzándose por un acantilado. Inmediatamente H asegura el auto contra accidentes sin decir todo lo que sabe. Como consecuencia H es culpable de encubrimiento y el asegurador puede anular el contrato. En este caso H está al tanto de un hecho esencial; el asegurador no lo conoce y H lo sabe. Además H no tiene ningún derecho a suponer que el asegurador debería conocer ese hecho.

En los seguros de vida, los casos de encubrimiento no son comunes debido a la reticencia de los tribunales de poner en práctica estrictamente la doctrina a causa también del uso generalizado de un largo cuestionario respecto del pasado del candidato. No se consideró encubrimiento el que un candidato no declarase que había sido amenazado de muerte y que llevaba un revólver como protección [10]. De la misma manera, el pagador de un banco, que había estado robando dinero, no mencionó (es comprensible) este hecho cuando pidió un seguro de vida. Posteriormente, cuando se descubrieron sus robos murió de una congestión cerebral. El tribunal rehusó considerar esto como un encubrimiento [11].

Al determinar qué información debe ser proporcionada, se ha sostenido que hechos de conocimiento público o conocidos por el asegurado no necesitan ser «revelados». Según se infiere de los casos anteriores, aun cuando no es una conclusión defi-

[10] *New York Life* v. *Bacalis*, 94 F. 2d 200 (C. A. Fla. 1938).

[11] *Penn Mutual Life Insurance Co.* v. *Mechanics Savings Bank and Trust Co.*, 72 Fed. 413,435 (C. C. A. 6, 1896).

nitiva, el asegurador no puede amparar, a riesgo de encubrimiento, aquellos hechos embarazosos o autodegradantes para el candidato, tal como en el caso mencionado antes del pagador de banco que no reveló su cualidad de desfalcador.

Garantías

Una garantía es una cláusula mediante la que se estipula que antes de aceptar el asegurador una responsabilidad debe existir algún hecho, condición o circunstancia que respalde el riesgo. Por ejemplo, en el seguro marítimo el contrato puede especificar «sin garantía por captura o embargo». Esto significa que si el barco se ve envuelto en una escaramuza de guerra, el seguro es nulo. O un banco puede estar asegurado a condición de que instale y mantenga un cierto sistema de alarma contra robos. Tal cláusula es una condición previa y actúa como una garantía.

Una garantía es una disposición sobre el contrato y cualquier violación de ésta, aun si no tiene importancia, lo anulará. Esta es la diferencia esencial entre una garantía y una declaración. Ua falsa declaración no anula el contrato a menos que sea de importancia para el riesgo, mientras que de acuerdo con la ley, cualquier violación de la garantía, aún la más insignificante, anula el contrato. Los tribunales han vacilado en poner en práctica esta regla tan estricta y en muchas jurisdicciones ha sido relajada ya sea por ley o por decisión judicial.

Las garantías pueden ser explícitas o implícitas. Las explícitas son aquellas que aparecen en el contrato, mientras que las implícitas no aparecen, pero las partes firmantes las suponen. Las garantías implícitas se encuentran sólo en los seguros marítimos. Por ejemplo, un fletador hace un seguro bajo el supuesto de que el barco es apto para la navegación, que el viaje es legal y que no habrá desviaciones de la ruta señalada. A menos que el asegurador renuncie a éstas condiciones (no es posible renunciar a la legalidad), el fletador debe cumplir con ellas.

Una garantía puede ser de promesa o afirmativa. Una garantía de promesa describe una condición, hecho o circunstancia que el asegurado acepta mantener mientras dure el contrato. Una garantía afirmativa debe existir sólo en el momento de ponerlo en vigencia. Por ejemplo, un asegurado puede garantizar que su barco dejó el puerto como parte de un convoy —garantía afirmativa— y puede garantizar que continuará viaje con el convoy —garantía de promesa.

CARACTERISTICAS LEGALES PROPIAS DE LOS CONTRATOS DE SEGURO

Existen varias características legales de los contratos de seguro, que los distinguen de otros contratos. Ya se ha hecho referencia a algunas de estas características, a saber, que el seguro es un contrato de indemnización, de naturaleza personal y de la máxima buena fe. Más adelante se analizan características adicionales.

Es importante distinguir las pólizas de seguro de otros contratos comerciales por varias razones. En primer lugar, a efectos de los impuestos y de la regulación legal, el seguro se considera de una forma bastante diferente a otros contratos. En cuestión de impuestos, se han aprobado estatutos especiales para situar a las firmas aseguradoras en una posición aparte, algunos de los cuales les son particularmente favorables. Los aseguradores están exentos de los estatutos federales de quiebra y son liquidados por comisionados estatales de seguro de acuerdo a reglamentaciones especiales.

En segundo lugar, el tipo de acuerdos suscritos por las firmas tiene importancia para determinar si ésta debería o no ser clasificada como una compañía de seguros y, por lo tanto, si cumple todas las exigencias según las cuales puede operar una compañía de seguros. La extensión de pólizas de seguro puede estar fuera de la autoridad del grupo corporativo, convirtiendo a los funcionarios en responsables de actos «ultra vires». La Corte Suprema de los Estados Unidos ha sostenido que el contrato de anualidad variable está lo suficientemente diferenciado de los seguros como para exigir una reglamentación de las compañías emisoras por la Comisión de Valores y Permutas, así como por los comisionados de seguro en los distintos estados en que operan [12].

Finalmente, la forma en que un acuerdo se ponga en práctica en acciones legales determina si es o no un contrato de seguro. Un grupo separado de leyes y decisiones se refieren a la ejecución de contratos clasificados como de seguros, en contraste a contratos clasificados como transacciones ordinarias. Surge la pregunta acerca de la conformidad de un contrato con las leyes estatales sobre el seguro.

[12] S.E.C. v. *Variable Annuity Life Insurance Company*, 359 U.S. 65, 75-78 (1959).

Por ejemplo, se ha sostenido que ciertos acuerdos comerciales que parecen ser de seguro, no lo son desde un punto de vista legal. Estos incluyen: contratos que permiten a su poseedor gozar de servicios médicos en forma gratuita o con tarifas reducidas; una garantía a un empleado de pago por gastos de bienes dañados o destruidos por el fuego; un acuerdo para proteger a un empleado frente a otros en huelga, y el acuerdo por parte de una asociación de ciclismo de mantener reparadas las bicicletas de los miembros y reemplazarlas en caso de robo.

Por otra parte, se afirma que los siguientes contratos constituyen contratos de seguro: garantía de pago de interés por capital aportado e intereses sobre préstamos hipotecarios, contratos que garantizan la renta, contratos que responden por el valor de existencias corporativas en una fecha determinada y garantía amplia sobre neumáticos de automóvil. Se decidió que una sociedad que se comprometió, por una remuneración específica, a garantizar al propietario una cierta producción por acre de tierra laborable, era una compañía de seguros [13].

Se puede inferir que no siempre es tarea fácil determinar si un contrato es de seguro o si la parte emisora es una compañía aseguradora. Claramente, los factores que a continuación se señalan no lo determinan en su totalidad: mención u omisión del vocablo «seguro» en el contrato o en el nombre de la compañía, una afirmación que establezca que el contrato no debe ser considerado como un seguro y las condiciones o formas de pago. Por el contrario, los tribunales estudian la naturaleza de la promesa o los actos y las circunstancias bajo las que serán llevadas a cabo.

Entre las pruebas legales usadas para determinar si un contrato constituye un seguro se encuentran las siguientes:

1. Debe existir un interés asegurable por parte del solicitante.
2. El acuerdo debe ajustarse a los requerimientos legales de un contrato. Pueden incluir transacciones que sean típicamente contractuales, aun cuando legalmente puedan no serlo. Así, en Nueva York una venta condicionada de mercadería que estipulaba el pago de la deuda después de la muerte, se consideró como un contrato de seguro [14].

[13] *American Jurisprudence* (Rochester: Lawyers Cooperative Publishing Co., 1960), 29, 440-445.

[14] Cleveland, «The status of self-insured employee benefit plans», *The Journal of Insurance*, Vol. 127, núm. 2 (Junio, 1960) págs. 7-8.

3. Debe existir un riesgo, una posibilidad de pérdida, alguna incertidumbre por pérdidas.
4. El supuesto de la pérdida debe ser parte de un esquema general para distribuirla entre un gran número de personas que corren riesgos similares. Este requerimiento, atribuido a W. R. Vance [15], es también parte del estatuto del seguro en varios Estados.
5. El asegurador debe hacerse cargo de los riesgos de pérdida. El pago al asegurado debe ser en dinero o en servicios.

No todas las leyes estatales sobre seguro lo definen, y aquellas que lo hacen pueden dar definiciones que no se ajustan a todas las exigencias mencionadas más arriba. Por esta razón, ninguna definición estatutaria es totalmente satisfactoria. Por ejemplo, la definición de Nueva York exige que los beneficios de valor monetario le sean entregados al asegurado como resultado de un evento fortuito (requerimiento número 3), pero las leyes de Massachusetts no lo exigen. Las de Kentucky especifican que el evento puede ser una «contingencia» y las de California que sea «contingente o desconocido» [16].

En forma más específica, al analizar los contratos de seguro, los tribunales se ocupan de distintas características legales, de las cuales sólo las más importantes serán estudiadas en las restantes secciones de este capítulo. Entre estas se encuentran las que describen (a) las formas peculiares en que el seguro debe adaptarse a los requerimientos de cualquier contrato válido; (b) la clasificación de un contrato de seguro como aleatorio, condicional y de adhesión y (c) la posición legal del agente o corredor de seguros para suscribir contratos válidos.

El seguro y los requisitos de un contrato

Un contrato es un acuerdo que contiene un conjunto de promesas que se llevan a la práctica de acuerdo con la ley y que en caso de violación está prevista una sanción. Estas promesas deben haberse hecho bajo ciertas condiciones antes de ponerse

[15] W. R. Vance, *Handbook of the law of insurance* (St. Paul: 1951), páginas 1-2 y H. S. Denenberg, «The legal definition of insurance», *Journal of Insurance*, Vol. 30 (Septiembre, 1963), pág. 339. Sin embargo, se ha sostenido que una sola transacción aislada es suficiente para constituir un seguro en algunos Estados, incluyendo Nueva York. Ver *New York insurance law*, Sección 41 (3) (4) y Denenberg, *op. cit.*, pág. 336.

[16] Denenberg, *op. cit.*, págs. 328-329.

en práctica. Hay, en general, cuatro condiciones o requerimientos, que pueden ser enunciados de la siguiente forma:

1. El acuerdo debe tener un propósito legal; no debe atentar contra el bien común o ser ilegal en cualquier otro sentido.
2. Las partes deben estar legalmente capacitadas para suscribir el contrato.
3. Debe haber evidencia de acuerdo entre las partes respecto de las promesas. Esto se comprueba, en general, mediante una oferta por una de las partes, y la aceptación por la otra.
4. Las promesas deben estar respaldadas por alguna retribución, ya sea en forma monetaria o por alguna acción que no habría sido exigida de no mediar el acuerdo.

Los contratos de seguro deben cumplir con estos requisitos básicos. Los problemas específicos relativos a su aplicación se estudian seguidamente:

Legalidad. Como se ha indicado antes, para que un contrato de seguro sea legal no debe violar la exigencia del interés asegurable, ni debe proteger o fomentar prácticas ilegales, tales como el tráfico de licores o narcóticos. El obtener un seguro de vida o de propiedad sin existir un interés asegurable constituiría una violación a los estatutos contra apuestas y llevaría a una destrucción arbitraria e intencionada de la materia. En los comienzos, en Inglaterra no era raro permitir a particulares extender seguros de vida de las figuras públicas, tales como el rey. Las cuotas por tales contratos variaban de día en día, dependiendo de los informes que se entregase del enfermo. Tal procedimiento sería inconcebible en nuestros días.

Capacidad. Las partes que intervienen en la póliza de seguro deben tener capacidad legal para extender un contrato. Ha habido casos en que un menor ha ejercido su derecho legal de anular un acuerdo (antes de alcanzar su mayoría de edad) y recobrar la cantidad total cancelada sin cargo alguno por el valor de la protección recibida por el seguro[17]. Esto es consecuencia de que legalmente es menor de edad y no está capacitado para suscribir contratos, excepto en casos específicos.

Los tribunales no han llegado aún al extremo de considerar

[17] Ver *New Hampshire Mutual Fire Insurance Co.* v. *Noyes*, 32 N. H. 345. Hay que agregar que si un menor no anula el contrato antes de alcanzar su mayoría de edad, está obligado a cumplirlo.

el seguro como algo necesario en el mantenimiento de un menor. Sin embargo, varios estados han aprobado estatutos que permiten a un menor que ha alcanzado cierta edad (14 años y medio en Nueva York), suscribir contratos de seguro.

Otras partes sin capacidad para suscribir contratos son: (1) subnormales —aquellos que no tienen la capacidad de comprender la naturaleza del acuerdo al que se comprometen; (2) ebrios y (3) corporaciones que operan fuera de la esfera de su competencia, tal como está definido en sus estatutos.

Oferta y aceptación. En materia de seguros, el acuerdo se logra mediante la oferta hecha por una de las partes y su aceptación por la otra. Hasta aquí ha habido una oferta y una aceptación; aún no hay contrato. Para ser válida, debe hacerse una oferta al candidato. Esta puede ser rechazada en cualquier momento antes de su aceptación. Por lo tanto, en muchos casos es importante determinar lo que constituye una oferta legal. Si A se dirige a su agente para adquirir un seguro y éste llena un formulario que A firma, ¿ha hecho el agente una oferta que A acepta al firmar la petición? Si ése es el caso, el seguro tiene vigencia. Si no lo es, ¿cuándo entra en vigencia el contrato? Las respuestas a estas preguntas son cruciales para determinar cuándo el seguro comienza a regir, y pueden a menudo determinar la diferencia entre recobrar o no por una pérdida.

La regla general en seguros es que sea el candidato, y no el agente, quien haga la oferta. El agente solamente la solicita. El momento en que entra en vigencia el contrato depende de la autoridad del agente para actuar en nombre de su superior en un caso dado. En los seguros de propiedad y responsabilidad, se acostumbra a autorizar al agente local para aceptar ofertas «en el acto», en varios ramos. Si el asegurador desea anular un acuerdo, puede cancelar la póliza mediante un aviso previo. En los seguros de vida, el agente no está autorizado en general para aceptar la oferta de seguro del candidato. El asegurador se reserva este derecho y, hasta su aprobación, la póliza no entra en vigor. Si el asegurador desea modificar los términos del contrato propuesto, puede hacerlo y esto se traduce en una contraoferta al candidato, quien puede aceptarla o rechazarla según su conveniencia.

Una oferta legal hecha por un candidato a un seguro de vida debe estar respaldada por un acuerdo de pago de la primera cuota. A menudo, el agente entrega al asegurado una recibo condicional, que establece que la aceptación tiene lugar una vez que se ha determinado la posibilidad de asegurar al candidato.

Por ejemplo, supongamos que B solicita un seguro de vida, propone una forma de pago de una cuota anual junto con la petición, pasa su examen médico y es atropellado y muerto por un camión, todo esto antes que el asegurador esté al tanto que se ha hecho una petición de seguro. Los beneficiarios de B pueden recibir el seguro si se determina que B estaba calificado apto en el momento de hacer la petición y que en ella no aparecían afirmaciones erróneas.

Si el candidato al seguro de vida no ha cancelado la primera cuota anual por adelantado, no ha hecho una oferta válida. En este caso, el agente envía la petición a la oficina central donde es estudiada y son aclaradas las preguntas sobre la posibilidad de asegurar al candidato. El asegurador envía la póliza al agente para su entrega y se le dan instrucciones de entregarla sólo si el asegurado goza aún de buena salud. Esto constituye, por parte del asegurador, una oferta que puede ser aceptada mediante el pago de la cuota anual en el momento de la entrega.

En resumen, en el seguro la oferta puede ser hecha de dos modos distintos: (1) llenando una petición y dejando en claro otras consideraciones acerca del candidato y (2) mediante la oferta de una póliza ya completa al candidato. Normalmente la oferta se lleva a efecto de acuerdo con el primer método, pero en forma ocasional, y en especial en seguros de vida, se usa el segundo, dependiendo de las facultades otorgadas al agente.

Contraprestación. Todos los contratos que tienen validez legal deben estar respaldados por una contraprestación y el seguro no constituye una excepción. Se ha definido la misma como un detrimento legal o, en su forma más simple, como un acto o promesa en negociación. La contraprestación del asegurado está constituida por su pago y el compromiso de atenerse a las condiciones del contrato de seguro. La del asegurador, su promesa a pagar la indemnización en caso de ocurrir ciertos riesgos, defender al asegurado en las acciones legales, o realizar otras tareas, como la inspección o servicios de cobranza, según esté especificado en el contrato.

Contratos de seguro verbales

Aun cuando la mayoría de los contratos de seguro son escritos, los acuerdos verbales son frecuentes y los tribunales los consideran válidos. A menudo se llega a un acuerdo verbal y se extiende un documento escrito, llamado «garantía», hasta el

momento de suscribir la póliza completa. Si no fuese por las «garantías», sería difícil demostrar que existió un contrato de palabra. Aunque hubiese testigos, sería difícil obtener una versión exacta del acuerdo. Además, en muchos casos el agente carece de autoridad para realizar contratos verbales. Algunos estados han aprobado estatutos que requieren que ciertos contratos, tales como vida o incendio, sean escritos y en algunos casos las estipulaciones del estatuto del asegurador no admiten contratos verbales. Por lo tanto, conviene desaconsejar este tipo de contratos, siempre que sea posible.

La regla de la evidencia verbal

Según la regla de la evidencia verbal, cuando un contrato se formaliza por escrito, es considerado como acuerdo válido y un testimonio verbal que pretenda cambiarlo es inadmisible excepto en determinadas circunstancias. Por lo tanto, los acuerdos verbales que no están formulados claramente en un contrato escrito no son ejecutivos y es muy peligroso que el asegurador se base en ellos.

Efecto de los errores

Cuando se comete un error honesto en un contrato de seguro por escrito, puede ser enmendado si hay pruebas de error mutuo o de un error cometido por una de las partes y conocido como tal por la otra. Un error en el sentido usado aquí no significa un error de juicio por una de las partes, sino que se refiere a una situación en la que es posible mostrar que el acuerdo real no es el mismo que el establecido en el contrato. Si A cree ser el dueño de una propiedad y la asegura, no puede exigir la devolución de todo lo pagado por el solo hecho de descubrir posteriormente que él no es el dueño de la propiedad. Esto constituye un error de juicio o una suposición errónea y los tribunales no repararán este tipo de error. Veamos algunos ejemplos de errores que se encuentran en pólizas de seguro de vida: un asegurador pagó su póliza y debido a un error del asegurador el endoso establecía que el valor del contrato era de 5.495,26 dólares, incluyendo el interés. En realidad el valor era de 1.994,65. El asegurado inició una acción legal a causa de esta discrepancia; el tribunal sostuvo que la compañía había cometido un error honesto y que era «inconcebible que un comer-

ciante próspero pensara que una póliza que a su muerte pagaría 2.765 dólares pudiese tener en cualquier momento un valor de 5.495,26» [18].

En otro caso, el asegurador extendió una póliza de vida por 1.000 dólares y por un error de uno de sus funcionarios incluyó una opción para recibir después de 20 años una renta vitalicia de 1.051 dólares en lugar de 10,51. El error fue descubierto 18 años más tarde. Cuando el asegurador trató de corregir el error, el asegurado rechazó el pago de la cantidad menor. El tribunal dictaminó que el error era mutuo, el del asegurador al colocar en el lugar equivocado el punto decimal y el del asegurado al no advertirlo o, en caso de haberlo hecho, de no hacerlo notar, lo que equivalía a fraude [19]. Estas decisiones ilustran el hecho que el seguro es un contrato de «uberrimae fidei», de la máxima buena fe, por ambas partes, como se ha dicho anteriormente.

Contratos aleatorios y condicionales

El seguro se califica como un contrato aleatorio, cuyo resultado depende de un evento incierto. Así, la obligación del asegurador de cumplir depende del azar y está condicionada por el acaecimiento de algún riesgo asegurado y el cumplimiento de otras condiciones, como el respeto a las estipulaciones de la póliza o las exigencias del asegurado. El asegurador está obligado a pagar al asegurado una mayor cantidad, bajo ciertas condiciones, que la que éste le ha pagado en cuotas. Así, las condiciones son parte de la negociación. Como contraste, en una transacción comercial ordinaria hay aproximadamente el mismo intercambio de valores entre las partes y pocas condiciones, cuando las hay, que se deban cumplir para llevar a cabo la negociación.

Contrato de adhesión

El contrato de seguro es considerado a la vez como un contrato de adhesión, con el resultado de que cualquier ambigüedad o incertidumbre en el texto del acuerdo será de responsabilidad del redactor —o sea, el asegurador—. Este tiene la ventaja, al establecer los términos del contrato, de adaptarlos a sus intereses particulares y, en general, el asegurado no tiene la oportunidad de negociar las condiciones, estipulaciones, excepciones y otros. Por lo tanto, los tribunales exigen que las compañías de seguro sean muy explícitas y garanticen que el significado esté completamente claro para todas las partes.

Por ejemplo, en el contrato del seguro contra incendios, los tribunales interpretan las pólizas con cláusulas poco claras respecto a acuerdos de pérdida en una propiedad, favoreciendo al asegurado y evitando que recupere menos de lo debido. En el seguro de automóviles, un tribunal clasificó un accidente, en el cual un coche abandonó el camino al ser golpeado por un trozo de hielo, en la categoría de «amplio», en lugar de «choque», lo que favoreció al asegurado, ya que no se aplicaron deducciones [20]. En los seguros de vida, las ambigüedades referentes a la fecha efectiva de una póliza han sido interpretadas también para favorecer al asegurado. Por ejemplo, algunas pólizas son retrotraídas, es decir, fechadas antes que realmente entren en vigor. La mayoría de los tribunales establece que la cláusula referente a suicidio en el primer año se refiere a la fecha más temprana y no a la de entrada en vigor de la póliza [21]. Tal interpretación favorece al beneficiario, ya que si el suicidio tiene lugar después del período de un año estipulado en la cláusula, el beneficiario puede recibir la cantidad completa correspondiente a la póliza mientras que si tiene lugar dentro del período de un año, sólo se reciben las cuotas pagadas.

Al interpretar el acuerdo, los tribunales considerarán, en general, el contrato en su totalidad y no sólo una parte de él. En caso de no existir dudas, los tribunales pondrán en práctica el contrato tal como está escrito. No es excusa que el asegurado no comprenda o no haya leído la póliza. Está obligado por las estipulaciones.

PODERES LEGALES DE LOS AGENTES DE SEGURO

Se ha citado frecuentemente la importancia del agente en los contratos de seguro. Los poderes de los agentes para modificar los términos de un contrato, ponerlo en vigencia, tratar con el

[18] *Flax v. Prudential Life Ins. Co.*, 3 Life Cases (2) 105, Fed. Supp. (1956).
[19] *Metropolitan Life Ins. Co.* v. *Henriksen*, 126 N.E. 2d 736 (Ill. App. Court-1955).

[20] *Gruenther* v. *American Indemnity Co.*, 17 N.W. 2d 590.
[21] E. W. Patterson, *op. cit.*, pág. 99.

asegurado, manejar acuerdos y realizar otras funciones son de vital importancia para un conocimiento cabal del seguro. Después de todo, una compañía de seguros es sólo una entidad legal y debe operar a través de agentes de diversas clases.

Un agente es una persona con poder para tomar decisiones en lugar de su superior. Según la doctrina del «respondeat superior», el superior es responsable por los actos de sus agentes autorizados. El poder de un agente dado no puede ser determinado fácilmente, considerando su calidad de agente general, especial o local. La razón es que la terminología en seguros no es uniforme y, como hemos visto, un agente general de seguros de propiedad tiene poderes y cumple funciones muy distintas a uno de seguros de vida [22]. Además, el sentido en que un profesional del seguro usa los términos para varios agentes no puede ser comparado al que le dan los abogados.

Por ejemplo, la ley reconoce dos tipos principales de agentes: el general y el especial. Un agente general es una persona autorizada para realizar las mismas funciones de un cierto tipo que su superior. En su capacidad, él es la compañía misma, legalmente hablando. Como tal, puede ampliar o restringir un documento escrito, renunciar a los términos de un contrato, aceptar o rechazar riesgos, cambiar las tasas y hacer casi todo lo que la misma compañía podría hacer. En seguros de vida, el agente general tiene pocos, o ninguno, de estos poderes, pero en seguros de propiedad goza de, al menos, algunos de ellos.

Desde un punto de vista legal, un agente no debe ser necesariamente una persona perteneciente a la rama de distribución de seguros; puede ser cualquier representante de la compañía aseguradora, tal como el tesorero o el suscriptor-jefe, a quien se ha dado cierta autoridad. Puede estar clasificado como un agente especial, una persona con autoridad para realizar un acto o función específica y sin poderes generales. En caso de ocurrir cualquier cosa fuera de sus atribuciones, debe obtener una autorización especial para tratarla. Si se ocupa de asuntos fuera de su autoridad, podría comprometer a sus superiores por sus actos, dependiendo de las circunstancias de las que a continuación se habla.

[22] Ver el Capítulo 5.

La fuente de autoridad

La fuente básica de autoridad para todos los agentes de seguro (usando la palabra agente en su sentido más amplio), se encuentra en los tenedores de acciones o pólizas y está formulada en los títulos, estatutos y los usos generales del mercado. El agente que trabaja en la distribución de seguros tiene gran interés para nosotros y el estudio lo dedicamos a él. Hay tres fuentes distintas de autoridad para el agente: por contrato de agencia, por ratificación y por imposibilidad de negación.

Contrato de agencia. La primera fuente de autoridad, el contrato de agencia, es la más común. Es el superior quien autoriza en general al agente a suscribir seguros mediante un instrumento conocido como contrato de agencia. Este acuerdo especifica los deberes, derechos y obligaciones de ambas partes. Desgraciadamente, el acuerdo es a menudo inadecuado y el agente debe realizar funciones que no le han sido asignadas. Esta situación da lugar a otros métodos mediante los cuales el agente recibe autorización de su superior.

Ratificación. Un agente puede obtener autorización por un proceso conocido como ratificación. Es decir, un individuo puede llevar a cabo un acto relativo a otra persona sin gozar de ninguna autoridad, que puede ser aprobado más tarde por el responsable. Así, *A* suscribe una póliza contra incendio por la casa de *B*. *A* no está autorizado por el asegurador para hacerlo. Sin embargo, convence al agente *C* a aceptar el riesgo y pasa a convertirse en su agente por ratificación.

Agente por imposibilidad de negación. Una tercera forma en que un agente puede obtener poder es mediante el proceso conocido como «imposibilidad de negación». La imposibilidad de negación es una doctrina legal según la cual se solicita a un individuo que haga, o se abstenga de hacer, algo inconsistente con su comportamiento anterior. Supongamos que en el ejemplo anterior el asegurador *C* continúa permitiendo a *A* la venta de seguros, aun cuando éste no tiene un acuerdo con la agencia. Cada vez que *A* envía una póliza, *C* la ratifica. Poco a poco *A* se hace conocido en la comunidad como el agente local de *C* sin que haga intento alguno de informar al público de lo contrario. Para éste, *A* tiene el poder de comprometer a *C* en seguros contra incendio, como se acostumbra entre otros

agentes locales. *A* suscribe un seguro sobre la casa de *D* y antes que *C* ratifique la póliza la casa se incendia. ¿Podría *C* negar su compromiso sobre la base que *A* no tenía autoridad para suscribir la póliza? Es muy probable que los tribunales digan que, dado que *C* indujo al público a creer que *A* poseía esa autoridad, permitirle la no cancelación de la deuda equivaldría a dañar a un inocente y la ley debería contar con una solución. *C* está imposibilitado a negar responsabilidad y *A* se ha convertido en agente por imposibilidad de negación.

Resumiendo, la autoridad como agente se puede obtener de forma expresa o tácita. Es posible comprometer al superior, ya sea gozando de autoridad real o aparente. Esta incluye todos los poderes necesarios para llevar a cabo el trabajo. No afectarán a terceras partes inocentes las limitaciones secretas y no usuales de esta autoridad. En virtud de estos principios, los tribunales han extendido la autoridad de un agente más allá de sus poderes reales. Por ejemplo, una compañía negó su responsabilidad en una póliza basándose en declaraciones falsas que aparecían en la petición. Se demostró que el agente se comprometió a responder por el asegurado y que había contestado erróneamente aun cuando se le proporcionó la información correcta. El tribunal sostuvo que lo sabido por el agente lo es también por la compañía y, por lo tanto, ésta podía negar responsabilidades. El asegurador tuvo que pagar [23]. Evidentemente, si el asegurado estaba al tanto de las respuestas incorrectas del agente, puede ser culpable de fraude y no recibir la indemnización. La mayoría de los tribunales rehúsa afirmar que cuando un candidato firma una solicitud garantiza la veracidad de todo lo que aparece en ella.

Imposibilidad de negación frente a renuncia

La renuncia es el abandono voluntario de un hecho conocido. La imposibilidad de negación impide hacer uso de un derecho debido a un comportamiento inconsistente con éste. Estas dos doctrinas legales son vitales para una comprensión de las leyes de la agencia. A menudo no se distinguen muy claramente, aun en las acciones legales, y a veces se las usa en forma equivalente. Estas dos doctrinas son de interés para comprender en qué medida las acciones de los agentes de seguro pueden comprometer a los aseguradores. Como ilustración, en un caso referente a una póliza por muerte accidental, un tribunal finalizó el juicio por haber evidencia de que las pruebas de pérdida no

[23] *Atlas Life Insurance Co.* v. *Eastman,* 320 Pac.2 397 (Okla. 1957).

se habían archivado según requería la póliza. Un tribunal superior encontró que el agente de la compañía había dicho al asegurado que no sería conveniente archivar una prueba de pérdida, dado que no existía responsabilidad de pago por muerte accidental. El tribunal dictaminó que esto equivalía a una renuncia de la exigencia de hacer tal archivo [24]. A no ser por la doctrina de renuncia, el beneficiario no habría tenido ninguna posibilidad de recibir los beneficios de la póliza.

La imposibilidad de negación opera cuando no ha habido abandono voluntario de un hecho conocido. Opera para anular un «derecho» que un individuo posee, desde un punto de vista técnico. Los tribunales negarán el derecho cuando su observancia implique una injusticia para una parte inocente a quien se ha hecho confiar en una determinada conducta o acciones de un tercero. A menudo surgen situaciones de renuncia e imposibilidad de negación cuando la póliza entra en vigor. Supongamos que un agente suscribe una póliza contra incendios sabiendo que en el momento de emitirla se viola alguna cláusula. Por ejemplo, el asegurado puede estar involucrado en algún tipo de negocios que el asegurador ha excluido de la póliza y ordenado a sus agentes no tenerlo en cuenta. A pesar de todo, el agente suscribe la póliza y se produce una pérdida antes de que el asegurador haya tenido tiempo de cancelar el contrato. La mayoría de los tribunales sostendrán que la acción del agente al extender un contrato nulo desde su comienzo constituye una renuncia y, por lo tanto, el asegurador no puede negar sus responsabilidades.

En un intento de protegerse contra las acciones de los agentes en casos de renuncia a una póliza, los aseguradores incluyen ocasionalmente una cláusula a la que es imposible renunciar y que establece que el agente no tiene poder para dejar de lado ninguna condición del contrato sin un permiso escrito. Por ejemplo, la Póliza Contra Incendios de Nueva York de 1943 establece:

> No existirá licencia alguna que afecte a esta póliza, ni ninguna renuncia será válida, a menos de estar garantizada en ella o haberse agregado por escrito.

Algunos tribunales, sin embargo, han sostenido que el agente puede renunciar a esta cláusula o cualquier otra; otros, la han defendido. La mayoría concuerda en que constituye, a lo más,

[24] *Keel v. Independent L. & A. Insurance Co.,* 99 So.2 225 (Fla. 1957).

una advertencia sobre la limitación de la autoridad de los agentes locales.

Durante la vigencia de la póliza los agentes incurren en renuncias frecuentes. Supongamos que un agente se entera de alguna violación de la garantía y no se lo advierte al asegurado. ¿Imposibilita la posterior negación de responsabilidades, de parte del asegurador, el no cancelar la póliza? Claramente, tal imposibilidad no tiene lugar, a menos que hubiese evidencia suficiente de que el asegurado se basó en acciones del agente [25]. El mero silencio no permite la violación del contrato. Pero si el asegurado solicitó del agente un endoso permitiendo una situación que podría violar una cláusula de la póliza (tal como almacenar gasolina en un edificio asegurado), el agente promete ocuparse del asunto y no lo hace antes de ocurrir la pérdida, probablemente los tribunales sostengan que existió una renuncia. En este caso, el asegurador se ve imposibilitado de negar su responsabilidad derivada del contrato.

Para decidir si las acciones de los agentes constituyen renuncias, los tribunales considerarán el grado de autoridad del agente en cuestión, la medida en que el asegurado se basó en éste o la compañía al llevar a cabo sus acciones referentes a la violación del contrato y la importancia de la violación. Por ejemplo, en el momento de la pérdida, el tasador puede investigar la demanda y descubrir una violación del contrato. Se conocen ejemplos en los que una acción continuada para establecer las pérdidas en tales condiciones ha resultado en una renuncia de la violación. Normalmente, si el asegurador investiga en el momento de la pérdida, no está renunciando a una violación de las condiciones, pero si el tasador pide al asegurador algo más que archivar una prueba de pérdida formal, éste puede encontrarse pagando una demanda que podría haber evitado debido a la violación de algunas condiciones de la póliza.

Agentes frente a corredores

En la mayoría de los ramos de seguro operan intermediarios, llamados corredores. Un corredor es el agente legal del asegurado y no tiene las mismas atribuciones que un agente local, aun cuando opera al mismo nivel. Es éste un individuo

[25] Un ejemplo de tal acción podría ser la aceptación de una cuota de renovación por un agente que conocía la violación de la cláusula de la póliza.

empleado por la persona que busca un seguro para que se lo prepare en los términos más convenientes. El corredor mantiene contactos con varios aseguradores, pero no tiene un acuerdo de agencia con ellos. Es, por lo tanto, libre de tratar con cualquiera que acepte su oferta. No puede comprometer de palabra a ningún asegurador, dado que no tiene acuerdos con él, como sería en el caso del contrato de agencia. Así, al tratar con un corredor, no se debe suponer que la póliza es válida en el momento de ordenarla. Se está bajo la póliza sólo en el momento en que un asegurador la acepta, de acuerdo con la propuesta que ha hecho el corredor en nombre del asegurado.

RESUMEN

1. Una comprensión de los principios legales es vital para entender el contrato de seguro. Existen diferencias en la aplicación de estos principios legales entre los seguros de vida y las demás modalidades.
2. El interés asegurable es necesario para la validez de cualquier contrato de seguro. Los principios de indemnización y subrogación están estrechamente ligados al del interés asegurable. Ambos son necesarios para reforzar este último.
3. Dado que el seguro es un contrato «de la máxima buena fe», la violación de la garantía o una falsa declaración esencial por parte del asegurado puede anular el contrato. Un encubrimiento tiene los mismos efectos legales de una falsa declaración esencial.
4. El seguro se lleva a efecto mediante un contrato legal que debe cumplir unas exigencias mínimas. Así, no debe ir contra el bien común, debe estar suscrito por las partes con capacidad para hacerlo, debe ser puesto en práctica de acuerdo con todas las partes y debe estar respaldado por una contraprestación. Los contratos verbales pueden tener validez, aun cuando deben evitarse en la medida de lo posible. El seguro es un contrato de adhesión y cualquier ambigüedad es interpretada contra el asegurador. Es un contrato aleatorio y condicional.
5. El seguro se efectúa mediante agentes con diferentes grados de autoridad, dependiendo de la costumbre en distintos ramos y de las doctrinas de renun-

cia e imposibilidad de negación. Los corredores son agentes del asegurado, no del asegurador, y no están capacitados para hacer compromisos verbales.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. E. W. Patterson escribió en *Essentials of Insurance Law:* «La subrogación es una ganga para el asegurador. No juega ningún papel en los esquemas de tarifas (o con mínima importancia)... Es posible argumentar que ya que se pagó al asegurador para convertirlo en responsable por pérdidas negligentes, por lo que no debería hacerlas recaer sobre otros.»
   (a) ¿Está usted de acuerdo con esta afirmación o sólo con parte de ella? Explíquelo.
   (b) Enuncie los argumentos generales para incluir cláusulas de subrogación en contratos de seguro.
2. Un asegurado inició juicio para cambiar el texto de una póliza de seguro de vida liberada de prima *(Alldredge* v. *Security Life and Trust Co.,* 92 So.2 26, Alabama, 1957). El asegurado afirmaba que el agente general de la compañía firmó un acuerdo que le daba derecho a una póliza liberada por valor de 7.000 dólares, con el pago de cuatro cuotas anuales de 322,28 cada una. Por lo tanto, ni la póliza ni la petición se refirieron a este documento escrito.
   (a) ¿Piensa usted que el juicio tendrá éxito? ¿Por qué?
   (b) ¿En qué doctrina legal basa tal decisión?
3. En *National Indemnity* v. *Smith-Grandy, Inc.* (150 Wash. 109), Smith-Grandy, un traficante de autos, se puso en contacto con un agente general de Seatle para solicitar un seguro sobre un camión que estaba en viaje entre Detroit y esa ciudad. Se le dijo que el seguro comenzaría inmediatamente, es decir, a las 3,15 p. m. del 7 de junio de 1955, el día de la conversación. Pero la póliza escrita establecía que el seguro empezaba del 7 de junio de 1955, a las 12,01 a. m., hasta el 7 de junio de 1956. Posteriormente se supo que a las 2,15 p. m. el camión había sufrido un accidente y existía una demanda contra Smith-Grandy por 200.000 dólares. El asegurador rehusó pagar la demanda, ya que el accidente ocurrió antes de las 3,15 p. m. En un juicio contra el asegurador, Smith-Grandy sostuvo que la hora escrita en la póliza correspondía a la hora en que el contrato entraba en vigor; pero éste se defendió basándose en el testimonio del agente de que el seguro no fue solicitado hasta las 3,15 p. m.
   (a) ¿Cómo se deberá decidir en este caso?
   (b) ¿Explique las doctrinas legales involucradas en el mismo.
4. *B* es empleado de un pequeño fabricante. Pide una póliza de seguros contra incendios de la fábrica donde trabaja, porque sabe que si la construcción se incendia perderá el trabajo. El agente rehúsa extender la póliza. ¿En qué habrá basado su rechazo? Explíquelo.
5. Un productor cinematográfico ha invertido 1.000.000 de dólares en un filme que satirizaba la vida de una conocida figura pública. Solicita una póliza de seguro de vida por valor de 1.000.000 de dólares. ¿Le concederá la póliza el asegurador? ¿Por qué?
6. *Y* presta a *X* 1.000 dólares, y le pide su consentimiento para suscribir un seguro por su vida como respaldo por su deuda en caso de muerte. Posteriormente la deuda es cancelada, pero *Y* conserva la póliza. Cinco años más tarde *X* muere. ¿Puede *Y* cobrar? ¿Por qué?
7. ¿En qué casos, si los hay, es necesario probar un interés asegurable en seguros de vida? Explíquelo.
8. En *Liberty National Life Insurance Co.* v. *Weldon* (3 Life Cases 2 669, Alabama, 1957), el asegurador extendió una póliza de seguro de vida para una niña de dos años. El solicitante del seguro era la tía de la niña. Los padres no sabían nada respecto del seguro. Posteriormente, la tía envenenó a la niña, declarada culpable y ejecutada. ¿Considera usted que en este caso se cumplió con la exigencia del interés asegurable? ¿Por qué?
9. *A* piensa comprar un coche. Extiende una póliza de seguro sobre el coche y ordena su envío a otra ciudad, donde piensa recibirlo y cerrar el negocio. Antes de convertirse en el dueño legal, el coche es destruido. Entretanto, el dueño anterior ha cancelado el seguro sobre el coche.
   (a) ¿Quién sufre la pérdida?

(b) ¿Cubre algún seguro esta pérdida?
(c) ¿Habría sido diferente su respuesta si el coche hubiese sido destruido después que *A* lo recibió, teniendo en cuenta que el seguro fue extendido antes de hacerse cargo?

10. Distinga entre la doctrina del interés asegurable y el principio de indemnización.
11. *D* es dueño de una casa tasada en 15.000 dólares. Suscribe un seguro en dos compañías, cada uno por 15.000 dólares. Si la casa resulta totalmente destruida, ¿puede cobrar la póliza completa en ambas compañías? ¿Por qué?
12. Supongamos que *D* suscribe un seguro contra incendios que estipula no considerar las devaluaciones. ¿Viola esto el principio de indemnización? Explíquelo.
14. *A* muere en un accidente automovilístico, en el cual *B* es acusado de negligencia. El asegurador de *A* paga 50.000 dólares, según las pólizas de seguro correspondientes. ¿Tiene derecho el asegurador a entablar juicio contra *B* por esta cantidad? ¿Por qué?
14. La casa de *T*, tasada en 10.000 dólares, se quema en su totalidad debido a la legligencia de *U*. *T* recibe 6.000 dólares, la suma completa de su seguro contra incendios. Su asegurador entabla juicio contra *U*, y recibe 5.000 dólares. ¿Cómo se dividen los 5.000 dólares entre *T* y su asegurador? Explíquelo.
15. En una petición de seguro de vida, el solicitante afirmó que no sufría ninguna enfermedad, que visitaba al médico sólo dos veces al año para un examen y que no tenía solicitudes de seguro pendientes con otra compañía. Al poco tiempo de suscribir la póliza el asegurado murió. La compañía negó responsabilidades cuando se descubrió que el asegurado había visitado al médico seis veces dentro de las diez semanas anteriores a su petición. Aún más, el asegurado había pedido otro seguro de vida a otra compañía por 50.000 dólares en forma simultánea.
    (a) ¿Puede el asegurador negar responsabilidades?
    (b) ¿Qué doctrina legal del seguro está en juego en este caso?
    (c) ¿En qué consiste el examen de la relevancia en una declaración?
16. Distinga entre un encubrimiento y una falsa declaración.

17. (a) ¿Cuáles son los dos criterios de cautela que se imponen para determinar si un encubrimiento anula o no una póliza?
    (b) Explique las razones para estos dos criterios.
18. Un solicitante de seguro contra incendio no reveló que había recibido varias amenazas de incendio de su casa, a menos que pagara cierta suma. ¿Piensa usted que esto constituye un encubrimiento?
19. Distinga entre: (a) garantía y representación, (b) garantía de promesa y afirmativa.
20. En un plan para incendiar una casa y cobrar el seguro se arrojaron diez galones de gasolina en un piso. Uno de los miembros del complot entró en la casa para recuperar unos cubrecamas; pero algo falló, y la gasolina prendió antes de que pudiera escapar. En el juicio para cobrar el seguro de vida del individuo, el asegurador negó responsabilidad, alegando que todo era ilegal. (*Taylor* v. *John Hancock Mutual Life Insurance Co.*, 132 N. E. 2 579, Ill., App. 1956.) ¿Piensa usted que ésta es una defensa válida? Explíquelo.
21. ¿Cuál es la relación entre legalidad en un contrato de seguro y la exigencia del interés asegurable? Explíquelo.
22. El solicitante de un seguro de vida por valor de 6.500 dólares pagó la primera cuota al presentar la solicitud. La póliza estipulaba que no habría responsabilidad hasta que ésta fuese escrita y entregada durante la vida del solicitante, quien además debía gozar de buena salud, y cancelada en su totalidad la primera cuota. Dos días después de hacer la solicitud, el candidato pasó su examen médico. Sin embargo, la compañía escribió al administrador de distrito que aceptaría la póliza sólo por una mayor cuota. Entretanto, el agente informó al candidato que había pasado el examen y cobró la primera cuota. La compañía nunca emitió la póliza porque treinta días después de la petición original, el candidato murió de un ataque cardíaco. Los herederos del candidato iniciaron juicio sobre la base de que el silencio del asegurador constituía una aceptación implícita del riesgo y, por lo tanto, se veía impedido a negar que el contrato se había efectuado. ¿Constituye, en su opinión, suficiente evidencia para invocar una imposibilidad de negación la acción del agente y el silencio del asegurador, si está

pendiente la respuesta del administrador de distrito? Discútalo. (*Hayes* v. *Durham Life Insurance Co.*, 96 S.E. 2 109, Va. 1957.)

23. ¿Qué elementos constituyen la contraprestación en un contrato de seguro?
24. ¿Implican un compromiso todos los contratos verbales de seguro? Discútalo.
25. (a) ¿Bajo qué condiciones se puede corregir un error en un contrato de seguro?
    (b) ¿Piensa usted que el asegurador podría haber tratado el caso de la pregunta 3 según la teoría de la corrección de errores en la póliza? Discútalo.
26. ¿Por qué es importante el principio de adhesión en la interpretación de los contratos de seguro?
27. ¿En qué consisten las doctrinas de: (a) «uberrimae fidei», (b), «respondeat superior»?
28. Distinga entre las atribuciones de un agente general y uno especial.
29. ¿Cuáles son los tres métodos para convertirse en agente de otro? Explíquelo.
30. (a) Distinga entre las doctrinas de renuncia e imposibilidad de negación.
    (b) Dé un ejemplo del funcionamiento de cada una.

9

Elementos comunes a la mayoría de los Contratos de Seguro

Existen muchas similitudes en los contratos de seguro, y es mejor estudiarlos y analizarlos en conjunto a fin de evitar repeticiones inútiles al considerar las diferentes pólizas por separado. La mayoría de los contratos, por ejemplo, contienen ciertas excepciones, tales como pérdidas por guerra, a bienes extremadamente frágiles, o debidas a la acción malintencionada del asegurado. La mayoría de los contratos de seguros sobre la propiedad exigen que el asegurado notifique al asegurador con la mayor celeridad el acaecimiento del siniestro y precisan, generalmente, que el asegurado presente pruebas del daño sufrido. El conocimiento de estos elementos comunes facilita grandemente la comprensión de los contratos de seguro en general, en aquellos casos de pólizas parecidas, pero con una denominación diferente. El estudio que sigue presenta un esquema de los requisitos más significativos que suelen ser comunes a la mayoría de los contratos de seguro.

EL CONVENIO DE SEGURO

Una de las primeras cláusulas de cualquier contrato de seguro es la indicación de lo esencial que convienen las partes. En las pólizas esto se encuentra en la *cláusula de seguro* o *convenio de seguro* que establece normalmente lo que se compro-

mete a hacer el asegurador y las principales condiciones en que acepta este compromiso. El contrato de seguro comienza normalmente así: «De acuerdo con las primas estipuladas y las condiciones acordadas, la Compañía de Seguros... asegura por este acto a la persona antes mencionada...». Luego se establece la naturaleza exacta de lo que se conviene. Como se ha indicado en el capítulo 8, el asegurado se compromete solamente a pagar su prima de acuerdo con las condiciones de su póliza. El estar de acuerdo con las condiciones es una parte de su prestación, de tal forma que, técnicamente, el asegurado simplemente está de acuerdo en pagar una contraprestación. Lo más importante y, de hecho, la parte crucial del acuerdo es la declaración de lo que promete el asegurador.

RIESGO ESTIPULADO FRENTE A TODO RIESGO

Existen dos criterios generales para enfocar los convenios de seguros. Uno, tradicional, llamado «riesgo estipulado», y el otro, que se aplica cada vez más ampliamente y recibe el nombre de «a todo riesgo». El convenio sobre *riesgo estipulado,* tal como su nombre indica, da la relación de los riesgos que se propone cubrir. Los que no se nombran, por supuesto, no se cubren. El otro tipo, *a todo riesgo,* declara la intención del asegurador de cubrir todos los riesgos y daños a la propiedad que se describe, *excepto* los específicamente excluidos.

El contrato de seguro típico del automóvil ilustra el ejemplo de riesgo estipulado. El acuerdo puede establecer:

> La Compañía conviene con el asegurado... en consonancia con el pago de las primas, fiándose de las manifestaciones hechas en la proposición y con sujeción a los términos de esta póliza... en pagar...

La póliza enumera y describe después los diferentes riesgos que puede cubrir el seguro bajo una forma especial. Tales riesgos son normalmente pérdidas para el asegurado resultantes de la propiedad, mantenimiento y uso del automóvil, e incluyen las pérdidas que pueden surgir del uso culpable y perjudicial para terceros, daños por choque, por incendio y robo, y daños por lesiones al asegurado y a sus pasajeros mientras va conduciéndose el coche.

Típico ejemplo del seguro a todo riesgo es el seguro de bienes personales, que comprende la cobertura de «todos los riesgos de pérdida o daño causados a la propiedad asegurada, ex-

cepto los que se detallan a continuación». La póliza luego concreta las diversas limitaciones impuestas a alguna clase de propiedad asegurada (p. ej., se excluyen los automóviles, embarcaciones y negocios comerciales) y a determinados riesgos que se exceptúan (pérdidas resultantes de guerras, averías mecánicas y rotura de artículos frágiles).

DEFINICION DEL ASEGURADO

Todas las pólizas de seguro mencionan, al menos, una persona beneficiaria del seguro. Se la designa con el nombre de *asegurado nominal.* En el seguro de vida se le llama a menudo *tenedor de póliza.* Además, muchos contratos cubren los intereses asegurables de otros individuos en la propiedad descrita o los aseguran contra las pérdidas enumeradas en la póliza. A estos individuos se les llama generalmente *interesados adicionales* o *asegurados adicionales,* y normalmente disfrutan de una cobertura en parte menos completa que la del asegurado nominal.

Por ejemplo, la póliza familiar de automóvil no sólo cubre al propietario del coche, sino que proporciona exactamente la misma cobertura al cónyuge, si vive en el mismo domicilio. La póliza cubre también *cualquier otra* persona que conduce con autorización del asegurado nominal o de su cónyuge, siempre que no estén conduciendo el coche en relación con negocios automovilísticos, tales como estaciones de servicio, garajes o aparcamientos. Estos riesgos adicionales del asegurado se limitan de diversas formas. Por ejemplo, la póliza no garantiza a los individuos que conducen con permiso delegado por quienes fueron autorizados a conducir. Así, si el asegurado nominal autoriza a A para que conduzca el coche y A lo presta a B, B no está asegurado por la póliza del titular, a menos que se pueda demostrar que el asegurado nominal ha otorgado a B un permiso definitivo para conducir. Asimismo, la cobertura para los asegurados adicionales cuando conducen vehículos no pertenecientes al asegurado nominal es menor que la que se le da al asegurado nominal mismo.

De la misma manera, una póliza contra incendios (New York Standard, 1943) no sólo cubre al asegurado nominal, sino también a sus representantes legales. Así, si muere el asegurado nominal, la póliza, en virtud de esta disposición, queda en vigor hasta que se clarifique el asunto. En la póliza de seguro de res-

ponsabilidad combinada, el término asegurado no sólo incluye al asegurado nominal, sino también a su cónyuge y a los parientes de ambos, si viven en el mismo domicilio. La póliza, además, asegura a cualquier empleado del asegurado que maneje determinado equipo agrícola de su competencia laboral, a cualquier persona menor de veintiún años que esté al cuidado del asegurado y a cualquier persona u organización legalmente responsable de daños que puedan provenir o ser causados por animales o equipos de navegación pertenecientes al asegurado. Por ejemplo, si el asegurado nominal presta un caballo a su vecino, y mientras éste cabalga, se desboca y lesiona a alguien, el vecino queda cubierto por la póliza de responsabilidad del asegurado nominal.

COBERTURA DE TERCEROS

Muchos contratos de seguro pueden proporcionar cobertura a individuos que no forman parte directa del contrato. A tales personas se les da el nombre de *terceros*. Los derechos de los terceros se consignan en cada contrato y varían considerablemente según las modalidades. En el seguro de vida, el beneficiario es un tercero autorizado para recibir el capital de la póliza en las condiciones que normalmente se fijan de antemano por el asegurado nominal. Se puede cambiar al beneficiario en cualquier momento, mientras viva el asegurado, a no ser que haya renunciado formalmente a este derecho o que haya designado beneficiario con carácter irrevocable. De forma similar, una persona como, por ejemplo, un acreedor a quien se le ha hecho cesión de la póliza tiene ciertos derechos a recibir el capital asegurado a la muerte como tercero, y posiblemente también ciertos derechos sobre el valor efectivo de las pólizas del seguro de vida.

En los contratos de seguro de accidentes de trabajo, el convenio se establece entre dos partes, un patrono y una compañía de seguros. La compañía aseguradora accede a pagar a los empleados lo que por ley les corresponde como compensación por los accidentes que puedan sufrir en el ejercicio de sus obligaciones laborales. El compromiso del asegurador es directamente con el trabajador como tercero del contrato. De acuerdo con las leyes del país, el trabajador puede reclamar los beneficios de la póliza judicialmente, aunque él no forme parte directa del contrato.

En el seguro de enfermedad es necesaria una cobertura para terceros, cuando se trata de pólizas del automóvil o de responsabilidades diversas. En estos casos, personas que no son parte contratante quedan aseguradas contra accidentes que puedan sufrir en ciertas condiciones, como cuando están conduciendo el coche del asegurado nominal o mientras se encuentren en propiedades del asegurado nominal. El asegurador está comprometido directamente con los terceros, como ocurre en el seguro de accidentes de trabajo.

En el seguro de propiedades, el tercero muchas veces ha prestado dinero sobre la propiedad cubierta por la póliza del asegurado nominal. En el seguro contra incendios, por ejemplo, el prestamista está normalmente protegido por lo que se conoce bajo el concepto de cláusula de acreedor hipotecario, y en el seguro de automóviles como cláusula de cesión de derecho. El prestamista está facultado para resarcirse el primero si la propiedad ha sufrido daño por un peligro cubierto por la póliza, y el sobrante, si lo hubiera, corresponde al propietario. El prestamista tiene derecho a dar aviso en el caso de una inminente cancelación de la póliza por cualquier motivo, y normalmente se le permite pagar la prima si el asegurado no lo hace. Los derechos del prestamista no se pierden por el mero hecho de no cumplimentar el asegurado alguna previsión de la póliza. Así, si el asegurado emplea su coche en servicio público, dejando en suspenso por ello su cobertura bajo la póliza de seguro automovilístico, el prestamista sigue en su derecho de resarcirse aún en el caso de quedar destruido el vehículo. El asegurador paga al prestamista y se subroga en todos los derechos del mismo contra el asegurado, según lo explicado en el capítulo 8. De esta forma, el asegurado no puede obtener beneficio del pago a un tercero, cuando no estaba facultado a recibir el pago por su cuenta.

RIESGOS EXCLUIDOS

Prácticamente todos los contratos de seguro excluyen la cobertura de determinados riesgos y otros factores causantes de pérdidas. En los contratos aparece normalmente un apartado enumerando y describiendo todos los riesgos excluidos. Es de vital importancia que las exclusiones estén redactadas con claridad para que se pueda valorar satisfactoriamente el contrato de seguro. Estipular las exclusiones es labor del técnico de se-

guros, y con ello se describe y delimita el contrato de seguro de una forma clara y sin ambigüedades.

Un factor que complica el análisis de los contratos de seguro es el hecho de que la mayor parte de las pólizas definen y delimitan el riesgo de tal manera que éste se cubre de forma parcial. Así, en la póliza base de incendios, el fuego por causas específicas puede quedar excluido, como por ejemplo el incendio provocado por orden de la autoridad civil. En la cobertura ampliada se cubre la explosión, pero no si resulta del reventón de calderas, tubos o turbinas de vapor u otras partes móviles o rotativas de la maquinaria propiedad o bajo el control del asegurado. En el seguro de vida puede no estar cubierta la muerte a causa de guerra. En el seguro de accidentes, algunas pólizas limitan la cobertura a aquellos accidentes originados por determinadas causas como accidentes de viaje o ajenos al trabajo normal (extraprofesionales).

Determinados riesgos pueden quedar excluidos o limitados de varias maneras en base a tres razones diferentes, por lo menos:

A) Algunos riesgos se excluyen porque resultan básicamente no asegurables.

B) Otros se excluyen porque existe la intención de cubrirlos en otro tipo de póliza.

C) Otros se excluyen porque se desea cobrar una cantidad por ellos bajo la forma de un suplemento que puede incorporarse a la póliza como opción del asegurado.

Riesgos básicamente no-asegurables

Es normal en todos los tipos de seguros excluir los daños originados por causas de guerra o similares, insurrección o rebelión, porque las pérdidas de esta índole no se pueden prever con aproximación y porque siempre son de naturaleza catastrófica. Asimismo, se excluyen el deterioro por el uso continuado, el deterioro gradual, polilla y parásitos, puesto que estas pérdidas no son accidentales, sino hechos naturales y, por consiguiente, no-asegurables (a no ser a primas muy altas). Por una razón similar se excluyen también pérdidas a la propiedad causadas por una acción deliberada del asegurado como, por ejemplo, incendio intencionado, producción defectuosa o el incremento voluntario del riesgo. En el seguro de vida, y por la misma razón, se excluye el suicidio dentro de los dos años (en algunas pólizas sólo un año) desde el comienzo de vigencia del contrato.

Riesgos a asegurar por contratos específicos

Algunos riesgos pueden cubrirse más fácilmente por contratos establecidos especialmente para los mismos. Así, la póliza personal de automóvil excluye pérdidas ocasionadas por el uso comercial del vehículo, del mismo modo que el seguro comercial de automóviles excluye bajo condiciones perfectamente definidas el uso personal del coche. Los problemas del seguro de riesgos comerciales y personales son totalmente distintos, y se han elaborado pólizas para cada caso. La exclusión tiene la finalidad de eliminar la duplicidad de cobertura. Una exclusión parecida se encuentra en los formularios del seguro de incendio, contratos de responsabilidades y pólizas marítimas en el tráfico interior. Otro ejemplo de este tipo de exclusión existe en la exclusión de ciertos daños por agua o inundación en las pólizas de incendio. Estas contingencias presentan problemas especiales y deben asegurarse por separado.

Riesgos cubiertos por suplementos con primas extras

El tercer tipo de exclusión puede quedar ilustrado por la previsión existente en la póliza «standard» de incendio que determina que la póliza no cubre motines o explosiones a no ser que se produzcan por incendio, y en este caso sólo se cubren las pérdidas producidas por el fuego. Por medio de suplementos sucesivos, los riesgos de motines y explosión pueden incluirse en la póliza, mediante una sobreprima. De esta forma, los asegurados que no precisan una cobertura suplementaria para ciertos riesgos pueden optar por una forma más limitada de cobertura más económica.

PERDIDAS EXCLUIDAS

La mayor parte de los contratos de seguro contienen previsiones excluyendo ciertos tipos de pérdidas, aun cuando la póliza cubra el riesgo que las causa. Por ejemplo, la póliza de

incendio cubre las pérdidas directas ocasionadas por el fuego, pero excluye las pérdidas *indirectas* producidas por el fuego. Así, la póliza no responde de pérdidas por gastos fijos o pérdidas de beneficios que resulten del hecho de que el fuego ha causado una interrupción de las actividades comerciales. Para esta protección se requiere un seguro aparte. Tampoco cubre la póliza las pérdidas causadas por la aplicación de cualquier ley (como ordenanzas en la construcción), que exija que en la reconstrucción de un edificio destruido por el fuego se emplee un sistema más costoso que el utilizado en su construcción.

De forma parecida, en el seguro de enfermedad, si la póliza prevé la cobertura de los gastos de hospitalización en caso de peligro de enfermedad, con frecuencia excluye los honorarios del médico originados por esta contingencia. En el seguro de automóviles, los daños por colisión no incluyen pérdidas en la propiedad de otros por esta contingencia; tales pérdidas deben asegurarse en otro contrato.

BIENES EXCLUIDOS

Un contrato de seguro puede contratarse para cubrir ciertos riesgos y las pérdidas resultantes de los mismos, pero se limita a ciertos tipos de propiedad. Por ejemplo, la póliza de incendio excluye pérdidas causadas por el fuego en dinero, acciones, documentos contables, metales preciosos y manuscritos. A no ser que se asegure expresamente, la póliza de incendio sobre un edificio solamente se refiere a las partes integrantes del edificio y excluye todo su contenido. El seguro de automóviles sólo ofrece una protección muy limitada a la propiedad particular transportada en el vehículo. La póliza de seguro de automóviles concede también una protección algo más limitada a coches de propiedad ajena que al propio vehículo del asegurado. Las pólizas de responsabilidad civil excluyen normalmente la propiedad de terceros bajo custodia o control del asegurado.

¿Por qué se excluyen ciertas clases de bienes de la cobertura del seguro? Puede haber toda una serie de razones, muchas de las cuales tienen relación entre sí. En primer lugar, el asegurador puede tener la intención de asegurar ciertos tipos de propiedad por contratos separados; así, los automóviles empleados como taxis quedan excluidos en la póliza familiar de automóviles. En segundo lugar, la propiedad en cuestión puede

estar sujeta a graves contingencias físicas o morales, fuera de lo normal, o puede ser particularmente susceptible de pérdidas; por ejemplo, la exclusión de metales preciosos y de manuscritos obedece, al menos en parte, a esta razón. Finalmente, la propiedad puede quedar excluida del seguro a causa de la dificultad en obtener una estimación justa de su valor en caso de siniestro; muchas veces se precisa un tratamiento especial en la valoración de obras de arte y en el supuesto de seguros de propiedades no tangibles, como cuentas pendientes de cobro.

SITUACIONES EXCLUIDAS

La póliza puede limitar la cobertura a determinadas zonas geográficas. Pocos contratos de seguro sobre las propiedades garantizan una completa protección en todo el mundo. El seguro de incendio, generalmente, se limita a la propiedad situada en lugares fijos, con una pequeña parte de la cobertura, digamos el 10 por 100, aplicable cuando una parte de la propiedad se encuentra en un lugar distinto al sitio de los bienes principales del asegurado. El seguro de automóviles se limita normalmente a cubrir el vehículo en los Estados Unidos, sus posesiones o Canadá. Si el vehículo se encuentra en Europa o en México, por ejemplo, se suspende la cobertura.

CLAUSULAS QUE LIMITAN LOS PAGOS A EFECTUAR

Al circunscribir la cobertura ofrecida por un contrato de seguro, el asegurador tiene generalmente la necesidad de establecer limitaciones mediante el recobro de determinados importes en dólares señalados en cláusulas como las de descuentos, franquicias, co-aseguro, períodos de carencia, limitaciones en dólares y cláusulas de prorrateo. Una póliza puede contener una o más cláusulas de este tipo que sirven para distintos fines, y no resulta siempre posible atribuir una sola razón el aplicar cualquiera de ellas. Generalmente, sin embargo, se echa mano a estas cláusulas para reducir el costo de la oferta del servicio de seguros; para prevenir reclamaciones demasiado pequeñas o que exigen elevados gastos de administración; para llegar a una mayor equidad en la estructura de las primas, y para fijar

un límite máximo de las obligaciones del asegurador en cualquier tipo de póliza. Estas delimitaciones aspiran a convertir el contrato de seguro de una vaga promesa de indemnización en un contrato definido y mesurable que cumple los requisitos de los riesgos asegurables.

Deducciones

Es muy corriente estipular que un importe determinado en dólares, por ejemplo, 50, corre a cargo del asegurado antes de que el asegurador haya de pagar según los términos del contrato; así, es normal descontar 50 ó 100 dólares en el seguro de automóviles. Más recientemente, un descuento de 50 dólares se ha introducido en los contratos de incendio, que se aplica a todas las reclamaciones, con excepción de las resultantes de determinadas contingencias comunes, como incendios, rayo, explosión y humos. El objeto de estas deducciones es el de evitar reclamaciones pequeñas. El reembolso de las pérdidas pequeñas resulta caro y produce a veces gastos administrativos mayores que el valor real del pago. La existencia de tales deducciones se convierte en una ventaja para el asegurado, pues muchas veces puede economizar considerables sumas en sus gastos de seguros recurriendo a ellas; así, en el seguro de automóviles, la economía en la prima anual puede ascender a 35 dólares, haciendo uso de la deducción de 100 dólares en las reclamaciones por colisión.

Franquicias

Una franquicia es un descuento expresado en un porcentaje o una cantidad de dinero, por debajo de los cuales no existe compromiso para el asegurador, mientras la pérdida no exceda del importe estipulado. Sin embargo, en cuanto la pérdida exceda de dicho importe, el asegurador debe pagar la totalidad de la reclamación. En el seguro marítimo se aplica generalmente un convenio de franquicia expresado en un porcentaje. Así, la póliza podrá proveer que no se paga pérdida alguna sobre un cargamento de trigo mientras la pérdida no llega o no excede del 3 por 100, excepto para pérdidas ocasionadas por el fuego, hundimiento, que encalle el buque o que tenga una colisión, pero tan pronto llegue la pérdida a este nivel, el asegurador es responsable del 100 por 100 de la reclamación.

Hay más lógica en la aplicación de una franquicia que el simple descuento, si la única intención es la de eliminar reclamaciones de poca cuantía. Sin embargo, una deducción directa elimina también muchas reclamaciones pequeñas que nunca habrá de pagar el asegurador y evita también una serie de reclamaciones mayores. Asimismo, el asegurado sabe que tendrá que pagar una parte de cada reclamación, y de esta forma tiene interés en reducir al mínimo la frecuencia de sus pérdidas.

Coaseguro

La expresión coaseguro tiene diferentes sentidos en esta materia. En los seguros de enfermedad y de crédito, la cláusula de coaseguro es sencillamente un descuento directo expresado en un tanto por ciento. En el seguro de enfermedad, su finalidad consiste en descargar en el asegurado un porcentaje determinado, digamos el 20 por 100, de cada pérdida, pues la experiencia ha demostrado que sin este control los gastos médicos y de servicios médicos tienden a subir exageradamente, lo que lleva a una elevación de las primas a un nivel prohibitivo. Si el asegurado sabe que le corresponde tomar por su cuenta una parte de la pérdida, estará menos inclinado a cometer irregularidades en este aspecto.

En el seguro de incendios, la cláusula de coaseguro es un medio para hacer soportar al asegurado una parte de la pérdida *solamente cuando está infra-asegurado.* El infraseguro se considera indeseable por dos razones. Primero, las compañías de seguros tienen por objeto devolver a sus asegurados a la misma posición que tenían antes de producirse la pérdida; es obvio que no pueden cumplir con este propósito, si el asegurado no está dispuesto a proteger el valor total de sus propiedades.

Segundo, es más costoso relativamente asegurar los negocios de personas infra-aseguradas que la cobertura de los negocios de individuos que conciertan sus seguros por el total del valor del objeto, esto es, los que toman «seguro a valor completo». Se comprende esto porque la mayoría de las pérdidas son parciales y la probabilidad de una pérdida parcial es mayor que la de una pérdida total. Las primas dependen de las probabilidades de pérdidas; en su consecuencia resulta que *la prima* aplicable para pérdidas parciales debería ser más alta que la de pérdida total. Nadie sabe si su pérdida será total o parcial; sin embargo, el hombre medio se inclina a suponer

que su pérdida será parcial, y por ello utiliza el infra-seguro para economizar primas.

La cláusula típica de coaseguro reparte a prorrateo entre asegurador y asegurado cualquier pérdida parcial en la proporción que el seguro efectivo tenga respecto al importe fijado en la cláusula. Esta cantidad asciende corrientemente al 80 ó 90 por 100 del valor efectivo o real. (Este valor significa el valor en efectivo de la propiedad; esto es, el coste de la reposición menos un descuento por depreciación.) Así, si hay un edificio con un valor real de 10.000 dólares suscrito con una cláusula de coaseguro al 90 por 100, se necesita un seguro por 9.000 dólares. Si el asegurado firma por esta cantidad, cobrará el importe total de cualquier pérdida parcial. Pero si acepta únicamente la mitad, o sea, 4.500, cobrará solamente la mitad de cualquier pérdida parcial. Si participa con 6.000, le corresponden las dos terceras partes de la pérdida parcial. Esta proporción se determina por la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{importe del seguro tomado}}{\text{importe del seguro necesario}} \times \text{pérdida} = \text{cantidad a cobrar}$$

Si la pérdida llega al o excede del importe establecido en la cláusula (si la pérdida es casi total), no hay penalización particular prevista en la cláusula de coaseguro. Así, si en el caso expuesto más arriba la pérdida fuese de 9.000 dólares, con una participación del asegurado de 6.000 dólares en el seguro, la aplicación de la fórmula daría lo siguiente:

$$\frac{6.000}{9.000} \times 9.000 = 6.000 \text{ dólares}$$

Se recuperan 6.000 dólares, importe del seguro aceptado, y no hay más penalización que el hecho de que el asegurado no suscribió el seguro suficiente para resarcirse del total de la pérdida. Supongamos con el mismo caso que la pérdida fuese de 1.500 dólares; en tal supuesto, la cantidad recuperada sería tan sólo de 1.000 dólares.

Peligros del coaseguro. Hay varios factores que, debido al aumento del valor de la propiedad asegurada sin el oportuno ajuste en el importe de la cobertura, pueden ser causa de que un asegurado se convierta, sin quererlo, en coasegurador.

La única solución satisfactoria para resolver estos problemas es, quizá, la de implantar un programa de revaluación, bajo el

cual se procede a revisiones periódicas por tasadores especializados. Este personal puede resultar indispensable para comprobar la cuantía de las pérdidas, representar al asegurado en sus negociaciones con los liquidadores y llamar la atención al mismo sobre la necesidad de cambios en sus programas de seguro y cobertura.

Coaseguro en pólizas residenciales. La cláusula de coaseguro arriba descrita sólo tiene una aplicación limitada en los contratos de seguro para residencias. Generalmente, las cláusulas son redactadas de forma que el asegurado no se expone a penalizaciones del coaseguro de la misma forma en que lo está para los contratos de tipo comercial. En las pólizas residenciales, la cláusula de coaseguro tiene relación con el seguro de gastos de reposición que se trata en el Capítulo 10.

Bonificaciones en el coaseguro. En compensación por la aceptación de la cláusula de coaseguro en el contrato, se ofrecen al asegurado ciertas bonificaciones sobre la prima. Por ejemplo, un típico descuento en la prima para edificaciones con cláusula del 90 por 100 de coaseguro es del 25 por 100 para edificios comerciales y del 5 por 100 para fábricas. Con el 100 por 100 de coaseguro, la reducción es del 30 por 100 y 10 por 100, respectivamente. El descuento es ligeramente menor cuando se trata de instalaciones. Suele ser del 20 por 100 para enseres en edificios mercantiles cuando se concierta la aplicación de la cláusula de coaseguro al 90 por 100.

Al aceptar la cláusula de coaseguro con la ventaja de una prima más baja y concertando los importes mínimos con respecto a la cobertura necesaria, el asegurado puede conseguir una cobertura más amplia por la misma prima total que debería satisfacer por un importe más reducido de cobertura concertada sin la cláusula citada. En muchos Estados no existe la posibilidad de concertar un seguro sin la inclusión de la cláusula de coaseguro.

Análisis razonado del coaseguro. Las primas más altas que se precisan por causa del infraseguro y la explicación razonada de la cláusula de coaseguro en las pólizas de incendio puede quedar ilustrada en los cuatro supuestos siguientes:

Caso 1 - Cobertura total. Un asegurador intenta calcular la prima pura para 10.000 casas iguales, valoradas en 10.000 dólares cada una. (La prima pura es la cantidad de dólares preci-

sa para el pago de pérdidas de incendio solamente, con independencia de los costes de administración). Se supone que el 99 por 100 de las casas no experimentan pérdidas, y de las 100 casas restantes, 50 tendrán una pérdida del 10 por 100 durante el año; 40, una pérdida del 50 por 100, y 10 experimentan una pérdida total. Se supone también que cada propietario de una casa asegura su propiedad al 100 por 100 de su valor, o sea, en 10.000 dólares. El cálculo de la prima pura se hace como sigue:

	Seguro en vigor	Pérdidas	Pérdidas por incendio a indemnizar
	99.000.000	0 %	0
	500.000	10 %	50.000
	400.000	50 %	200.000
	100.000	100 %	100.000
Total	100.000.000		350.000

$$\text{Prima pura} = \frac{350.000}{100.000.000} = 0{,}0035 = 0{,}35 \text{ dólares por cada 100 de valor ó 35 dólares por cada casa}$$

En este caso, el asegurador debe cargar a cada propietario de una casa 35 dólares en concepto de pago por las probables pérdidas por incendio. La correspondiente prima de incendio sería 0,35 dólares por cada 100 de valor asegurado.

Caso 2 - Cobertura al 50 %. Supongamos los mismos factores del caso 1, excepto que cada asegurado decide asegurar al 50 por 100 del valor solamente:

	Valor expuesto	Seguro en vigor (50 %)	Pérdidas	Pérdidas por incendio a liquidar
	99.000.000	49.500.000	0	0
	500.000	250.000	10 %	50.000
	400.000	200.000	50 %	200.000
	100.000	50.000	100 %	50.000 *
Total	100.000.000	50.000.000		300.000

*** Limitado por el valor asegurado en la póliza con cobertura del 50 %.**

En este caso, el asegurador debe pagar 300.000 dólares de pérdidas. Sin embargo, si el asegurador ha cobrado la prima de 0,35 dólares, según lo desarrollado en el caso 1, solamente habrá cobrado de los tenedores de pólizas 175.000 (50.000.000 × 0,0035). Por lo tanto tendrá un déficit neto de 125.000 dólares debido al infraseguro.

Caso 3 - Aplicando prima más alta.—Supongamos que los factores son los mismos del caso 2, excepto que el asegurador decide cobrar una prima más alta con el fin de prevenir el déficit. Puesto que las pérdidas totales en el caso 2 ascienden a 300.000 dólares y hay un seguro en vigor por 50.000.000, la prima pura debe de ser 0,006 (300.000.000/50.000.000) ó 0,60 por cada 100 dólares. Esto contrasta con la situación del Caso 1, donde era precisa una prima de tan sólo 0,35 por cada 100 dólares.

En vez de cargar una prima más alta es preferible para el asegurador aplicar la cláusula de coaseguro que reduce los pagos por pérdidas a los asegurados individuales.

Caso 4 - Aplicación de la cláusula coaseguro.—Supongamos los mismos factores del caso 2, excepto que el asegurador aplica en cada póliza la cláusula de coaseguro al 100 por 100. La prima cargada es de 0,35 por cada 100 dólares de valor, lo que ha producido un déficit neto sin el empleo del coaseguro.

	Seguro en vigor	Seguro necesario (100 %)	Porcentaje de recuperación	Pérdidas habidas por inc.	Pagadero por asegurador
	49.500.000	99.000.000	50	0	0
	250.000	500.000	50	50.000	25.000
	200.000	400.000	50	200.000	100.000
	50.000	100.000	50	100.000	50.000
Total	50.000.000	100.000.000		350.000	175.000
	Primas cobradas (0,0035 × 550.000.000)...				175.000
	Déficit				0

En este caso, el asegurador ha eliminado lo que habría sido un déficit neto, reduciendo la recuperación de pérdidas por medio de la cláusula de coaseguro. Los asegurados han experimentado pérdidas por 175.000 dólares por las penalizaciones del coaseguro. Posiblemente es indiferente al asegurador aplicar la

prima de 0,60 dólares o la cláusula de coaseguro para conseguir la «equidad» en la estructura de las primas. El asegurador podría dejar elegir al asegurado entre aplicarle una prima más alta (0,60 en nuestro ejemplo) o aplicar la cláusula de coaseguro y pagar una prima más baja (0,35). Sin embargo, en la práctica, las bonificaciones del coaseguro no son tan importantes como pudiese deducirse de este ejemplo.

Limitaciones temporales

Nos referimos ahora a las limitaciones de tiempo que afectan el importe de la cobertura en dólares. Para ilustrarlo tenemos frecuentemente en los contratos de enfermedad períodos de carencia antes de comenzar a pagarse lo estipulado. Igual, más o menos, sucede con casi todos los contratos que garantizan el pago de una indemnización periódica por pérdidas. También existen limitaciones de tiempo que restringen el período máximo durante el cual pueden efectuarse los pagos. Así, en una póliza que paga una renta al asegurado por invalidez permanente es muy corriente determinar que no se pagará renta alguna durante los primeros siete o treinta días de invalidez. Esta previsión persigue el mismo fin que el descuento directo, es decir, quiere eliminar reclamaciones pequeñas y reducir el coste de la cobertura. Además, la póliza puede estipular que la renta sea pagada para un año, dos años, diez años o para toda la vida, según los casos. El asegurador especifica siempre las limitaciones de tiempo que deben aplicarse. Esto es necesario para cumplir con el requisito de que el riesgo asegurable esté perfectamente delimitado y pueda medirse.

Estas limitaciones se encuentran en diversas clases de contratos, aparte del seguro de enfermedad. En el seguro de interrupción de negocio, el asegurador promete el pago de la pérdida de beneficios y de los gastos fijos necesarios que sean consecuencia del paro en las operaciones comerciales normales, debido a un siniestro determinado. En el seguro de vida, los contratos muchas veces se cumplen pagando al beneficiario el capital en forma de una renta y no su importe global. Si se obra de esta manera, se determina en la póliza los años que ha de durar el pago de la renta.

Limitaciones de dólares

La mayoría de los contratos de seguro fijan un límite máximo para el pago de determinadas clases de pérdidas. Aparte de las limitaciones exigidas por el importe nominal de la póliza, existen dos tipos generales de limitaciones: específicas y adicionales.

Las limitaciones *específicas* en dólares restringen los pagos a un importe máximo para cualquier clase de propiedad o riesgo determinado, según estipula la póliza. Las limitaciones *adicionales* restringen los pagos a un importe máximo dentro de cualquier grupo de objetos de propiedad. Así, en la póliza «especial» del seguro de incendios, aplicable a una vivienda, la póliza señala una limitación específica de 250 dólares de responsabilidad sobre plantas, arbustos y árboles. Además existe una limitación adicional que establece que de cada pérdida no se puede destinar más del 5 por 100 del capital asegurado a plantas, árboles y arbustos.

Otro ejemplo de límite en dólares se encuentra en la forma en que los aseguradores reducen su responsabilidad para pérdidas resultantes de daños corporales. Normalmente existe una limitación específica de responsabilidad para daños a personas, y existe también una limitación adicional en la responsabilidad por cada accidente. De manera que si los límites de responsabilidad se expresan así: «10.000 dólares/20.000 BI», esto quiere decir que la compañía tiene una responsabilidad que no excede los 10.000 dólares en un determinado accidente, y en ningún caso de más de 20.000 cuando más de una persona presentan una reclamación de la cual es responsable el asegurado.

Cláusula de prorrateo

Prácticamente todos los contratos de indemnización y otros muchos por valores indicados contienen *cláusulas de prorrateo* que limitan la responsabilidad del asegurador en el caso de que las pérdidas estén aseguradas también por otros contratos.

Por ejemplo, un contrato concede al asegurado cierta renta sobre una *base de valoración* cuando sufre invalidez permanente y total. Sin embargo, se puede estipular que si el asegurado cobra también de otros contratos, la indemnización será reducida hasta el punto de que el asegurado no podrá percibir más que, digamos, las tres cuartas partes de sus ingresos antes de su invalidez. El efecto de las cláusulas de prorrateo es, a veces,

bastante severo, puesto que un asegurador puede limitar su responsabilidad a una proporción de todos los seguros sobre los mismos bienes, sin tener en cuenta si las otras pólizas se refieren al mismo tipo de pérdida en particular. Por ejemplo, supóngase que John posee un edificio valorado en 10.000 dólares y asegurado de incendios por dos compañías, X e Y, por 5.000 dólares cada una. La póliza de la compañía X contiene el seguro contra pérdidas por tempestades mediante un suplemento de cobertura adicional, mientras la póliza de la compañía Y no lleva este suplemento. La póliza de la compañía tiene una cláusula de prorrateo. En el caso de una pérdida por tempestad por 1.000 dólares, la compañía X sólo paga la proporción que su póliza prevé en todos los seguros de incendios, o sea, la mitad. De esta manera, el asegurado cobra 500 dólares de la compañía X y nada de la compañía Y, porque la póliza de esta última no ofrece el seguro de tempestad. La única solución a este problema consiste en asegurarse de que todas las pólizas de seguro de la propiedad ofrezcan la misma cobertura.

El objeto de las cláusulas de prorrateo, conocidas a veces como «responsabilidad a prorrateo» o cláusulas de distribución, es el de crear algún procedimiento mediante el cual se delimite la responsabilidad del asegurador cuando la propiedad esté asegurada por más de una póliza. A falta de estas cláusulas, el asegurado podría cobrar más que la pérdida efectiva, lo que crearía un riesgo moral. En la mayoría de los ramos de seguro de propiedades, estas cláusulas procuran simplemente un prorrateo en la cobertura en la misma proporción de la cobertura de cada póliza con respecto al total asegurado, según lo explicado anteriormente. En otros ramos, como el de automóviles, la cláusula prevé que, en relación a ciertas pérdidas como accidentes que afectan un coche ajeno o reclamaciones por gastos médicos, la póliza se entiende como «exceso sobre cualquier otra cobertura aplicable». Esto quiere decir que el contrato sólo se aplica a pérdidas cuando se han agotado todos los límites de responsabilidad de los demás contratos aplicables. Es regla general en los seguros marítimos que los límites de responsabilidad de la primera póliza concertada para cubrir un riesgo determinado deben quedar agotados antes de que tenga aplicación la garantía de otros contratos suscritos con posterioridad. Otras pólizas, como las flotantes de propiedades personales, no admiten un nuevo seguro sobre estos bienes; si se comprueba que se ha concertado un segundo seguro, se considera este hecho como ruptura de la garantía, que normalmente lleva a la anulación de la cobertura.

CONDICIONES COMUNES DE LAS POLIZAS

Todos los contratos de seguro se conciertan bajo determinadas condiciones. El incumplimiento de estas condiciones es generalmente motivo para denegar el pago en caso de siniestro. Por consiguiente, hay que leerse estas condiciones atentamente, aun en el caso que el asegurador no insista en su exacto cumplimiento. La mayor parte de las condiciones se refiere a cuestiones de liquidación de pérdidas, pasos a dar en caso de siniestro, valoración de los bienes, cancelación de la cobertura y procedimientos judiciales contra el asegurador. Las más importantes de estas condiciones son tratadas más detalladamente a continuación.

Fraude

Aunque sea innecesario, en casi todos los contratos se indica que la inserción de datos falsos o de fraude lo convierten en nulo. Esta condición se incluye en el contrato tanto como una advertencia al asegurado como para hacer constar un requisito que sería exigido por los tribunales, aunque no lo mencionase la póliza expresamente.

Notificación de siniestros

La mayoría de los contratos de seguro solicitan del asegurado dar cuenta inmediata de cualquier siniestro, si ello es posible. Si no existe esta posibilidad, hay que dar aviso dentro de un lapso de tiempo prudencial. Por ejemplo, si un incendio forestal destruye la residencia de verano de A, sita en un lugar apartado, puede ocurrir que A no pueda comunicarse con el exterior hasta pasados varios días. Si A intenta notificar al asegurador tan pronto le fuese posible estaría aún en condiciones de cobrar la pérdida. La razón de esta previsión es la de conceder al asegurador una oportunidad razonable de inspeccionar la pérdida antes de que se pierdan importantes detalles para la presentación de la reclamación y poder así establecer el importe exacto de los daños. Otro ejemplo: Si una persona sufre lesiones en un accidente puede ser que no le sea posible notificarlo

inmediatamente. Sin embargo, la falta de una notificación rápida al asegurador no es obstáculo para que subsistan los derechos de indemnización por una póliza de enfermedad.

Prueba del daño

El asegurado dispone de cierto período, normalmente sesenta o noventa días, para presentar formalmente las pruebas de las pérdidas. No basta la notificación de la pérdida al asegurador; el asegurado tiene que demostrar la cuantía del daño antes de poder cobrar. Generalmente, el liquidador de la compañía o su agente ayudan al asegurado en la preparación de la prueba, pero la tarea principal en el cumplimiento de esta cuestión corresponde al asegurado. En este aspecto, el asegurado debe presentar las pruebas para su examen bajo juramento; debe mostrar todos los libros de contabilidad, facturas, etc., que pueden ayudar a la fijación de las pérdidas y cooperar razonablemente y asistir al asegurador en la comprobación de los hechos y pérdidas ocurridas. En algunas ocasiones resulta una tarea altamente especializada y muy costosa verificar dichas pruebas. En el seguro marítimo, por ejemplo: especialistas conocidos como *ajustadores de averías* necesitan años para recoger todas las pruebas resultantes de un buque hundido que afectan a centenares de propietarios de la carga, para poder llegar a una liquidación definitiva con el prorrateo de las pérdidas entre varios aseguradores responsables. En los casos de pérdidas importantes por incendios, los liquidadores pueden pasarse meses enteros en el área afectada para ajustar todas las discrepancias en las reclamaciones de pérdidas.

Valoración

Muchos contratos de seguros de propiedad determinan que si las dos partes no pueden ponerse de acuerdo en la liquidación de una pérdida, cada una puede contratar a un tasador competente y desinteresado para establecer la cuantía de la pérdida. Un árbitro imparcial, contratado y pagado por cada una de las partes, soluciona cualquier diferencia que pudiera darse. Aunque no se recurre con frecuencia a este procedimiento por ser costoso, habrá que adoptarlo en muchos Estados antes de empezar un pleito para conseguir la indemnización prevista en la póliza, cuando la causa del pleito consiste en un arreglo fallido acerca del valor efectivo de las pérdidas.

Conservación de la propiedad

La mayoría de los contratos de seguro de la propiedad contienen previsiones que obligan al asegurado a hacer todo lo posible para mantener las pérdidas a un nivel mínimo, cuando ocurre el siniestro. En el seguro de incendio, el asegurado debe proteger la propiedad contra daños adicionales. Esto significa, que debe tomar toda medida razonable para proteger los bienes que han sido sacados del edificio, por ejemplo, contra la lluvia u otras eventualidades. Si no lo hace, el asegurador puede negar su responsabilidad por cualquier pérdida adicional.

Las pólizas marítimas contienen una cláusula que obliga al asegurado a «ejecutar, operar y viajar en favor y por la defensa, salvaguardia y recuperación de la propiedad asegurada por la presente póliza». Esto puede ser interpretado en el sentido de que el asegurado queda obligado a contratar el salvamento para un buque encallado a fin de protegerlo contra nuevas pérdidas; a buscar a quienes vigilen un vagón siniestrado y su carga, y a pleitear contra la parte responsable de la pérdida. El asegurador reconoce su responsabilidad sobre estos gastos, aparte de su obligación de abonar el total de pérdidas que le correspondan por la póliza. Así, si el asegurado paga a una empresa de salvamento 5.000 dólares para salvar un buque embarrancado, pero fallan los esfuerzos y el navío se convierte en pérdida total, el asegurador indemnizará al asegurado por el valor total de su buque más los 5.000 dólares de coste del salvamento.

Anulación

Todos los contratos de seguro especifican las condiciones bajo las cuales puede o no acabar la vigencia de la póliza. Generalmente, en los contratos de seguro de vida y ciertos seguros de enfermedad, el asegurado puede dar por terminado el contrato, pero no así el asegurador, excepto en un lapso de tiempo.

Las pólizas de propiedad y responsabilidad pueden cancelarse por las dos partes con una notificación previa concertada. Estas pólizas admiten comúnmente que el asegurador puede dar por terminadas sus responsabilidades para pérdidas cinco o diez días después de un aviso. Esto le da tiempo al asegurado para buscar cobertura en otra entidad, de manera que no haya ningún intervalo sin protección. En estos casos, el asegurador

queda obligado a devolver a prorrata cualquier prima no devengada. Así, si la prima ha sido pagada por adelantado para tres años y el asegurador anula la misma al cabo de año y medio, queda obligado a devolver al asegurado la mitad de la prima. Sin embargo, cuando es el asegurado quien cancela, la póliza generalmente prevé un retorno conocido como «prima corta»; en nuestro ejemplo, el asegurado percibiría solamente el 40 por ciento, aproximadamente, en lugar de la mitad de la prima. La razón de la diferencia en el método de devolución de primas está en el hecho que, si el asegurado anula antes del tiempo estipulado, el asegurador debería tener derecho a una compensación por los gastos extras que representan las pólizas a corto plazo. Además, si no hubiese prevista penalización alguna en estas anulaciones, podría desarrollarse una tendencia a disipar los mejores riesgos dejando al asegurador los riesgos peores; es decir, se ocasionaría una selección adversa. Sin embargo, cuando anula el asegurador, el asegurado no debe sufrir penalización por la cobertura a corto plazo. Hasta fechas recientes, casi ninguna restricción era impuesta por el asegurador respecto al derecho de cancelar un contrato de seguro de propiedad o de responsabilidad. Debido a la tendencia de algunos aseguradores a cancelar pólizas sin una adecuada explicación, el estado de Nueva York conminó, en 1969, a los aseguradores a detallar los motivos de la anulación de ciertos contratos, a presentar los hechos en que se basaba la cancelación y a demostrar que estos hechos revelaban alguna culpa por parte de los asegurados (New York Insurance Code, capítulo 189, sección 167-b). La póliza de seguro de automóviles contiene una previsión de cancelación que impone ciertas restricciones al derecho de rescisión por parte del asegurador (véase capítulo 16). Sin embargo, en la mayoría de los contratos no se precisa explicación, cuando cualquiera de las partes decide cancelar un contrato según lo ya descrito.

El asegurador no disfruta del privilegio de cancelación en el seguro de vida y en otros tipos de contratos, como las pólizas irrevocables de rentas por enfermedad y el seguro de crédito. Si el asegurador pudiese cancelar libremente, el asegurado podría quedarse sin cobertura en el preciso momento en que más lo necesita; porque en este aspecto se presentan generalmente ciertos acontecimientos que indican la inminencia de un siniestro. Por ejemplo: si el seguro de vida pudiese cancelarse libremente por el asegurador, la compañía podría anular la póliza cuando el asegurado hubiera contraído una enfermedad incurable y escaparse de esta manera de la ulterior reclamación por

deceso. Asimismo, si en una póliza de renta por incapacidad el asegurado sufre un ataque al corazón, sin quedarse incapacitado, la compañía podría cancelar la cobertura, si le estuviese permitido, porque los ataques cardíacos suelen repetirse y, eventualmente, producir incapacidad. En el seguro de crédito, el asegurador accede a compensar al asegurado por toda pérdida resultante de la quiebra de deudores que no pagan sus cuentas. Sin embargo, la falta de pago de una cuenta es generalmente consecuencia de la insolvencia del deudor, condición que fácilmente puede detectarse de antemano por ciertos indicios de debilidad financiera. El asegurador es conocedor de estos indicios y podría cancelar la cobertura cuando apareciesen los síntomas, frustrando con ello los fines del contrato en cuanto se refiere al asegurado.

Cuando una póliza no puede ser anulada por el asegurador, pero sí por parte del asegurado, no hay lugar para la devolución de la prima no devengada. Toda prima pagada se considera devengada a favor del asegurador.

Cesión

Una *cesión* es la transferencia de los derechos de una persona a otra, generalmente por medio de un documento escrito. Es corriente en el seguro permitir al asegurado ceder sus derechos contractuales a otra persona. Por regla general, el permiso debe darse específicamente. La persona que concede el derecho se llama *cedente,* y la parte a la cual se traspasa al derecho se llama *cesionaria.* En el seguro de vida, la póliza prevé que si de la misma se concede cualquier derecho a otra persona, como la facultad de recibir la indemnización por deceso en la cuantía de una deuda existente entre el cedente y la parte cesionaria, debe notificarse a la compañía. En caso de fallecimiento del asegurado, esta cesión tiene preferencia ante el pago a cualquier otro beneficiario. Esto es muy corriente cuando un prestamista desea protección antes de conceder un préstamo a quien se lo solicita.

Cuando se vende una propiedad, existe muchas veces el deseo de traspasar la póliza existente de incendio al nuevo propietario. Esta transferencia evita la necesidad de anular la póliza primitiva y establecer una nueva póliza. Esta transferencia requiere el consenso del asegurador. En los seguros marítimos existe la costumbre de conceder la transferencia de la cobertura sobre cargamentos a bordo sin el consentimiento previo del

asegurador. La cesión se efectúa mediante un documento conocido como *certificado de carga,* que puede ser endosado de forma similar a la de otro documento negociable.

La razón de la necesidad de pedir autorización al asegurador antes de transferir los derechos de una póliza estriba en que el seguro es un contrato personal y de extrema confianza y cuya negociación requiere investigaciones acerca de las características personales del asegurado. Si se permitiesen las cesiones sin consentimiento del asegurador, podrían surgir obligaciones y riesgos que no se tuvieron en cuenta en el contrato original.

● RESUMEN

1. Hay dos conceptos generales en los contratos de seguro: el riesgo específico y el «todo-riesgo». En la actualidad se utilizan generalmente los contratos «todo-riesgo».
2. En la mayoría de las pólizas de seguro es corriente cubrir varias coberturas de diverso carácter. Los intereses secundarios no reciben, normalmente, una cobertura tan amplia como los riesgos detallados específicamente. Las pólizas conceden también ciertos privilegios a personas conocidas como «terceros» y que no son parte directa en el contrato. En realidad, muchos contratos de seguro se conciertan principalmente a favor de «terceros».
3. Todos los contratos de seguros contienen exclusiones. Se excluyen causas de pérdidas o peligros como guerra, desgaste normal por uso y daño intencionado. También se exceptúan frecuentemente pérdidas y propiedades hasta el extremo de que, si ocurre un siniestro asegurado, no toda pérdida causada por el mismo está cubierta. Muchas pólizas excluyen o limitan las pérdidas ocurridas en determinados lugares; así cuando las mercancías no se encuentran en un lugar descrito o si están en el extranjero.
4. Un elemento común en los contratos de seguros es la práctica de limitar las cantidades a pagar. En este sentido existen varias formas de descuentos, franquicias, arreglos de co-aseguro, limitaciones de tiempo, restricciones de responsabilidad y cláusulas de cesión. Estas cláusulas obedecen a distintas finalidades y no únicamente a mantener a bajo nivel los pagos de los aseguradores por los siniestros. Sirven también para controlar los riesgos morales y definir las obligaciones del asegurador con más precisión que si no existiesen las mismas, convirtiendo de esta forma en un riesgo asegurable uno que pudiese no parecerlo.
5. Las principales condiciones de los contratos de seguro tienen denominaciones muy tipificadas y son principalmente el fraude, notificación y comprobación de pérdidas, valoración, conservación de la propiedad al ocurrir un siniestro, cancelación y cesión. Cada una de estas cláusulas tiene por objeto facilitar al asegurador la aceptación del riesgo.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. En un contrato de seguro de la propiedad personal se lee: «Riesgos asegurados: Todos los riesgos de pérdida o daño a la propiedad cubiertos, excepto los que a continuación se detallan.» ¿Se puede deducir de ello que existe cobertura a todo riesgo para la propiedad descrita? Explíquelo.
2. John presta su coche a Jim, que se traslada a una ciudad cercana, donde tiene un accidente que ocasiona desperfectos en la parte delantera del vehículo. Más tarde, Jim presta el coche a su amigo Jack, quien inmediatamente arrolla a un peatón y es multado con 5.000 dólares. En el supuesto de que John tuviera un seguro de automóvil a todo riesgo, ¿cuál de estos dos accidentes estaría cubierto? ¿Por qué?
3. *A* tiene una póliza de responsabilidad personal combinada. Su hijo casado *S* vive al lado. Un jardinero que tenía que trabajar en el césped de *A*, se equivocó y empezó a trabajar en el césped de *S*. *S* había excavado una fosa para una tubería de agua. El jardinero tropezó con esta zanja cubierta a medias y se rompió una pierna. Demanda a *S*. ¿Tiene *S* cobertura bajo la póliza de responsabilidad personal combinada de *A*? ¿Por qué?

4. *T* es el beneficiario de la póliza de vida de *X*. *X* muere, y se descubre que *X* ha designado a *Y* como nuevo beneficiario en sustitución de *T*. *T* pleitea contra el asegurador manifestando que, como tercera parte, le corresponden ciertos derechos que han sido violados. Juzgue usted la posición de *T*.
5. *D* es un trabajador empleado en la fábrica de *Z*. *D* sufre un accidente y recibe una renta vitalicia de 137 dólares mensuales por la póliza de accidentes de trabajo de *Z*. Más tarde *Z* cesa en su negocio. Después de 10 años, los pagos a *D* se suspenden. ¿Tiene D algún derecho a reclamar contra la compañía de seguro o debe demandar a *Z*? Explíquelo.
6. Explique las principales razones para la exclusión de ciertos riesgos en las pólizas de seguro.
7. Establezca la diferencia entre riesgos excluidos y daños excluidos y ponga ejemplos para cada caso.
8. Una póliza de automóvil excluye la cobertura de vehículos de propiedad ajena cuando se destinan al uso regular del asegurado de referencia, pero cubre estos coches cuando sólo se usan ocasionalmente.
   (a) Explique la probable razón de ello.
   (b) ¿Se trata de una exclusión justa desde el punto de vista de los principios básicos del seguro? ¿Por qué o por qué no?
9. El contrato de propiedad personal exceptúa pérdidas por rotura de lentes u objetos de cristal, si no son ocasionadas por riesgos determinados, como fuego, robo o rayo.
   (a) ¿Por qué se excluye esta propiedad?
   (b) Si usted estuviese redactando una nueva póliza. ¿En qué condiciones aceptaría la cobertura de tal propiedad? Discútalo.
10. Se le ofrece a *A* la elección entre una póliza de más capital con una franquicia de 100 dólares y otra con deducción de 500 dólares. Su familia consta de cinco miembros, y la franquicia se aplica sobre la base de un año natural para cada individuo de la familia. El precio de la póliza con la franquicia de 100 dólares es de 200 dólares anuales, mientras el coste de la póliza descontando 500 dólares es de 70 dólares por año. ¿Qué póliza debería suscribir *A*? ¿Por qué?
11. Explique mediante un ejemplo la diferencia entre una cláusula de franquicia y una deducción inmediata.

12. Cierta póliza de incendios para un capital de 45.000 dólares se concierta con una cláusula de coaseguro al 90 por ciento. Se estima en 100.000 dólares el coste de la reposición de las estructuras, menos la depreciación.
   (a) ¿Qué cantidad se puede cobrar a base de esta póliza en el caso de las siguientes pérdidas: (1) 1.000, (2) 5.000, (3) 50.000, (4) 80.000, (5) 90.000 dólares? Razone su contestación.
   (b) ¿Reduce esta cláusula una recuperación por debajo del importe asegurado en todos los casos arriba mencionados? ¿Por qué?
13. Conteste la pregunta 12 (a) suponiendo que la cuantía del seguro hubiera sido concertada en 60.000 dólares en lugar de 45.000.
14. (a) Explique usted el razonamiento que implica el uso de la cláusula de co-aseguro de la pregunta 12.
   (b) ¿Existe alguna otra manera de conseguir este propósito que no sea el uso de la cláusula de coaseguro? Explíquelo.
15. Cierto seguro de incendios de vivienda permite aplicar hasta un 10 por ciento del valor nominal del seguro a pérdidas conocidas como «valor de renta», pero la recuperación, en ningún caso, puede exceder del 1/12 de este importe para un mes.
   (a) Si la póliza es por 12.000 dólares y el valor de renta de la propiedad es de 150 dólares al mes, ¿qué cantidad se puede cobrar si el asegurado queda fuera de su casa durante dos meses?
   (b) ¿Qué tipo de limitación en dólares se ilustra en este caso?
   (c) ¿Qué fin persiguen tales limitaciones?
16. La previsión de una doble indemnización en la póliza de vida prevé el pago de dos veces el importe del seguro en ciertos tipos de muerte por accidente, a condición de que el fallecimiento se produzca dentro de los 90 días del accidente.
   (a) ¿Qué objeto tiene este tipo de limitación temporal?
   (b) ¿Se encuentra la limitación del tiempo de acuerdo con los principios de un buen seguro? Explíquelo.
17. Cierta póliza de seguro de enfermedad que prevé una renta en caso de incapacidad permanente y total, es-

tipula pagos en caso de enfermedad durante dos años, pero concede pagos vitalicios cuando la incapacidad es causada por accidente.

(a) Comente las diferencias notadas en las limitaciones de tiempo.

(b) ¿Están estas limitaciones en consonancia con los principios de un buen seguro? Explíquelo.

18. La póliza standard de incendios dice que «esta compañía no será responsable del pago de una proporción mayor por cada pérdida que el importe asegurado por la presente tiene en relación al seguro total que cubre la propiedad contra el peligro en cuestión, sea o no posible el cobro». ¿Quedaría violado el principio de la indemnización, si esta cláusula no fuese insertada? Ponga un ejemplo.

19. ¿Por qué no es necesario hacer constar en una póliza que quedará anulada en caso de fraude?

20. Mientras *A* está de vacaciones en Florida, arde su tienda de accesorios en Ohio y un vecino le notifica que el almacén ha tenido un siniestro total. Cuando *A* regresa a Ohio al cabo de 10 días, comunica el incendio a su compañía de seguros y queda sorprendido al saber que el asegurador deniega su responsabilidad. ¿En qué razones se basa la negativa de la compañía de seguros? Dígalo.

21. La casa de *Y* y su contenido sufren pérdida total por incendio, pero *Y* sólo tiene una vaga idea de qué propiedad ha sido efectivamente destruida, porque no dispone de un inventario de sus bienes.

(a) ¿De qué forma puede proceder *Y* para determinar su pérdida?

(b) ¿Será probable que pueda obtener una indemnización total suponiendo que tenía un seguro completo? ¿Por qué o por qué no?

22. ¿Qué procedimientos se fijan generalmente en un contrato de seguro para el establecimiento de las pérdidas, cuando asegurador y asegurado discrepan acerca de la cuantía de la reclamación? Explíquelo.

23. ¿Por qué no puede el asegurador cancelar las pólizas de seguro de vida y sí las de incendio?

24. ¿Bajo qué condiciones es preferible la cesión a un tercero de un contrato de seguro, en lugar de cancelarlo y sustituirlo por otro a nombre del «tercero»?

25. Es corriente conceder sustanciales descuentos en las primas aplicando las cláusulas de coaseguro en el ramo de incendio. Supóngase que cierta prima base anual es del 1 % del valor y que se concede una reducción del 25 % en esta prima por la inserción de la cláusula de coaseguro al 90 %.

(a) ¿Qué seguro hay que concertar sobre un edificio valorado en 10.000 dólares para evitar las penalizaciones del co-aseguro y cuánto costaría este seguro anualmente?

(b) Si el asegurado no tiene la cláusula de co-aseguro y, por lo tanto, paga la prima del 1 %, ¿qué capital podría asegurar para la misma prima neta?

(c) Explique con un ejemplo el principio del co-aseguro.

10

Seguro de Incendios y Combinado

Aunque el fuego es uno de los más valiosos elementos al servicio del hombre, se ha comprobado que también es uno de sus mayores enemigos. Se calcula que en los EE.UU. se pierden anualmente más de 12.000 vidas a causa del fuego y se destruyen propiedades valoradas en más de dos mil millones de dólares. Este capítulo trata del peligro que supone el fuego y de las técnicas aseguradoras tendentes a reducir el riesgo de pérdidas por este motivo y demás riesgos frecuentemente asociados al fuego.

EL PELIGRO DEL FUEGO

Los datos recopilados por la National Fire Protection Association revelan que, en 1969, ha habido en los EE.UU. aproximadamente 973.000 incendios en edificios y 1.452.350 incendios no relacionados con edificaciones, como son aviones, vehículos de motor, bosques y buques. La tabla 10-1 demuestra la proporción de pérdidas causadas por el fuego en las principales categorías de situaciones.

Tabla 10-1

PERDIDA POR FUEGO SEGUN CLASES AFECTADAS (1969)

Clase afectada	Porcentaje de pérdida total en dólares
Viviendas	29,5
Almacenes	12,1
Comercios y oficinas	11,8
Fábricas	11,4
Edificios públicos	5,0
Escuelas y educación	3,00
Industria básica, de utilidad y de defensa	2,7
Institucional	0,5
Edificaciones varias	3,0
Total	79,0
Pérdidas en edificaciones en construcción	21,0
Total	100,0

FUENTE: National Fire Protection Association, según lo publicado en *Insurance Facts 1971* (New York: Insurance Information Institute, 1971), página 34.

Los incendios en viviendas son la clase más importante de incendios en edificios y suman aproximadamente el 30 por 100 de las pérdidas totales. Los incendios en edificios mercantiles y de comercios tienden a hacerse mayores, y aunque son menos numerosos, originan más del 50 por 100 de todas las pérdidas. Hay que resaltar que, si bien las pérdidas acumuladas por fuego van en continuo aumento en los EE.UU., el total de la propiedad expuesta ha aumentado tremendamente y la proporción de pérdidas ha bajado hasta un punto que los expertos estiman en un tercio del nivel en 1900.

En la tabla 10-2 se especifican las causas de incendios según las estimaciones de la National Fire Protection Association. La causa individual más importante de incendios es «calefacción y cocina», seguida inmediatamente por «electricidad» y «fumar y cerillas».

Tabla 10-2

PRINCIPALES CAUSAS DE INCENDIO, EN 1969

Causa	Porcentaje de todos los incendios
Calefacción y cocina	17,3
Electricidad	16,8
Fumar y cerillas	13,8
Niños y cerillas	9,8
Fuegos abiertos y chispas	7,4
Incendios intencionados	7,0
Líquidos inflamables	5,8
Acumulación de desperdicios	3,1
Rayos	2,8
Combustión espontánea	2,3
Situaciones peligrosas	2,3
Explosiones	1,1
Fuegos artificiales y cohetes	0,3
Varios	10,2
Total	100,0

FUENTE: National Fire Protection Association, según lo publicado en *Insurance Facts 1971* (New York: Insurance Information Institute, 1971), página 35.

Otros peligros, como tempestades, tornados y explosiones cobran sus tributos cada año, lo mismo en vidas que en propiedades. Una fuente relativamente nueva de pérdidas catastróficas, *los desórdenes*, han hecho su aparición en el escenario americano en el período de 1965 a 1969. Durante este lapso de tiempo, los desórdenes causaron más de 202 millones de dólares en pagos por pérdidas ocasionadas por fuego, motines, vandalismo y otros siniestros que tenían su origen en desórdenes civiles y raciales y comenzaron con los motines en el área de Watts, en Los Angeles, en 1965. La mayor serie de pérdidas individuales siguió al asesinato del Dr. Martin Luther King en abril de 1968. La tabla 10-3, elaborada por la American Insurance Association, ilustra la necesidad de protección contra las pérdidas económicas causadas por estos peligros.

Tabla 10-3

RELACION DE CATASTROFES (1970

Fecha	Lugar	Contingencia	Pérdidas estimadas
En.-Dic.	Varios	Desórdenes	Sin estimación
En. 13, 14	Hawaii	Tempestad	1.200.000
En. 24	Houma, La.	Explosión e incendio	1.500.000
Feb. 1	Texas, Louisiana y Mississippi, área de la costa Golfo	Tempestades y tornados	1.300.000
Abril 1, 2, 3	Estados Centro-Este y Este	Tempestades y tornados	7.921.000
Abril 17-20	Estados medio Sur	Torn., temp., granizo	6.000.000
Abril 24	White Haven y Memphis, Tenn. y alrededores	Tornados, tempestades (más aviación)	1.225.000
Abril 25-27	Tex., Okla., Kan. Estados del medio oeste	Torn., temp., granizo	2.500.000
		Torn., temp., granizo	7.730.000
Abril 29, 30	NE Kansas y Okla., Lubbock, Texas	Tempestad y granizo	6.250.000
		Torn., temp., granizo	50.000.000
Mayo 9, 10	Ark., Kan., Okla.	Torn., temp., granizo	3.200.000
Mayo 11, 12	Estados NE	Torn., temp., granizo	2.140.000
Junio 11	Estados centro-sur y	Tempestades	
Junio 18	este	y granizo	2.805.000
Junio 19-22	El Reno, Okla. y alrededores	Tempestades y granizo	2.000.000
Junio 24	SE de Nebraska y		
Agosto 2	Oeste de Iowa	Tempestades	1.200.000
Agosto 3	SE de Texas	Huracán Celia	309.000.000
Sept. 3, 4	Neb., Kan., Okla. y Mo.	Tempestades, granizo y posible tornado	1.750.000
Sept. 9	Iowa, Ill. y Wisc.	Tempestad, tornado	3.100.000
Sept. 22, 25	Oakland, Berkeley Hills y S de Calif.	Incendios	24.848.000
Octubre 5	Shawnee, Okla. y alrededores	Tornados, tempest.	2,5 a 3 millones

FUENTE: American Insurance Association and Insurance Services Office según lo publicado en *Insurance Facts 1971* (New York: Insurance Information Institute, 1971), pág. 45.

POLIZA STANDARD DE INCENDIO

Es evidente que, cualesquiera que sean las medidas tomadas para evitar el fuego y otros peligros, siempre habrá un determinado número de pérdidas. Teóricamente se pueden prevenir todas las pérdidas causadas por el fuego, con excepción de una parte muy pequeña, pero la moderna sociedad industrial no está aún organizada de forma que estas pérdidas se eliminen definitivamente. Por ello es función primordial de un asegurador redistribuir la carga sobre un gran grupo de modo que nadie soporte individualmente una pérdida catastrófica por incendio. Puesto que la mayor parte del seguro de propiedades se concierta sobre la base de seguros contra incendio, vamos a poner una atención especial en la Póliza Standard de Incendios.

Hasta 1873, los contratos de incendio no seguían ningún modelo unificado, lo que significa que frecuentemente tenían textos diferentes o expresiones recíprocamente contradictorias cuando se concertaba más de una póliza sobre la misma propiedad. Este sistema presentaba con frecuencia no solamente omisiones con respecto a la cobertura, sino que causaba conflictos que no protegían lo suficiente los intereses de los tenedores de pólizas. Cada asegurador establecía su propia póliza y no existían intentos de coordinar la cobertura de forma que se pudiese ofrecer una protección uniforme. Por ejemplo: un asegurador puede incluir en su póliza una previsión diciendo que la primera póliza queda sin efecto, si se firma otro contrato cubriendo el mismo riesgo. El segundo contrato de cobertura del riesgo puede contener idéntica previsión, y según algunas interpretaciones, el asegurado puede encontrarse totalmente sin protección, si ocurre una pérdida.

La incertidumbre originada por los contratos individualizados llevó al estado de Massachusetts a establecer, en 1873, un formulario standard de póliza. En 1880, este modelo se hizo obligatorio para todos los aseguradores que operaban en el estado. En 1887 New York siguió el ejemplo, empleando un modelo ligeramente modificado. Después, otros varios estados exigieron este formulario, que se ha convertido en el standard para esta modalidad con solo ligeras modificaciones. Se procedió a una revisión en 1918 y otra en 1943. El contrato de seguro de la Póliza Standard de Incendio de 1943 se reproduce en la figura 10-1, y los principales párrafos se tratan a continuación. Con

excepción de variaciones sin importancia en algunos estados, sustancialmente se emplea idéntico texto en todos ellos [1].

El contrato de seguro

El contrato de seguro, según la póliza standard de incendio, reproducido en la figura 10-1, es de importancia básica para la justa interpretación del seguro y merece algún comentario específico y notas aclaratorias. Se observará que las consideraciones del contrato consisten en *dos puntos*: prima específica y acuerdo sobre previsiones y estipulaciones que se indican a continuación. La falta de pago de la prima o el no cumplimiento de estas previsiones representan una falta contra las consideraciones y, por esta razón, se puede llegar a la invalidación del contrato mismo, si el asegurador notifica la cancelación.

Término de la póliza. Se hace referencia a la hora «standard» del mediodía como hora de comienzo y fin del contrato. Con ello se quieren evitar discrepancias que pueden surgir acerca de la medición del tiempo, como horas diurnas u horas solares. Si el incendio comienza dentro del período de seguro, todo daño causado por el fuego se encuentra a cubierto, incluso si parte del daño se produce después de finalizar la póliza. Así, si un incendio se inicia a las 11,55 a. m. del mismo día en que caduca la póliza y la mayor parte del daño se produce después de las 12 horas del mediodía, la póliza paga el total de la reclamación.

Valor efectivo. El contrato de seguro estipula que sólo se reembolsará el valor efectivo de la propiedad en el momento de producirse la pérdida, sin que exceda del importe que costaría la reparación o sustitución de la propiedad con material de la misma clase y calidad. Algún asegurado puede interpretar esto en el sentido de que el asegurador restaurará la propiedad quemada con material de la misma clase y calidad. Sin embargo, el asegurador considera el coste de la restauración como reembolso *máximo*. El *valor efectivo* o real se interpreta como el coste del reemplazo al tiempo de la pérdida sin depreciación alguna. Así, si cuesta 1.500 dólares la reparación de un techo que tiene 40 años y casi totalmente gastado, normalmente el

[1] Texas, Minnesota y Massachusetts han adoptado una póliza standard de incendio con previsiones diferentes que no es necesario tratar aquí.

Figura 10-1

EL CONTRATO DE SEGURO SEGUN LA POLIZA STANDARD DE INCENDIO

CONSIDERANDO LAS PREVISIONES Y ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LA PRESENTE O AGREGADAS A LA MISMA y la prima arriba indicada, esta Compañía, durante el tiempo en años indicado, a contar desde la fecha de comienzo al mediodía hasta la fecha de expiración al mediodía (hora standard), en el lugar de la propiedad en cuestión, hasta un importe que no exceda el arriba señalado, asegura al asegurado y a sus representantes legales hasta el valor real de la propiedad en el momento de la pérdida, con límite de la cantidad que costaría la reparación o el reacondicionamiento de la propiedad con materiales de la misma clase y calidad, dentro de un plazo razonable después de la pérdida, sin recargo por cualquier aumento en el coste de las reparaciones o reconstrucción a causa de cualquier ordenanza o ley reguladoras de la construcción o reparación, y sin compensación por pérdida resultante de la interrupción del negocio o de la fabricación ni, en cualquier caso, en más que el interés del asegurado, contra toda **PERDIDA DIRECTA POR INCENDIO, RAYO Y POR TRASLADO DESDE LOS LUGARES PERJUDICADOS Y POR LOS PELIGROS ASEGURADOS POR LA PRESENTE POLIZA, CON LAS EXCEPCIONES PREVISTAS EN LA MISMA**, a la propiedad descrita en la misma siempre que esté situada o contenida en esta póliza, o a prorrata durante cinco días en cada lugar apropiado al cual haya de trasladarse necesariamente la propiedad al objeto de preservarla de los riesgos asegurados en esta póliza, pero no en otro lugar.

La transferencia de esta póliza no será válida sin el consentimiento por escrito de esta Compañía.

Esta póliza es emitida y aceptada sujeta a las provisiones y estipulaciones antes mencionadas y las enumeradas en la misma, las cuales se declaran parte de la póliza, como asimismo otras provisiones, estipulaciones y acuerdos que pudiesen ser añadidos a la presente, según está previsto en la póliza.

asegurador no reconstruirá el techo, sino que pagará en metálico un importe mucho más reducido para compensar la depreciación. Se recordará que en capítulos anteriores se dijo que el seguro contra incendio es un contrato de indemnización que procura colocar al asegurado en la misma posición financiera que tenía antes de la pérdida, en relación con la propiedad dañada. El asegurado puede concertar un seguro que elimine el descuento por depreciación, pero esto es materia de otro tipo de seguro con primas extras [2].

En el caso de edificios, factores como el envejecimiento o unos alrededores descuidados pueden tenerse en cuenta al determinar el valor efectivo real. En un caso muy conocido [3], una vieja fábrica de cerveza fue destruida en su totalidad por un incendio. Estaba asegurada en una importante cantidad, pero cuando se quemó estaba cerrada porque la National Prohibition Act había declarado ilegal la fabricación de cerveza. Surgió la cuestión de la recuperación permisible en estas circunstancias, puesto que el importe de la restauración, menos depreciación, era sustancialmente mayor que el valor del edificio como parte de un negocio ilegal. Por no existir una regla para determinar la obsolescencia, se estableció que ésta podía tenerse en cuenta para reducir la recuperación *por debajo* del coste actual de restauración menos la depreciación. En el caso de una propiedad privada, el coste de la restauración es el precio que el propietario debería pagar para la obtención de los bienes más parecidos. Este importe puede muy bien ser mayor que el precio original de compra, si los precios han tenido una tendencia alcista.

Según se ha indicado anteriormente, la base del precio real efectivo no puede servir para la liquidación de una pérdida en un Estado que dispone de una ley de valoración de las pólizas. Generalmente, estas leyes sólo son aplicables para bienes inmuebles destruidos en su totalidad, pero no para las pérdidas parciales. Sin embargo, hay jueces que han dictaminado que si un edificio se destruye en parte, pero el asegurado experimenta en realidad una pérdida total a causa de una ordenanza que le prohibe reedificar la propiedad dañada, está en su derecho para recuperar el importe íntegro de lo estipulado en la póliza [4].

---

[2] Véase más adelante el seguro por valor de sustitución.

[3] *McAnarney* v. *Newark Fire Insurance Co.*, 159 N. E. 902.

[4] *Gambrell* v. *Campbellsport Mutual Insurance Co.*, 177 N. W. 2nd, 313 (1970).

Intereses del asegurado. La recuperación se limita al importe del interés legal económico del asegurado en la propiedad. Este interés no consiste exclusivamente en la propiedad de los bienes, según la ambigua formulación de la póliza de 1918, ni es necesario que se razone en la póliza; pero debe ser demostrado en el momento de ocurrir una pérdida. Supongamos que *A* y su hermano *B* poseen una casa conjuntamente. *A* asegura la casa a su nombre y no se menciona a *B* como asegurado. En caso de pérdida, solamente *A* cobrará la indemnización, pero únicamente por su parte en la propiedad, que se puede estimar en la mitad del valor de la casa.

Pérdida directa. Las palabras «pérdida directa por incendio, rayos y por traslado desde el lugar del incendio...» son de gran importancia. Con la expresión «*pérdida directa*» se señala la pérdida cuya causa *inmediata* es uno o más de los tres factores indicados en el contrato de seguro. No se cubre ninguna pérdida indirecta, como pérdida resultante de la interrupción en el negocio o en la fabricación. Existe una cobertura por separado para esta clase de pérdidas (ver Capítulo 11). Ha habido muchas controversias con respecto al significado de las palabras «pérdida directa por el fuego». En la póliza standard de incendios de 1918, el peligro del rayo no estaba cubierto automáticamente y debía de agregarse al contrato base por suplemento. Como muchos incendios eran causados por rayo se hizo necesario diferenciar la parte de la pérdida producida por éste de la causada por el fuego, puesto que la póliza solamente cubría la pérdida directa ocasionada por el *fuego*. Así, si una casa era afectada por un rayo y partida en dos y luego se incendiaba, ardiendo hasta los cimientos, la póliza restauraría el valor de una casa partida por dos, pero no la casa entera.

Para evitar tales dificultades, la póliza standard de incendio de 1943 incluyó el rayo en la cobertura básica, pero el mismo problema sigue existiendo en relación a otros peligros físicos (como tempestades), contra los cuales puede conseguirse protección mediante un suplemento. Supongamos que un edificio arde y que un muro queda en pie; una semana más tarde se derrumba el muro a causa de una tempestad y produce daños en un edificio del asegurado que está situado al lado. ¿Es ésta una pérdida por incendio o una pérdida debida a tempestad? Se puede argumentar que, si no hubiese existido un incendio, la tempestad no hubiese tenido la oportunidad de derrumbar el

muro; por lo tanto, el fuego es la causa inmediata de la pérdida. Por otro lado, se puede argumentar que el muro podía quedarse en pie indefinidamente si no hubiese habido tempestad; consecuentemente la tempestad era la causa inmediata de la pérdida. La doctrina de «*la causa inmediata*» dice que un peligro puede causar una pérdida si existe una cadena ininterrumpida de acontecimientos desde el peligro a la última pérdida. Los peritos, y a veces en último caso también los jueces, tienen la responsabilidad de interpretar cada caso con arreglo a esta doctrina para determinar el verdadero sentido de la «pérdida directa por fuego». Alguna vez surge la cuestión de delimitar el concepto de fuego. Un *fuego* puede ser definido como una combustión en la cual se desarrolla la oxidación tan rápidamente como para producir una llama o una incandescencia. La herrumbre es una forma de oxidación, pero naturalmente, no es fuego propiamente. Chamusquina o calor no son fuego. Además, el fuego debe ser *hostil*; esto es, debe tener unas características que excedan de sus normales confines. Los fuegos encendidos intencionadamente en una estufa no están cubiertos por la póliza, ni tampoco lo que pueda echarse casualmente en la estufa. Estos fuegos se llaman *domésticos*. Sin embargo, cuando el fuego se escapa de su confín y se extiende a una zona no prevista, se hace «hostil» y cualquier pérdida resultante directamente de ello está cubierta. La pérdida directa incluye también otras pérdidas como el daño causado por el agua o productos químicos empleados para combatir el fuego, así como cristales rotos o agujeros abiertos en el tejado por los bomberos, ya que son a menudo el resultado inevitable del fuego mismo.

Situación. El contrato de seguro indica claramente que se garantiza la cobertura únicamente cuando la propiedad asegurada se encuentre en el lugar indicado en la declaración, excepto cuando hay amenaza de incendio y se procede al traslado de los bienes a un lugar seguro para preservarlos de la destrucción. El peligro de incendio varía considerablemente según la situación de la propiedad, y los aseguradores quieren limitar su cobertura a zonas que han podido inspeccionar y aprobar. Sin embargo, se concede autorización para llevar los bienes a otra parte durante un tiempo limitado, por su seguridad, digamos durante cinco días. La extensión de este plazo a 30 días es típica en los endosos o suplementos que modifican el acuerdo básico. El contrato de seguro prevé también la posibilidad de cambios por endosos posteriores. Sin esta autorización puede surgir la

duda sobre cuál provisión procede, el acuerdo básico o las estipulaciones posteriores. Está claro que los cambios posteriores rigen en la póliza, aun cuando contradigan directamente a las primeras previsiones, a no ser que el convenio básico taxativamente prohiba tales modificaciones.

Cesiones. Puesto que el asegurador desea reservarse el derecho de elegir al asegurado, los contratos determinan que la cesión de los derechos de la póliza no será válida sin la autorización escrita del asegurador. El elemento personal es una característica importante en el seguro y sin esta provisión el primitivo asegurado podría ceder la póliza a alguien sin criterios éticos suficientes.

El motivo más corriente para una transferencia es el de ceder la póliza de seguro a otra persona que ha comprado la propiedad asegurada. La transferencia hace innecesaria la cancelación del contrato existente y cobrar la prima de corto plazo correspondiente al período no concluido de la protección para sustituir la cobertura por una nueva póliza. Generalmente, el asegurador da su permiso para hacer la transferencia.

Condiciones y estipulaciones—165 líneas

La New York Standard Fire Policy (1943) contiene 165 líneas de provisiones y estipulaciones que forman la base de la cobertura del seguro. Algunas de las provisiones se pueden haber modificado por suplementos posteriores, pero por y a lo largo de las 165 líneas se forma el modelo de toda la protección del seguro y merecen un cuidadoso estudio. En la figura 10-2 se identifican las líneas objeto de los siguientes comentarios relativos a las condiciones de la póliza.

Propiedad excluida. Las líneas 7-10 se refieren a la propiedad excluida, que se divide en dos clases: propiedades cuya cobertura no puede conseguirse de ninguna manera por la póliza standard de incendio, y propiedades que pueden asegurarse mediante endoso o suplemento específico. Se prevé cobertura por separado para la propiedad de dinero y valores, puesto que los problemas especiales que surgen de su contratación exigen dedicar atención especial a esta clase de bienes. Los metales preciosos y los manuscritos requieren una descripción detallada antes de que puedan quedar asegurados.

Riesgos excluidos. Las líneas 11-24 establecen los riesgos excluidos de la cobertura. Por ejemplo: Si hay una invasión o

guerra que originan un incendio y éste destruye la propiedad del asegurado, el asegurador mantendrá que la causa inmediata de la pérdida es la guerra y no el fuego. La guerra es un riesgo excluido casi universalmente de todos los contrato privados de seguro.

Asimismo, si el asegurado omite deliberadamente avisar a los bomberos hasta que el fuego haya tomado cierta extensión, se rechazará probablemente la reclamación, porque la causa inmediata de la pérdida ha sido la negligencia intencionada del asegurado en emplear todos los medios razonables para salvar su propiedad.

Pérdidas excluidas. Las líneas 28-37 excluyen tres tipos de pérdidas: (1) aquellas que se presentan cuando el riesgo aumenta por medios que están bajo el control o en conocimiento del asegurado, (2) en caso de que el edificio se quede vacío por un período mayor a 60 días consecutivos (este período se amplía muchas veces en algunos territorios), o (3) los resultantes de explosiones o motines, excepto el caso de incendio subsiguiente y, en este caso, solamente la pérdida causada por el fuego. El primer tipo de pérdidas entraña situaciones en que el asegurado puede cambiar el carácter básico del riesgo por alguna manipulación como convertir el uso del edificio de garaje en un establecimiento fabril. El asegurador debe ser informado de esta situación, pues en caso contrario, se suspende la cobertura. Muchas veces no actúa esta exclusión tratándose de propiedades residenciales.

Cancelación. Las disposiciones de las líneas 56-67 determinan específicamente los términos en los cuales asegurador o asegurado pueden cancelar una póliza. La terminación se hace efectiva cinco días después de la comunicación escrita al asegurado. La póliza sigue vigente durante estos cinco días, que cuentan desde la medianoche del día de recepción de la notificación, hasta la medianoche cinco días más tarde. La notificación debe ir acompañada por la devolución de la prima no devengada o bien por una nota diciendo que la prima a prorrata no devengada será devuelta al asegurado. No se obliga a ninguna de las partes de un contrato a indicar las razones de la cancelación. El objeto de la notificación de cinco días es el de permitir al asegurado buscar cobertura en otra compañía.

Cláusula hipotecaria. Las líneas 68-85 contienen disposiciones que regulan las relaciones con cualquier acreedor hipotecario designado en la póliza. El texto que extiende la póliza

base de incendio y contiene mayores detalles de las disposiciones referentes al acreedor hipotecario es la llamada Cláusula Standard Hipotecaria. Esta cláusula tiene por objeto crear un convenio separado entre el acreedor hipotecario y el asegurador, como si el acreedor hipotecario hubiese concertado una póliza distinta para cubrir sus intereses en la propiedad.

La hipoteca requiere una cierta clase de protección, pues si la propiedad se destruyere, el pago de la deuda resultaría mucho más improbable. Una hipoteca tiene la posibilidad de proteger los intereses en una propiedad por cuatro caminos, como mínimo:

1. Seguro separado de los intereses del acreedor hipotecario.
2. Cesión por parte del asegurado.
3. Cláusula de pago por pérdidas.
4. La cláusula hipotecaria uniforme.

Figura 10-2

CONDICIONES Y ESTIPULACIONES DE LA POLIZA STANDARD DE INCENDIO

Ocultación. Fraude La póliza será nula, si antes o después de la pérdida el asegurado ha ocultado o falsificado deliberadamente cualquier hecho material o circunstancia relacionados con este seguro o el objeto del mismo, o el interés asegurado, o en caso de cualquier fraude o juramento falso del asegurado en relación a ello.

Propiedad no asegurable y aceptada. Esta póliza no cubre cuentas, facturas, moneda, actas, reconocimientos de deudas, dinero o valores, ni tampoco metales preciosos o manuscritos, excepto que consten expresamente en la misma.

Riesgos no incluidos. La Compañía no será responsable por pérdidas debidas a incendio u otros riesgos asegurados por esta póliza, originados, directa o indirectamente por (a) ataque enemigo por fuerzas armadas, incluidas acciones emprendidas por las fuerzas militares, navales o aéreas para resistir un ataque enemigo existente o de amenaza inmediata, (b) invasión, (c) insurrección, (d) rebelión, (e) revolución, (f) guerra civil (g) usurpación de poder, (h) órdenes de cualquier autoridad civil, excepto actos de destrucción en caso de incendio y con el propósito de evitar la propagación del fuego, a condición que dicho fuego no haya sido originado por cualquier riesgo excluido de esta póliza, (i) negligencia del asegurado en el empleo de todo medio razonable para salvar y preservar la propiedad durante y después del siniestro, o cuando la propiedad se dañe por el fuego de edificaciones vecinas, (j). La Compañía tampoco será responsable por pérdidas debidas a hurto.

Otros seguros. Pueden prohibirse otros seguros o limitarse el capital asegurado por suplemento anexo a la presente, salvo disposición escrita en contrario, la Compañía no será responsable de la pérdida en los siguientes casos:
(a) cuando el riesgo aumenta por cualquier medio bajo control o conocimiento del asegurado; o (b) cuando un edificio determinado destinado al uso del propietario o inquilino, queda vacío o desocupado más de un período de sesenta días consecutivos; o (c) como consecuencia de explosión o motín, excepto si sigue un incendio y, en este caso, solamente por la pérdida por fuego.

Otros riesgos o causas. Cualquier otro riesgo asegurable o por cubrir en esta póliza lo será por suplemento escrito a la misma o agregado a ella.

Previsiones adicionales La ampliación de la extensión del seguro bajo la presente póliza y la indemnización a efectuarse por esta Compañía en caso de pérdida, y cualquier otra previsión o acuerdo no contradictorios con las disposiciones de esta póliza puede adoptarse mediante escrito anexo a la presente, pero ninguna previsión puede ser eliminada excepto las que, según los términos de esta póliza, puedan ser cambiadas.

Previsiones de renuncias. No existirá ninguna autorización que afecte a este seguro, si será válida la renuncia a cualquier disposición si no consta en la misma o no se manifiestan en un addendum de ella. No habrá ninguna cláusula, estipulación o retracto que pueda ser abolido por solicitud o actuación de la Compañía relativos a las valoraciones o reconocimientos previstos en la presente.

Cancelación de la póliza. Esta póliza puede ser cancelada en cualquier momento a solicitud del asegurado, en cuyo caso y contra entrega de esta póliza, la Compañía devolverá el exceso de la prima de seguro a corto plazo correspondiente al tiempo transcurrido.
La presente póliza puede ser cancelada por la Compañía en cualquier momento dando al asegurado una notificación escrita de anulación en el plazo de cinco días, con o sin ofrecimiento del exceso de prima pagada sobre la prorrata por el tiempo transcurrido, exceso que será abonado a falta de oferta. La notificación de cancelación debe mencionar que el referido exceso de la prima no ofrecido será abonado a solicitud del asegurado.

Intereses y obligaciones del acreedor hipotecario. Si la pérdida bajo esta póliza es pagadera, total o parcialmente, a un acreedor no mencionado aquí como asegurado, tal interés puede ser cancelado mediante una notificación escrita al acreedor hipotecario hecha con diez días de anticipación.
Si el asegurado omite presentar las pruebas de la pérdida, el acreedor hipotecario debidamente notificado deberá probarla en la forma especificada dentro de sesenta (60)

días, sometiéndose a las disposiciones relacionadas con la valoración y plazo de pago. Si esta Compañía considera que no hay responsabilidad con respecto al deudor hipotecario o propietario puede subrogarse, hasta el límite del pago al acreedor hipotecario, en todos los derechos del deudor hipotecario, pero sin alterar el derecho del deudor hipotecario por demandar; o puede saldar el débito de la hipoteca y recibir una cesión de ella. Otras cláusulas sobre los intereses y obligaciones de tal hipoteca pueden añadirse mediante acuerdo escrito.

Responsabilidad a prorrata Esta compañía no será responsable de mayor proporción en la pérdida que la del importe asegurado por la presente con respecto al seguro total de la propiedad contra el riesgo en cuestión.

Obligaciones en caso de pérdida. El asegurado debe comunicar a esta Compañía inmediatamente y por escrito cualquier pérdida, proteger la propiedad contra nuevos daños, separar inmediatamente la propiedad personal dañada de la intacta, colocándola en el mejor orden posible, facilitar a la Compañía un inventario completo de lo destruido, de la propiedad dañada y de la intacta, expresando con detalle cantidades, costes, valor actual efectivo e importe de la reclamación por pérdidas; y EN EL PLAZO DE SESENTA DIAS DESPUES DEL SINIESTRO, SI ESTE PLAZO NO SE EXTIENDE POR ESTA COMPAÑIA POR ESCRITO, EL ASEGURADO DEBE ENTREGAR A ESTA COMPAÑIA LA PRUEBA DE LA PERDIDA, firmada y jurada por el asegurado, indicando el conocimiento y juicio del asegurado acerca de lo siguiente: hora y causa de la pérdida, interés del asegurado y otras personas en la propiedad, valor efectivo actual de cada parte y cuantía de las pérdidas correspondientes, todos los gravámenes sobre la propiedad, todos los demás contratos de seguro, válidos o no, que cubran cualquier parte de la propiedad, cualquier cambio en el título, uso, ocupación, posesión o situación de riesgos de la mencionada propiedad desde la firma de esta póliza por quién y a qué propósito era ocupado el edificio descrito en la presente y las distintas partes del mismo en el momento del siniestro, si estaba situado sobre terreno arrendado o no, y facilitará una copia de todas las condiciones particulares de todas las pólizas y, si se le exigiere, planos comprobados y especificaciones de cualquier edificación, inmuebles o maquinaria destruidas o dañadas. Cuantas veces se le pueda pedir razonablemente, el asegurado enseñará a cualquier persona designada por esta Compañía todos los restos de cualquier propiedad descrita en la presente y someterse a reconocimientos bajo juramento por cualquier persona nombrada por esta Compañía, y firmar los mismos y tantas veces como razonablemente se le puede exigir; presentará para su examen todos los libros de contabilidad, cuentas, facturas y otros comprobantes, o copias certificadas de los mismos si los originales se hubiesen perdido, en horas y lugares razonables designados por esta

Compañía o su representante, y permitirá hacer extractos y copias de los mismos.

Valoración. En caso de no ponerse de acuerdo el asegurado y esta Compañía acerca del valor actual efectivo o de la cuantía de la pérdida, y a demanda escrita de cualquier parte, cada una nombrará un tasador competente y desinteresado, comunicando a la otra parte el tasador seleccionado dentro de los veinte días a partir de la solicitud. Los tasadores seleccionarán en primer lugar a un arbitro imparcial competente y desinteresado; si tardasen más de quince días en ponerse de acuerdo acerca del árbitro, a instancia del asegurado o de la Compañía, éste será nombrado por un Juez del Estado en que esté situada la propiedad. Los tasadores evaluarán la pérdida, indicando por separado el actual valor efectivo de cada artículo y si no se pusieran de acuerdo someterán sus diferencias al árbitro. La resolución escrita y detallada de cada uno registrada por la Compañía, que determinará la cuantía del valor actual efectivo de la pérdida. Cada tasador será pagado por la parte que le ha nombrado y los gastos de la valoración y del árbitro serán pagados por mitad por las partes.

Opciones de la Compañía. La Compañía tendrá la opción de hacerse cargo, total o parcialmente, de la propiedad por el valor convenido o tasado, y tambien de reparar, reconstruir o reemplazar la propiedad destruida o dañada por otra de similar clase y calidad en un tiempo prudencial, y dará cuenta de su intención de hacerlo así dentro de treinta días después de recibidas las pruebas de la pérdida.

Abandono. Ninguna propiedad puede ser cedida a favor de esta Compañía.

Cuando se paga la pérdida. La determinación de la pérdida de la que responde la Compañía, se pagará sesenta días después de haber recibido, según lo estipulado, las pruebas de ella, determinándose ésta por acuerdo escrito entre el asegurado y esta Compañía o por presentación por la Compañía del laudo previsto en la presente.

Procesos. Ningún pleito o acción basados en esta póliza y destinados al cobro de cualquier reclamación se interpondrán ante ninguna corte de justicia, mientras no se cumplan todos los requisitos de esta póliza y siempre que su presentación se efectúe dentro de los doce meses después del comienzo de la pérdida.

Subrogación. Esta Compañía podrá pedir del asegurado la cesión de todos sus derechos contra cualquier persona por la pérdida hasta el importe pagado.

En fe de ello, esta Compañía ha ejecutado y establecido estos hechos; no obstante, esta póliza no será válida mientras no esté conformada por el agente de esta Compañía debidamente autorizado.

Seguro separado en interés del acreedor hipotecario. El acreedor hipotecario puede suscribir seguro separado para cubrir sus intereses. Sin embargo, este plan tiene la desventaja de que el acreedor y el deudor hipotecarios solicitan cobertura sobre posibles distintos valores, puesto que el deudor hipotecario tiene un interés igual al valor total de la propiedad, y no exactamente su deuda. Por ejemplo, si hay una casa valorada en 20.000 dólares con una hipoteca de 15.000 sobre la misma, el interés del acreedor hipotecario se cifra en 15.000 y el del propietario en 20.000. Si cada uno concertase la cobertura por separado, habría un total de seguro de 35.000 dólares sobre la casa, mucho más de lo necesario para proteger el valor expuesto, y sería difícil obtener doble pago del asegurador.

Cesión por el asegurado. El acreedor hipotecario podría quedar protegido por medio de una cesión. El asegurado podría extender sencillamente una póliza y ceder entonces los beneficios de la misma al acreedor hipotecario, luego de haber obtenido la autorización del asegurador. La dificultad de este procedimiento consiste en que, si el propietario no satisface sus primas o viola de cualquier forma alguna disposición de la póliza, puede anularse la cobertura y, con ello, la protección del acreedor hipotecario. En otras palabras, el acreedor hipotecario no disfruta de mayor protección bajo una cesión que la que tiene la persona cedente. Si el cedente no tiene derechos, tampoco puede cederlos.

Cláusula de pago de las pérdidas. El acreedor hipotecario podría protegerse por una cláusula de pago de las pérdidas. Tal cláusula estipula, sencillamente, que la pérdida, si la hay, deberá pagarse a la persona indicada. Sin embargo, si el asegurado violara su póliza, no liquidando sus primas, no habría que abonar pérdida alguna, y el beneficiario del pago no lo percibiría.

Cláusula hipotecaria standard. El acreedor hipotecario puede ser protegido por la cláusula hipotecaria uniforme que fue establecida para superar las limitaciones de los otros métodos y tiene hoy una aplicación casi universal. Bajo la cláusula hipotecaria standard, el acreedor hipotecario tiene ciertos derechos y obligaciones. Entre los derechos figuran:

1. Recibir pago por cualquier pérdida o daño según sus intereses, sin tener en cuenta cualquier falta del titular de la propiedad bajo el

contrato de seguro, y sin tener en cuenta tampoco cualquier cambio en la propiedad o incremento del riesgo.
2. Recibir preaviso de cancelación de 10 días, en lugar de cinco.
3. Demandar en nombre propio, basándose en dicha póliza.

Entre las obligaciones del acreedor hipotecario bajo la cláusula hipotecaria uniforme pueden citarse:

1. Notificar al asegurador cualquier cambio de propiedad o de uso, o el aumento de los riesgos de que el acreedor tenga conocimiento.
2. Pagar las cuotas en caso que el dueño o el deudor hipotecario no lo hagan. (En la mayoría de las jurisdicciones, esto se interpreta en el sentido de que el acreedor debe pagar las cuotas solamente si desea gozar de la protección de la póliza. En algunos Estados y según los esquemas usados en la Costa del Pacífico, el acreedor promete pagar la cuota aunque no desee mantener el seguro).
3. Entregar al asegurador las pruebas de pérdida en caso de que el dueño o el deudor no lo hagan.
4. Dar traslado al asegurador de cualquier reclamación que tenga contra el deudor que esté cubierta por tal asegurador. Bajo ciertas condiciones, el asegurador puede negar responsabilidades para con el propietario o deudor y retener así, mediante subrogación, todos los derechos que el acreedor tenga contra el deudor. A modo de ilustración, supongamos que el deudor, protegido por la Cláusula Hipotecaria Standard, adeuda 10.000 dólares por una construcción de 15.000 y se produce una pérdida de 5.000 causada por un incendio provocado por el asegurado. El asegurador niega responsabilidades para con el asegurado pero debe pagar 5.000 dólares al acreedor. Este debe ahora devolver 5.000 al asegurador si demanda contra el deudor. En caso contrario, el asegurador tiene derecho a pagar al acreedor la deuda completa de 10.000, subrogarse en la deuda y cobrar la cantidad total al deudor. De esta forma, el deudor no goza de ninguno de los beneficios de pago al acreedor mediante una reducción de su deuda; en lugar de deberle a éste, la debe a la compañía aseguradora.

Responsabilidad a prorrata. Las líneas 86-89 estipulan que el asegurador no será responsable por una cantidad mayor que la proporción que exista entre el capital asegurado respecto del seguro total de la propiedad. Esta cláusula tiene por objeto reforzar el principio de indemnización y evitar que el asegurado reciba una cantidad mayor por la existencia de varias pólizas que cubran los mismos bienes. Así, si existen tres pólizas por 5.000, 3.000 y 2.000 dólares que cubren un siniestro de 1.000,

los aseguradores se responsabilizarán por un medio, tres décimos y un quinto de la pérdida, respectivamente. Si no es posible percibir indemnización de la póliza de 2.000 porque el asegurador es insolvente, los 200 que corresponden a este seguro se reparten entre las otras dos pólizas.

Conviene hacer notar que la cláusula de responsabilidad a prorrata se aplica solamente a aquellas pólizas que cubren el mismo interés legal. Si existe más de un interés, como en el caso de un inquilino y un propietario y existen dos pólizas sobre la propiedad, cada asegurador debe pagar el total de su responsabilidad. Supongamos que un inquilino invierte 10.000 dólares mejorando una propiedad que ha arrendado y asegura este valor. Dado que cualquier mejora permanente pasa a propiedad del dueño al expirar el arriendo, el dueño también tiene un interés en las mejoras y puede asegurarlas. Dado que existen dos intereses, pueden haber dos pólizas de 10.000 dólares cada una. En caso de que un incendio destruya la propiedad completa, ambos aseguradores deberán pagar el total de las pólizas; los aseguradores no contribuirán al pago de la pérdida en la proporción de cada póliza al total.

Requisitos al ocurrir una pérdida y valoración. Las líneas 90-161 de la Póliza Ordinaria contra Incendios describen los procedimientos a seguir al ocurrir una pérdida para evitar malentendidos y posibles gastos judiciales que podrían resultar excesivos. Estos procedimientos han de seguirse antes de iniciar cualquier acción legal, de acuerdo con la póliza.

En caso de ocurrir una pérdida, el asegurado debe cumplir con ciertas obligaciones; no hacerlo puede poner en peligro la cobertura. Tales obligaciones incluyen: (1) dar cuenta de inmediato a su compañía o agente, por escrito, (2) proteger a la propiedad de otros daños, (3) separar la propiedad dañada de la ilesa y hacer un inventario completo de los bienes, (4) entregar una prueba detallada de la pérdida dentro de 60 días de ocurrir ésta y (5) poner a disposición del tasador del asegurador todas las pruebas disponibles para estimar la cuantía de la pérdida.

Si el tasador y el asegurado no llegan a un acuerdo respecto a la cuantía de la pérdida, la póliza describe en detalle los procedimientos a seguir antes de iniciar cualquier acción legal. Se estipula que cada parte, a petición escrita de la otra, debe seleccionar un tasador imparcial, quienes a su vez elegirán un árbitro para resolver las diferencias que aún existan al someter

los tasadores sus respectivas conclusiones sobre la cuantía de la pérdida. El asegurador se reserva el derecho de hacerse cargo de la propiedad del asegurado y pagarle su valor tasado, repararla o reconstruirla, o llegar a un acuerdo en dinero en cuanto al importe de la pérdida. Normalmente se usa el último método, pero a veces se emplea cualquiera de los otros. En todo caso, hay que hacer notar que ésas son opciones de la compañía y no del asegurado. Este no puede decidir entregar a la compañía las propiedades que han sido destruidas en forma parcial o total y exigir posteriormente un pago. Una vez que las partes se han puesto de acuerdo respecto de la prueba de pérdida, el pago debe ser hecho dentro de 60 días. Esto permite que el asegurador disponga de tiempo para investigar más, si lo desea, o recolectar el dinero en caso que la pérdida sea de tal magnitud que exija la liquidación de valores o un pago de los reaseguradores. Finalmente, la póliza estipula que cualquier acción legal debe comenzar dentro de los doce meses posteriores a la pérdida. Esta estipulación sirve como una especie de estatuto de limitación a todas las controversias y evita la prolongación indefinida de la incertidumbre acerca de ellas.

Subrogación. Las líneas 162-165 definen los derechos de subrogación del asegurador en caso de que el asegurado tenga acciones legales contra terceros responsables de cualquier pérdida. La subrogación se explicó con detalle en el Capítulo 8.

TIPOS DE SEGURO DE INCENDIO Y COMBINADOS («MULTIPLE-LINES»)

Hay que señalar que la póliza básica contra incendio no es completa en sí misma, ya que no describe detalladamente la propiedad a asegurar, ni habla con precisión de los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones que definirán la naturaleza precisa de la cobertura. Existe la necesidad de adaptar la cobertura a las necesidades específicas de las firmas comerciales y de los individuos. Esto se logra mediante la inclusión en la póliza de cláusulas adicionales.

En un principio, se agregaron cláusulas muy simples a la póliza básica contra incendio, con lo que se logró poco más que describir la naturaleza general de la propiedad a asegurar. Poco a poco se redactaron otras más complejas que extendían la cobertura a varios riesgos y a propiedades adicionales, tales

como parques y propiedades que se encuentran fuera del local principal.

Con el desarrollo de la legislación, las cláusulas se hicieron aún más completas. Extendieron la póliza de incendios básica para incluir riesgos por responsabilidad, robo y transporte en una sola póliza. Se acepta como algo normal que las nuevas pólizas se convertirán en algo cada vez más común y reemplazarán en forma gradual a la póliza tradicional. Como se hizo notar en el Capítulo 7, en 1970 las pólizas combinadas, tanto comerciales como individuales, superaron en un 58 por 100 las cuotas pagadas bajo formas de cobertura tradicional y ampliada contra incendios; en 1959 alcanzaban a solo el 25 por 100.

En el estudio que sigue se clasifican las cláusulas de riesgos múltiples de acuerdo con sus propósitos básicos. Es posible alcanzar con ellas cuatro objetivos:

1. Describir exactamente la propiedad incluida en la cobertura y limitar ésta de diversas maneras.
2. Extender la póliza básica para incluir riesgos adicionales.
3. Permitir la cobertura automática de la propiedad en cantidad variable, como por ejemplo, existencias en proceso de transacción o ubicadas en diferentes lugares, y trasladadas de un lugar a otro durante la vigencia de la póliza.
4. Cubrir pérdidas indirectas, excluidas de la póliza original.

Los tres primeros tipos de cláusulas se analizan a continuación, y el cuarto se deja para un tratamiento más detallado en el Capítulo 11.

La Figura 10-3 presenta un bosquejo esquemático de las cláusulas más importantes usadas en los seguros sobre la propiedad en los Estados Unidos. Hay que notar que la Póliza Ordinaria contra Incendios constituye la base de todos los seguros de propiedad y se usa invariablemente junto con las cláusulas. Cada una de las que aparecen en la Figura 10-3 puede ser usada junto a otras que modifiquen sus términos.

Descripción de la propiedad y su cobertura

Aquellas cláusulas que describen la propiedad y su cobertura pueden ser clasificadas de acuerdo con la distinción de propiedades residenciales y comerciales.

Residencias. La residencia típica puede ser asegurada por diversas cláusulas, cada una de las cuales se diferencia básicamente por el grado en que extiende la protección concedida en la póliza básica. Una cláusula típica definirá lo que se conoce por «cobertura de edificio» en contraste a la «cobertura del contenido».

Edificios y contenido - Forma amplia. Es ésta una cláusula que define la propiedad asegurada y otros intereses de la siguiente manera: la propiedad misma; construcciones anexas usadas como residencia privada; materiales y elementos ubicados en el local para usarlos en la construcción, reparación o alteración del inmueble; garajes o locales de almacenamiento de la construcción que no se usan para fines comerciales, y propiedad personal de cualquier tipo perteneciente al propietario o al residente empleado al servicio del asegurado mientras la propiedad se encuentra en el local del asegurado.

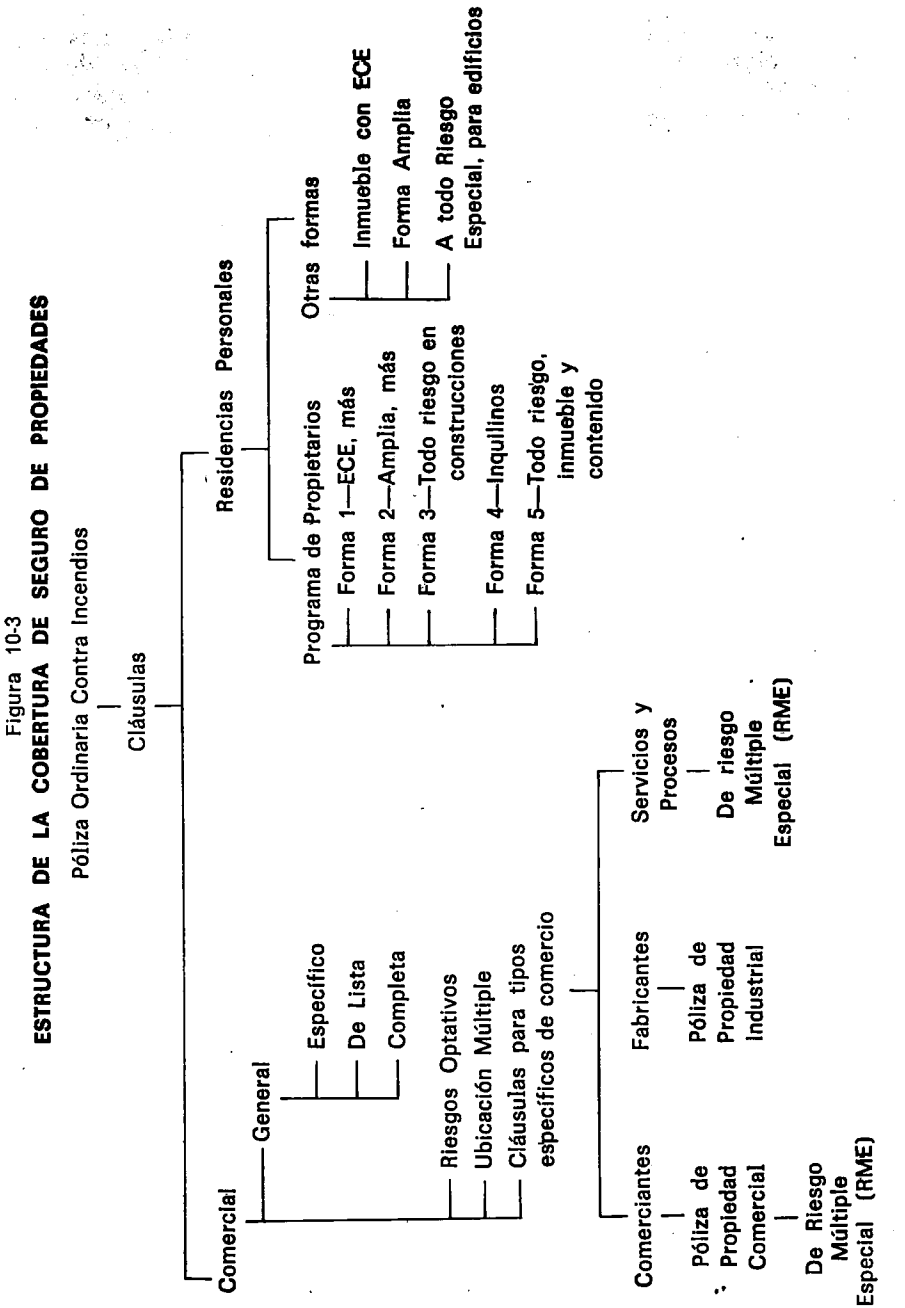
La cláusula extiende la cobertura a la propiedad personal ubicada fuera del local no más del 10 por 100 de la cuantía del seguro, pero nunca menos de 1.000 dólares. Así, los artículos personales o las ropas de un hijo o hija en edad escolar estarán cubiertas por la póliza del padre siempre que la pérdida no exceda el 10 por 100 de la cuantía total del seguro. Propiedades tales como animales, automóviles, aeroplanos y ciertos bienes comerciales están excluidos de esta cláusula. Esta extiende la cobertura a pérdidas de renta del inmueble o a gastos adicionales causados en caso de incendio y obliguen al propietario a incurrir en gastos mayores que excedan sus posibilidades normales.

La cláusula incluye el daño a los árboles, arbustos, plantas y prados hasta el 5 por 100 del valor del seguro o 250 dólares por cada arbusto o árbol.

La cláusula contiene una franquicia de 50 dólares que se aplica a pérdidas causadas por temporales o granizo. Esta franquicia se aplica también a otros riesgos, como vandalismo, robo, hielo y nieve, a menos que se pague una cuota adicional. La franquicia de 50 dólares no se aplica a las pérdidas por incendio, rayo o sustracción del local.

Si las mercancías resultan dañadas como resultado de su traslado del edificio debido a incendio o rayo, están cubiertas, a excepción de robo, por un período de 30 días en los lugares a las que fueron trasladadas para almacenaje. Según la Póliza Ordinaria contra Incendio, la cobertura se limita a cinco días después del traslado.

Figura 10-3
ESTRUCTURA DE LA COBERTURA DE SEGURO DE PROPIEDADES



Finalmente, la cláusula agrega, con ciertas limitaciones, una protección que se conoce como «*seguro de reemplazo de costos*». De acuerdo con este seguro, la compañía no hace descuentos por desvalorización si el asegurado ha estado en posesión de una cobertura equivalente al 80 por 100 del costo total de reemplazo del inmueble. Aun si no posee una cobertura equivalente al 80 por 100 del costo total de reemplazo, es posible que no se aplique la deducción total por desvalorización. De acuerdo con los términos de esta protección en su forma más amplia, el asegurado puede reclamar la parte del costo de reemplazo total de una pérdida correspondiente a la proporción del seguro que posee respecto del 80 por 100 del costo de reemplazo total del inmueble. Supongamos, por ejemplo, que una residencia tasada en 10.000 dólares y asegurada en 6.000 con una cláusula «amplia» sufre una pérdida por incendio por 1.200 dólares. Se establece que la depreciación aplicable a la parte destruida es de 600. El 80 por 100 del costo total de sustitución es 8.000. El asegurado puede recobrar seis octavos (75 por 100) de sus 1.200, o sea, 900 dólares. Se exige que en realidad el asegurado reemplace la propiedad si la pérdida es superior a 1.000 dólares o al 5 por 100 del valor total del seguro, cualquiera que sea el mayor. En este caso el asegurado podría efectuar las reparaciones o recobrar 600 dólares, pérdida monetaria real. De acuerdo con su póliza, nunca recuperará menos de esa cantidad, pero sí podría recuperar más a través de la cobertura de «reemplazo de costos».

La cláusula especial. Difiere esta cláusula muy poco de la cláusula «amplia» en cuanto a la descripción de la propiedad asegurada. Su aspecto básico consiste en ofrecer una cobertura total del inmueble en lugar de hacerlo de acuerdo con una serie de riesgos.

Edificios comerciales. Las cláusulas que definen lo que se ha de considerar como un edificio comercial y qué limitaciones se incluirán en la cobertura son mucho más numerosas que las cláusulas para residencias. La razón de ello se encuentra en la gran variedad de tipos de propiedad comercial, con riesgos específicos en cada uno de ellos. Por ejemplo, existen cláusulas especiales para escuelas, restaurantes, estaciones de servicio, barracas y muchas otras clases de establecimientos. En muchos lugares se usa lo que se conoce por «cláusula general» en la cual se deja lugar para incluir la definición y la descripción de la propiedad a asegurar, según sea el caso.

Cláusula general. Dado que la tasa de seguro contra incendios que se aplica a los inmuebles es menor que la que se aplica a los contenidos, es conveniente que el asegurado describa el inmueble con la mayor amplitud posible. La descripción típica de un inmueble incluirá las instalaciones permanentes, tales como motores, calderas, bombas, tanques, letreros, rejas, toldos y ventanas. También es posible incluir extintores de incendio, equipo de refrigeración y cocina, tapasoles e incluso utillaje del conserje y uniformes de los empleados, si tienen alguna relación con los servicios de la propiedad.

La cláusula general describe las existencias tales como cualquier mercancía, materia prima, materiales en procesamiento, materiales de empaque, rótulos, etc. Describirá en forma separada todos los elementos, clasificados en mobiliario, instalaciones y maquinaria; incluirá objetos tales como piezas de máquinas, manuscritos, aparatos eléctricos, herramientas y registros de contabilidad. Incluye también lo que se conoce como mejoras y adelantos, que se refieren generalmente a inversiones hechas en el inmueble por el arrendatario, los cuales aun cuando pasarán a propiedad del propietario al expirar el arriendo, pueden ser asegurados por aquél hasta dicho vencimiento.

De acuerdo a esta cláusula, la cobertura puede hacerse según una de las tres posibilidades siguientes: «*específica*», *de* «*lista*» *y* «*completa*». Según la cobertura «*específica*», se hace una lista de todos los objetos a incluir, junto con un capital definido para cada uno de ellos, y se aseguran en forma independiente. Según la cobertura de «*lista*», que corresponde a una variante de la anterior, las pertenencias ubicadas en dos o más locales son inventariadas y aseguradas de modo específico. La cobertura «*completa*» permite asegurar propiedades ubicadas en sitios diversos como un todo global. Por ejemplo, la póliza podría asignar un seguro de 87.500 dólares por el contenido total de las plantas ubicadas en cinco ciudades diferentes. O, de acuerdo a la cobertura completa, ciertos grupos que normalmente se aseguran en forma separada, pueden ser refundidos y asegurados como una unidad, como sería el caso de 10.000 dólares de existencias, mobiliario, instalaciones y maquinaria.

Cláusulas típicas sobre propiedades comerciales. Es normal encontrar, por ejemplo, cláusulas que excluyen de la cobertura los costos de excavación, la colocación de ladrillos u hormigón y cañerías y tuberías subterráneas. La razón de estas exclusiones es permitir al asegurado adquirir una menor cobertura con

el propósito de ver aplicada la cláusula de coaseguro, ya que estos elementos no se destruyen con facilidad en caso de incendio. Muy a menudo la cláusula excluirá el daño a los aparatos eléctricos causado por corto-circuitos. Es posible que incluya cobertura de bienes que se encuentran hasta 100 pies de distancia del edificio, tales como pertenencias que se encuentren en plataformas, calles o avenidas cercanas al edificio. Normalmente se estipulará una protección limitada para gastos por remoción de escombros después de un incendio.

Extensión de la cobertura a riesgos adicionales

Otro grupo de cláusulas amplían la cobertura de la póliza para cubrir riesgos adicionales. Estas también pueden ser clasificadas como referentes a propiedad residencial o comercial.

Residencias. La póliza básica contra incendios cubre solamente fuego, rayo y pérdidas ocurridas mientras los bienes son sacados del local para protegerlos contra los riesgos por los que han sido asegurados. En la práctica la mayoría de las propiedades residenciales están aseguradas contra una variedad mucho mayor de riesgos mediante el uso de una o más de las diversas cláusulas que ofrecen diferentes combinaciones de protección.

Suplemento de cobertura extendida. Uno de los primeros suplementos, y aún el de más uso, que amplían el número de riesgos cubiertos es el de cobertura extendida (ECE). Este endoso agrega las tormentas, granizo, explosiones, huelgas, desórdenes por huelgas, aeroplanos, vehículos y humos, en la forma en que se han definido. Estipula que los riesgos mencionados más arriba serán sustituidos por la palabra «fuego» en la póliza básica según lo requiere el caso. Se dan definiciones de tormenta, granizo, humo, etc. Por ejemplo, el término «humo» se entiende solamente como humo debido a la súbita operación defectuosa de una cocina y no humo causado por chimeneas o aparatos industriales. En cuanto al riesgo de «explosión», no incluye el estallido de una caldera de vapor, la ruptura o estallido de cañerías de agua o una sacudida, como onda sónica, por ejemplo. Los daños causados por los vehículos del asegurado a las rejas, pasadizos, entradas o rampas no están incluidos. Para agregar a una póliza básica contra incendios una cobertura

extendida es necesario escribir la cuantía total de la indemnización de la misma forma que en el caso de fuego. Si existen varias pólizas extendidas sobre la misma propiedad, la cláusula de prorrateo, ya analizada, reduce la cantidad que es posible recobrar por una de ellas en la proporción que represente respecto del seguro total sobre la propiedad.

Inmuebles y contenido - Forma amplia. Además de los riesgos cubiertos por ECE, mencionados más arriba, esta cláusula cubre las pérdidas debidas a los daños causados por ladrones; rotura de cristales; vandalismo y actos malintencionados; peso de hielo o nieve; desplome de edificios; daños causados a sistemas de cañerías, calefacción y aire acondicionado por agua congelada o roturas; daños causados por objetos que caen (como árboles); daños eléctricos a instalaciones y circuitos y explosión de sistemas de agua caliente.

La cláusula amplia ofrece también definiciones más completas que en caso de ECE. Por ejemplo, ECE define el «humo» como el procedente de una unidad de calefacción o de cocina en malas condiciones conectada a una chimenea; el humo de un hogar está excluido. En su forma amplia, el «humo» sólo necesita ser «súbito y accidental» y debe proceder de operaciones que no sean ni fumigación agrícola o industrial. Así, la súbita aparición de humo en una chimenea estará cubierta, como también lo está el procedente de fuera del edificio. Como otro ejemplo, la forma amplia no excluye las ondas que entren en la categoría de explosiones, mientras que ECE sí lo hace. Finalmente, la forma amplia cubre las pérdidas causadas en la propiedad por vehículos conducidos por el asegurado (salvo a las rejas o entradas), mientras que tales pérdidas están excluidas de la definición de ECE.

El asegurado puede dejar los locales abandonados durante el período que desee, hacer modificaciones o reparaciones y llevar a cabo actividades normales en relación a la vivienda. De esta manera se modifican las «condiciones normales de suspensión del seguro» mencionadas en las líneas 30-34 de la póliza standard. La forma amplia excluye peligros tales como guerra, explosiones nucleares, deslizamientos de tierra, inundaciones, terremotos, apertura de alcantarillas y cloacas y daños que ocurren fuera de los Estados Unidos o Canadá.

Cláusula especial de inmuebles. Un intento aún más completo de ampliar la cobertura de la propiedad residencial se encuentra en esta cláusula, que hace uso del enfoque de «todo

riesgo» y pretende cubrir todos los riesgos de pérdida física con excepción de aquellos que se mencionan expresamente. En otras palabras, si una propiedad está cubierta por esta cláusula y es dañada por cualquier causa, se puede suponer que la pérdida está cubierta a menos que esté expresamente excluida. Sin embargo, esta cláusula no puede ser utilizada para cubrir los contenidos; solamente incluye inmuebles. Las exclusiones típicas se refieren al daño causado por el uso y humedad, termitas, polvo, podredumbre seca, fatiga mecánica, terremoto, inundación, contaminación radiactiva y acciones militares o de guerra de cualquier tipo. Además están excluidas ciertas pérdidas de propiedad como la de los muros de contención en caso de deslizamiento de tierras o presión de agua y pérdidas en sistemas de cañerías o de calefacción que han sido drenados al dejar vacante el local. Una franquicia de 50 dólares se aplica a todas las pérdidas, excepto las causadas por ciertos riesgos comunes.

Programa de propietarios. El nivel de protección máximo se alcanza, sin embargo, en lo que se conoce por «programa para propietarios». Este programa es el resultado de varios intentos hechos por la industria del seguro para ofrecer al propietario medio un seguro agrupado que represente un programa más equilibrado y adecuado de seguro a un menor costo que si lo contratase en forma separada. La póliza de propietarios fue desarrollada en 1958 por la Organización de Seguros de Riesgo Múltiple (Multi-Peril Insurance Conference), una institución de consulta y tarificación de las compañías de seguro. Se dispone de una póliza básica ordinaria con la que se usa una o más de cinco cláusulas, junto a un conjunto de suplementos con el propósito de dar mayor flexibilidad a la cobertura.

Uno de los objetivos básicos del programa para propietarios es el de dar a éstos la oportunidad de incluir en una sola la casi totalidad de las variantes del seguro contra incendios y extender la cobertura de los riesgos estudiados anteriormente, además de las coberturas de responsabilidad personal, gastos médicos y robo. El aspecto que distingue a este tipo de pólizas es que se pueden exigir capitales de cobertura definidos para cada una de las categorías mencionadas con anterioridad y se cobra una sola cuota. Así, el asegurado debe adquirir un cierto tipo de seguro combinado mínimo y no puede seleccionar coberturas específicas, según sea su conveniencia. A pesar de esto, existe suficiente flexibilidad en las cantidades ofrecidas para que sea posible satisfacer la mayoría de las necesidades

individuales. A continuación se presenta un breve bosquejo de las cinco formas básicas del programa para propietarios:

Forma 1. Ordinaria.—Cubre inmuebles, contenidos y estructuras privadas. Incluye cobertura por incendios, rayo, cobertura extendida, vandalismo y atentados malintencionados, robos, gastos adicionales, responsabilidad personal amplia, gastos médicos y daño físico a la propiedad de otros.

Forma 2. Amplia.—Idéntica a la forma 1, excepto en que incluye riesgos adicionales. Así, se incluyen las pérdidas causadas por objetos que caen, peso del hielo, desmoronamiento de edificios, ciertas formas específicas de daño causado por el agua, rotura de cristales y congelación.

Forma 3. Especial.—Representa una protección a todo riesgo solamente para bienes inmuebles. La cobertura es similar a la de la forma especial de inmuebles.

Forma 4. Contenido de residencias, forma amplia.—Presta cobertura amplia por riesgos específicos de contenidos y propiedad personal. Está concebida especialmente para inquilinos que no desean cobertura para el inmueble o residentes propietarios que no son aptos para una cobertura de todo riesgo en sus edificios, así, edificios de apartamentos. Incluye robo, responsabilidad personal, gastos médicos y daño físico a la propiedad de otros.

Forma 5. General.—Prevé la cobertura contra todo riesgo, tanto en inmuebles como en su contenido, e incluye cobertura por responsabilidad personal, robo, gastos médicos y daño físico a la propiedad de otros. El contenido de la cobertura es similar al de la póliza flotante que se analiza en el Capítulo 13.

Aun cuando la Forma 2, amplia, es la que más se vende, la Forma 5 es la única que prevé una protección contra todo riesgo sobre el inmueble y la propiedad personal. La Forma 2 contiene las siguientes coberturas principales, con límites mínimos:

Cobertura A	Propiedad inmobiliaria	8.000 dólares
Cobertura B	Estructuras privadas adicionales	10 % de cobertura

Cobertura C	**Propiedad personal no inventariada**	40 % de la cobertura A, pero nunca menos de 1.000 dólares respecto a los situados fuera del inmueble
Cobertura D	Gastos adicionales de subsistencia	10 % de la cobertura A
Cobertura E	Responsabilidad personal amplia	25.000 dólares
Cobertura F	Gastos médicos	500 dólares por persona y 2.500 dólares por accidente
Cobertura G	Daño físico a la propiedad de otros, independiente de la responsabilidad legal	250 dólares por cada siniestro

Es posible contratar suplementos para variar la cobertura básica, como por ejemplo aumentar los límites de propiedad personal no inventariada respecto a relojes, joyas y pieles. La cobertura de responsabilidad (Cobertura E) puede ser extendida para incluir residencias adicionales o embarcaciones de recreo. Los riesgos y pérdidas cubiertos en la Forma 2 para propietarios son similares a los mencionados con anterioridad para la cobertura amplia de inmuebles, excepto que la Forma 2 incluye ciertos riesgos adicionales tales como robo y responsabilidad civil por incendio. Es posible extender la cobertura sobre el dinero, normalmente por 100 dólares, pero es posible extenderla a 500, y también sobre títulos, normalmente por 500 siendo posible extenderla a 1.000. La Forma 2 contempla también la cobertura de manuscritos por valor no superior a 1.000 dólares. El valor de la renta y los gastos de subsistencia corresponden al 20 por 100 del valor del inmueble, en lugar del 10 por 100.

Existen dos tipos de cláusula de franquicias por valor de 50 ó 100 dólares para las cláusulas de propietarios: Cláusula número 1, que se aplica a tormentas y granizos que afectan a propiedad a la intemperie y cláusula número 2 que se aplica a todos los riesgos, excepto incendio y rayo. Una combinación de

las cláusulas 1 y 2 establece una franquicia que se aplica a cualquier pérdida, salvo incendio y rayo. Un aspecto interesante de éstas franquicias es que para pérdidas superiores a 500 dólares no se aplican.

Las ventajas más importantes del seguro para propietarios son:

1. El propietario puede asegurar una amplia protección a un costo menor que si contratase todas las coberturas separadamente. La combinación contiene el seguro que un propietario necesita y debería poseer. Sin embargo, si no desea toda la protección ofrecida puede elegir una de las opciones tradicionales.
2. La cuota trienal que se paga en el programa puede representar hasta 500 dólares o más, lo que significa una comisión suficiente como para que el agente tenga mayor interés en servir las necesidades del propietario medio de una manera más completa que en el pasado.
3. Finalmente, los suscriptores aseguran una base de seguro más amplia y la selección adversa es menor en estas pólizas [5]. Se deduce de ello que la pérdida global sea teóricamente menor en la póliza completa y, por lo tanto, ésta es más rentable. Esto hace posible una política más liberal de suscripciones y un menor número de exclusiones por parte del asegurador.

En la práctica, el propietario siempre ha podido lograr la protección según cualquiera de las cláusulas por una cuota que no es superior a la que habría pagado en una cobertura simple contra incendios. Sin embargo, la Forma 5, que ofrece una cobertura más amplia que cualquiera de las otras, tiene un valor considerablemente mayor y las cuotas aumentan más rápido que de una manera proporcional al aumentar las coberturas. En pólizas de propietarios, sin embargo, las ganancias para los aseguradores no han satisfecho sus aspiraciones. Estos han experimentado una proporción mayor de pérdidas en estas coberturas que en pólizas de incendio o de cobertura extendida. Por ejemplo, los aseguradores de existencias que operan en Nueva York sufrieron pérdidas entre 1965 y 1969. Las compañías mutuas tuvieron pérdidas todos los años, salvo 1966. En cuanto a coberturas extendidas, las compañías anónimas de seguro tuvieron ganancias en dos de los cinco años del período 1965-1969, y las mutuas

[5] **Ver el Capítulo 1.**

ganaron en cuatro de los cinco años. Las sociedades anónimas de seguros tuvieron ganancias en seguro directo contra incendios en tres de esos años, y las aseguradoras mutuas en cada año, durante el mismo período [6]. A pesar de las experiencias desfavorables con contratos para propietarios, el lugar de estas pólizas en el mercado de seguro inmobiliario de los Estados Unidos parece asegurado para el futuro inmediato. Es posible hacer un comentario análogo con respecto a los contratos comerciales de línea múltiple, debido a las ventajas de una mejor cobertura y mayor simplificación.

Propiedades comerciales. La extensión de la póliza básica contra incendios a diversos riesgos comerciales no ha progresado con la misma rapidez que en el riesgo personal. En general, el problema de extender la cobertura a otra propiedad comercial se reduce a extenderla a inmuebles, contenidos y otros objetos de propiedad personal usadas en los negocios.

Extensión de la cobertura sobre inmuebles. No es común que la cobertura sobre inmuebles se haga sobre la base de «todo riesgo» como en el caso de residencias privadas. El comerciante puede extender la cobertura de la póliza ordinaria contra incendios mediante la inclusión de la cláusula de riesgos optativos. De acuerdo con ello, es posible obtener protección contra explosiones, tumultos y desórdenes públicos, vandalismo y daños malintencionados y daños de aviación y vehículos. Es posible contratar también en forma separada protección contra otros peligros, como terremotos. También es posible adquirir seguros contra muchos otros riesgos, lo que se conoce como «líneas combinadas»; en este sentido, se puede cubrir la responsabilidad por daños causados por rociadores. También se han creado coberturas especiales para ciertos tipos de propiedad como calderas y maquinaria.

Extensión de la cobertura sobre la propiedad personal. Es posible contratar cobertura por la propiedad personal de una firma comercial, de acuerdo con las formas descritas con anterioridad en relación con los inmuebles. Además, esa cobertura existe sobre una base de todo riesgo. Existen dos grupos básicos que cubren la propiedad personal de las firmas a todo riesgo: un grupo, para establecimientos que mantienen existencias para

[6] *1969 Loss and Expense Ratios* (New York Insurance Departament, 1970), págs. 6-31.

la venta (mayoristas y minoristas), y otro para establecimientos de productos manufacturados.

Respecto al primer grupo, existen tres tipos principales de cobertura: transportes terrestres, cobertura «en bloque» concebida para ciertos tipos de riesgos, y cláusulas conocidas como «programa de cobertura de la propiedad comercial». Las dos primeras serán estudiadas en el Capítulo 13, que se ocupa del seguro de transportes.

La cláusula de cobertura de la propiedad comercial, que se agrega a la póliza ordinaria contra incendios, se aplica a una amplia gama de comerciantes mayoristas y detallistas y prevé protección a todo riesgo sobre existencias, mobiliario e instalaciones, con coberturas optativas por mejoras y adelantos. La cláusula está a disposición de cualquier comerciante, salvo los especificados explícitamente, tales como joyeros y peleteros, para los cuales se dispone de cláusulas especiales [7], y otros establecimientos como restaurantes, floristas, prestamistas y tiendas de animales domésticos, que presentan problemas especiales de suscripción. La cláusula de propiedad comercial contiene una franquicia de 50 dólares que se aplica a todos los riesgos, salvo algunas excepciones mencionadas [8]. Cubre la propiedad en cualquier lugar de los Estados Unidos y mientras se encuentra en tránsito por Canadá. Entre los riesgos excluidos se encuentran el congelamiento, inundaciones, crecidas de agua, filtraciones, terremotos, deslizamientos de tierra, guerra, descomposición natural del producto, fuentes radiactivas, desapariciones misteriosas y falta de honradez del asegurado o sus empleados. La mayoría de estas exclusiones no se aplican a productos en tránsito. Ciertos tipos de propiedad están también excluidos de forma específica, así bienes sin vigilancia en un vehículo, daño a calderas, automóviles, luminosos de neón y pieles, joyas, oro y plata en cantidad superior a la preestablecida. La cobertura de la propiedad comercial se suscribe con un coaseguro del 80 por 100 y existen otros descuentos por el uso de sistemas de prevención de pérdidas, como servicios de serenos, sistemas de alarmas contra robos y cortinas de protección de acero. Mediante cuotas adicionales, el asegurado puede extender la cobertura a otros bienes, como dinero por valor no superior a 250 dólares en cualquier circunstancia, efectos personales, remoción de escombros y daño al inmueble causado por los ladrones.

[7] Estas son la Jewelers Block Policy y la Furriers Block Policy.

[8] Por ejemplo, incendio, riesgos cubiertos extendidos y adicionales, y robo.

La cobertura del programa de propiedad industrial, que aún se encuentra en una etapa de desarrollo, está concebida para fabricantes e incluye más de 20 cláusulas, suplementos y opciones para ser usadas con la póliza ordinaria contra incendios. El programa ofrece cobertura tanto por inmuebles como propiedad personal, mejoras y adelantos. De acuerdo a la cobertura básica del programa, que cubre toda la propiedad en lugares definidos, se incluye protección por riesgos mencionados expresamente. Los riesgos incluyen incendios, rayos, todos aquellos riesgos del suplemento de cobertura extendida, vandalismo y daño malintencionado, ruptura de rociadores, objetos que caen, robo y derrumbamiento del edificio debido al peso del hielo o nieve. Ciertas causas de pérdida están excluidas, como terremotos, inundaciones e incendio resultante de ellos. Es posible agregar otros riesgos a la cobertura, tales como robo y daños causados por el agua. Es conveniente hacer notar algunos aspectos especiales del programa de la póliza de propiedad industrial; esta póliza es un contrato de riesgo múltiple, dado que cubre riesgos no clasificados como «incendio o afines», como por ejemplo: robos. Sin embargo, no se incluye un seguro de responsabilidad, sino que debe ser suscrito separadamente. La propiedad industrial tiene una naturaleza de ubicación múltiple. Los fabricantes deben tener al menos dos ubicaciones, con un valor equivalente en la segunda planta de no menos el 10 por 100 del total o 50.000 dólares, dependiendo de qué cantidad sea menor. El seguro sobre la propiedad personal se incluye de esta manera, pero la cobertura sobre inmuebles, mejoras y adelantos es optativa. Ciertas exclusiones del programa dejan en claro que el fabricante necesita seguro marítimo para los bienes que se encuentren en barcos. Ciertos tipos de propiedad, como matrices, moldes, muestras y modelos, se valoran de acuerdo a su costo de reemplazo, mientras que otros tipos, como inmuebles, se valoran de acuerdo a una cantidad en dinero (indemnización). Las cuotas mínimas son elevadas, encontrándose entre unos 2.500 dólares para un fabricante que cubra solamente su propiedad personal contra ciertos riesgos específicos, y 10.000 por cobertura de propiedad personal, inmuebles y suplemento especial de la propiedad personal, estudiado antes.

El programa de la póliza de propiedad industrial permite hacer uso de un suplemento conocido como «suplemento especial de propiedad personal», que protege de forma amplia y contra todo riesgo por la pérdida de material manufacturado ya acabado mientras se encuentra en cualquier lugar, excepto en la planta del fabricante. También es posible incluir otros artículos, como los ya terminados que se extravían ya sea en la propia planta del fabricante, en la planta de procesado o mientras son transportados. Existe una cobertura a todo riesgo para proteger maquinaria, equipo de transporte u otros objetos móviles mientras se encuentran fuera de la planta del fabricante. Este seguro, uno de los tipos más amplios de protección comercial, no existe en todos los Estados.

La protección a todo riesgo sobre la propiedad personal de los fabricantes se suscribe con una franquicia de 100 dólares aplicable a todas las pérdidas, excepto las causadas por ciertos riesgos básicos, como incendio y cobertura extendida. Como se puede suponer, ciertos riesgos están excluidos, como por ejemplo inundaciones, terremotos, deterioro, rotura de artículos frágiles, humo de operaciones industriales, guerras y desapariciones misteriosas.

La póliza especial de riesgo múltiple. Quizá el desarrollo más completo del seguro de línea múltiple sea la póliza especial de riesgo múltiple (ERM) para ciertos tipos de organizaciones comerciales e institucionales. Introducida en 1960 como una forma especial de riesgos en moteles, se extendió gradualmente hasta que en 1966 fue revisada y adaptada a las necesidades de los establecimientos detallistas y mayoristas, casas de apartamentos, oficinas, instituciones, servicios y laboratorios fotográficos. De acuerdo a la póliza ERM, es posible incluir en un solo contrato la casi totalidad de las necesidades de seguro de propiedad y responsabilidad.

Las coberturas que se pueden ofrecer bajo esta póliza incluyen cuatro tipos principales: propiedad en general, crimen, responsabilidad y calderas y maquinarias. Sólo el seguro de propiedad en general y el de responsabilidad son obligatorios y deben, con algunas excepciones, ser suscritos para incluir tanto el inmueble como el contenido. Como coberturas opcionales existen seguros de gastos adicionales, de documentos de valor, cobertura sobre propiedad de adquisición reciente, seguro de interrupción del negocio (ver el Capítulo 11), cobertura de propiedad que se encuentra fuera del local y de efectos personales. Entre los tipos importantes de cobertura que no es posible incluir en la póliza ERM se cuentan el seguro de automóviles, valores de fianza y seguro de vida y enfermedad.

La flexibilidad que se logra con el uso de la ERM es posible gracias a la utilización de varios suplementos. El asegurado puede elegir cobertura a todo riesgo en el inmueble y el contenido o solamente por riesgos específicos. Es posible acomodar

las necesidades de las instituciones públicas y las exigencias de los contratistas que buscan cobertura de la propiedad durante el proceso de construcción. Incluso es posible que más de un asegurador participe en la cobertura de la propiedad general o que se posea más de una cobertura con el mismo asegurador. Tal flexibilidad puede ser útil cuando los riesgos son grandes.

La póliza ERM puede ser suscrita con los mismos tipos de franquicia empleados en el programa para propietarios (una franquicia que desaparece por 50 ó 100 dólares). Una exigencia normal es el coaseguro del 80 por 100, con la excepción de que en casos de pérdidas menores a 10.000 dólares o del 5 por 100 del monto del seguro, se renuncia a la exigencia de un inventario de la propiedad que no ha sufrido daño. La tasación de la propiedad con el fin de determinar las pérdidas se hace en base a un acuerdo en dinero, con ciertas especificaciones para libros de contabilidad, manuscritos, filmes, discos u otro medio de almacenar información electrónica para los equipos de proceso de datos. La póliza contiene también la exclusión usual de riesgos como guerra, leyes de construcción, inundación, movimientos de tierra, uso y humedad y pérdida de existencias.

Las tasas que se pagan bajo esta póliza son por lo menos un 15 por 100 menores que las correspondientes a contratar las coberturas en forma separada. A medida que la industria de seguros adquiera mayor experiencia con contratos de riesgo múltiple y aumente el conocimiento acerca de los ahorros que supone y de la mayor protección que ésta presta, parece evidente que su uso continuará aumentando.

Cobertura de valores cambiantes en Ubicaciones variables

Una de las finalidades principales de este tipo de cláusula es el ajustar la protección del seguro a aquellas firmas comerciales que tienen diversas plantas ubicadas en distintas zonas geográficas o que desean que la protección se ajuste en forma automática a los valores en cambio constante de estas plantas. Sería muy complicado que una empresa que maneja 10 plantas manufacturadoras o de procesos y 20 plantas de almacenamiento distribuidas por todo el territorio debiese contratar una póliza separada por cada una. Por ejemplo, habría duplicidad de cobertura cuando se trasladasen productos de una planta a la otra (asegurados tanto por el fletador como por el destinatario)

y muchos casos de omisión de protección del seguro (debido a que cada parte creería que la otra se ha ocupado de ello).

Se dispone de boletines de informe para ajustar la cobertura del seguro sobre los contenidos, de acuerdo al valor cambiante de la propiedad en una planta o en varias de ellas. Estos formularios tienen varias ventajas: (1) el monto de la protección del seguro se ajusta en forma automática a los cambios de valor de la propiedad en diferentes lugares; (2) las nuevas plantas están cubiertas en forma automática; (3) el asegurado no debe pagar cuotas por los límites de responsabilidad en la póliza, sino de acuerdo a los valores reales en riesgo y (4) la posibilidad de omisiones o duplicidades de cobertura está prácticamente eliminada. El programa de póliza de propiedad industrial puede ser suscrito en base a informe, de la misma manera que el de propiedad comercial. Además, se usan otras varias cláusulas de riesgo múltiple, cada una concebida para ajustarse a ciertos tipos específicos de riesgos o permitir variaciones en la forma de informar acerca de los valores y la determinación de las primas a pagar. Una cláusula típica de éstas es la conocida como «Forma 1 de Informe de Ubicación Múltiple». Cuando el asegurado tiene dos o más lugares, estima el valor máximo de propiedad personal que tendrá en cada uno de ellos y paga una cuota de depósito (con un mínimo de 500 dólares) basada en los valores medios en cada lugar. La tasa que se aplica es una tasa media que se determina calculando para cada territorio la tasa allí existente y multiplicándola por el valor medio de los bienes allí almacenados. Cada mes el asegurado debe informar a la compañía los valores reales existentes en cada lugar en una fecha fija. Si declara un valor menor y posteriormente sufre una pérdida, se le penaliza recibiendo solamente aquella parte de la pérdida que la cantidad declarada representa respecto del valor real en riesgo. Así, si el asegurado declaró un inventario de 50.000 dólares en la planta C y se determina que el valor real era de 60.000, recobrará solamente cinco sextos de cualquier pérdida posterior. Además, si el asegurado no entrega el informe en la fecha exigida, la cantidad a recobrar estará limitada a los valores declarados en la última fecha en que hizo el informe; se le niega así el reajuste automático de la protección cuando los valores aumentan entre las distintas fechas de los informes. Si, por ejemplo, el 1 de enero el asegurado informó correctamente que existían 10.000 dólares en valores en la planta D y el 15 de enero se produce una pérdida de 15.000 (lo cual es posible, ya que los envíos llegados aumentaron el valor en riesgo) se pagará la pérdida completa si ésta se pro-

duce dentro del límite de responsabilidad en la planta D. Sin embargo, si la pérdida ocurre el 15 de febrero y no se ha entregado informe alguno el 1 de febrero, el límite de responsabilidad será de sólo 10.000 dólares.

Para evitar la necesidad de hacer informes mensuales y garantizar en todo caso la ventaja del reajuste automático de la cobertura en nuevas plantas, el asegurado puede elegir otro tipo de cláusula conocida como la «Forma 5», en la cual se exige un coaseguro de por lo menos el 90 por 100. Esta es adecuada a riesgos en ubicaciones cambiantes y cuya fluctuación de valor es pequeña y en que es imposible o poco conveniente hacer informes mensuales. Si los valores varían considerablemente, el asegurado sufrirá penalizaciones de coaseguro a menos que ajuste constantemente el monto de éste. Sin embargo, el asegurado tiene una protección automática en cualquier ubicación y está así protegido completamente mientras mantenga un seguro suficiente para evitar las penalizaciones de coaseguro.

● RESUMEN

1. Los riesgos de tormentas, incendios, explosiones, etc., causan grandes pérdidas anuales en los Estados Unidos. Solamente las pérdidas por incendio representan cerca de 2.000 millones de dólares al año. El seguro contra estas pérdidas se encuentra entre los más desarrollados y de más aceptación entre todas las modalidades existentes, siendo la Póliza Ordinaria Contra Incendios el contrato básico en el que descansan muchas de las coberturas del seguro sobre la propiedad.
2. La Póliza Ordinaria Contra Incendios se divide en tres partes: el acuerdo de seguro, las condiciones y estipulaciones y los diversos tipos de cláusulas. El acuerdo de seguro y las condiciones forman la parte básica del contrato y tienen la misma forma en todos los Estados Unidos. Cubren aspectos tales como los riesgos básicos y propiedades que están incluidos o excluidos, en qué forma se deben saldar las pérdidas, la terminación del contrato, los intereses de terceros incluyendo al acreedor y los derechos contra otros responsables.
3. Las cláusulas en seguros contra incendio son algo necesario como complemento de cualquier acuerdo de seguro contra pérdidas de propiedad. Tienen cuatro finalidades principales, de las cuales las tres primeras se estudian en este capítulo y la cuarta en el siguiente: (a) describir con exactitud la propiedad asegurada y los diferentes tipos de extensiones y limitaciones que se aplican a ésta; (b) extender el contrato básico para incluir riesgos adicionales; (c) proveer una cobertura automática sobre propiedad cuyo valor fluctúa, como es el caso de existencias en comercialización o trasladada de un punto a otro, y (d) cubrir pérdidas que son indirectamente el resultado de incendios u otros riesgos.
4. Las cláusulas pueden ser analizadas de acuerdo con dos tipos principales: las que se aplican a residencias y las que se aplican a propiedad comercial. Las cláusulas de inmuebles más importantes son la especial, el suplemento de cobertura extendida, el suplemento de reemplazo de costos, propiedad inmobiliaria y contenido (forma amplia) y el programa para propietarios. Las cláusulas comerciales más importantes incluyen la forma general, la póliza de riesgos optativos, la ordenanza de cobertura de propiedad comercial, el programa de la póliza de propiedad industrial, la póliza especial de riesgo múltiple, la de informe sobre ubicación múltiple y la de informe.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. Se comprobó que en cierto Estado un grupo de aseguradores experimentó una pérdida del 63,7 % por cobertura de riesgo múltiple a propietarios, mientras que los resultados en seguro contra incendios eran de 44,5 % y en seguro de cobertura extendida de 62,6 %. Explique cuál podría ser la razón probable de la diferencia en las pérdidas de estos tipos de seguro, que en algunos casos difieren y en otros son tan similares.
2. Las compañías de seguro respaldan a varias organizaciones, tales como la Comisión Nacional de Aseguradores de Incendio y la Asociación Nacional de Protección Contra el Fuego (National Board of Fire Underwriters y National Fire Protection Association) cuyo

objetivo es reducir las pérdidas que ocurren anualmente en los Estados Unidos.

(a) Cierto agente sugiere que en caso de que esta actividad tuviese exito dejaría a las compañías de seguro fuera del negocio. Coméntelo.

(b) ¿Corresponde al interés de las compañías de seguro tratar de eliminar las pérdidas por incendio u otros riesgos? Discútalo.

3. *Z* es dueño de una casa de 20 años de antigüedad. Cuando era nueva se le calculó una vida 50 años y fue tasada en 10.000 dólares. ¿Cuál sería la cantidad a recobrar de una póliza de seguro contra incendio por 10.000 en caso de una pérdida total, suponiendo que se necesiten 15.000 dólares para reemplazar la casa? Explique su respuesta.

4. Suponga que la casa de Z de la pregunta 3 está cubierta de acuerdo con la cláusula especial sobre propiedad inmueble que estipula el seguro de costos de reemplazo. La pérdida es parcial y se estima que serán suficientes 2.000 dólares para reemplazar la parte perdida.

(a) ¿Cuánto se recuperaría? Demuestre sus cálculos.

(b) ¿En qué forma cambiaría su respuesta si se demuestra que en la actualidad se necesitan 30.000 dólares en lugar de 15.000 para reemplazar la casa? Explíquelo.

5. La fábrica del Sr. Jones es destruida por el fuego y él supone que tardará tres meses en reconstruirla y reanudar las operaciones. Calcula que esta demora le costará 20.000 dólares por pérdida de ganancias y pagos fijos que continúan independientes del volumen de las operaciones. ¿Es posible recobrar esta cantidad de acuerdo a la póliza ordinaria contra incendio? Explíquelo.

6. *A* es dueño de una residencia y la asegura en 15.000 dólares de acuerdo a la póliza ordinaria contra incendio con cobertura extendida. Asegura su contenido, tasado en 10.000 dólares, por 5.000 en la misma póliza. Muestre en qué medida las pérdidas siguientes estarán cubiertas y explique sus razones en cada caso:

(a) Daño causado por el humo en una chimenea que exige 70 dólares para pagar el trabajo de pintura.

(b) Una valiosa mesa antigua de madera cuyo valor es de 500 dólares es dañada por el calor en forma accidental cuando es colocada muy cerca de un aparato de aire caliente.

(c) Un incendio en el césped pone en peligro la casa de *A*. Por razones de seguridad, saca de ésta todo el contenido y lo coloca en tres bodegas de la siguiente manera: Bodega X, 4.000 dólares; Bodega Y, 3.000; Bodega Z, 3.000. El agua daña los bienes contenidos en la Bodega Z y causa una pérdida de 2.000 dólares dos días después de haber sido trasladados allí. Además, hay una pérdida de 500 dólares por robo en la Bodega Y.

(d) Se incendia la casa de un vecino. Los coches de los bomberos hacen profundos agujeros en el patio de *A*.

(e) Tres jóvenes «se las tienen» con *A* y causan un daño de 25 dólares a sus mangueras de riego, cortándolas con cuchillos.

7. En un caso reciente una tormenta dañó el techo de un edificio, colándose agua. Esta causó un cortocircuito en el sistema eléctrico. Los alimentos almacenados en un refrigerador se descongelaron cuando la electricidad se interrumpió por orden de las autoridades. El asegurado estaba en posesión de la póliza ordinaria contra incendios con cobertura extendida. El asegurador negó responsabilidades por la pérdida de los alimentos estropeados.

(a) ¿Cuáles son las causas probables de la negativa del asegurador en la demanda anterior?

(b) ¿Está usted de acuerdo con el asegurador? ¿Por qué sí, o por qué no?

8. Después de un incendio se incluyeron los objetos siguientes en la prueba de incendio. Estudie en qué medida estas pérdidas están cubiertas por la póliza ordinaria contra incendios:

(a) 50 dólares en dinero en una caja fuerte.

(b) Una acción de A. T. y T. en la misma caja.

(c) Una escritura de una residencia de verano.

(d) Pérdida de un calentador de agua, tasado en 150 dólares, cuando el calor del incendio lo hizo explotar.

(e) Pérdida de 500 dólares en un viejo roble dañado por el fuego.

9. *D* afirma que la exclusión en la póliza ordinaria contra incendios de las pérdidas causadas por un mayor

riesgo del asegurado puede ser usada para excluir casi cualquier pérdida en que el asegurado es negligente, como por ejemplo en caso de un incendio causado por un cigarrillo tirado descuidadamente. Coméntelo.

10. *T* es dueño de una casa asegurada en 20.000 dólares con una hipoteca de 15.000. El acreedor está protegido por una cláusula de pago de pérdidas. Se produce un incendio y se descubre que la pérdida de 2.000 dólares no está asegurada porque *T* olvidó pagar la cuota y la póliza no está vigente.
    (a) ¿Puede recobrar el acreedor? ¿Por qué?
    (b) ¿Cuál es la forma más conveniente en que el acreedor puede proteger sus intereses? ¿Por qué?
11. ¿Cuáles son los derechos y obligaciones del acreedor de acuerdo con la Cláusula Ordinaria de Acreedores?
12. El Sr. Smith asegura su comercio detallista con tres pólizas de la siguiente manera: Asegurador A, 5.000 dólares; Asegurador B, 10.000; Asegurador C, 15.000. En el momento de producirse un incendio se descubre que el Asegurador A es insolvente y no paga ninguna demanda en ese momento. ¿Cuánto puede recibir el Sr. Smith de cada asegurador? ¿Por qué?
13. ¿Qué se entiende por una «cláusula» en seguros de propiedad y cuáles son los cuatro fines para los que ha sido concebida? Explíquelo.
14. El Sr. Mayer asegura su mansión por 50.000 dólares según la cláusula especial de propiedad inmobiliaria. Unos pocos meses después invierte 20.000 en hacer una decoración oriental; el edificio es destruido completamente por el fuego y se produce una pérdida por valor de 10.000 dólares en la nueva decoración. ¿Cuáles son los límites de responsabilidad de la póliza por esta pérdida? Explíquelo.
15. El Sr. Kammack asegura el edificio de su «college» privado, tasado en 30.000 dólares, por 12.000, según una póliza que contiene una cláusula de coaseguro del 80 %. La póliza se redacta de tal forma que excluye de la cobertura el valor de los cimientos. Se determina que el valor de éstos es de 10.000. ¿Cuál es el efecto de esta cláusula en la recuperación de cualquier pérdida? Explíquelo.

16. Haga una lista de los riesgos cubiertos por el suplemento de cobertura extendida.
17. En California se han registrado una serie de pérdidas causadas por un lento movimiento de tierras que se sueltan cuando el agua usada en las acequias se absorbe haciendo que la superficie se deslice. La casa del Sr. Underman es una de las afectadas. Presentó una demanda cuando se registró una gran rotura en los cimientos. El asegurador pagó la pérdida e inmediatamente canceló la póliza. Un mes más tarde la casa del Sr. Underman cayó a la bahía cuando el terreno completo cedió. El Sr. Underman presentó una demanda por pérdida, pero el asegurador la rechazó alegando que la pérdida ocurrió después de cancelar la póliza. Discuta los derechos de ambas partes.
18. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas para el propietario, según el programa para propietarios que cubre riesgos múltiples?
19. ¿Cuál es la diferencia esencial en las actividades de los fabricantes y los comerciantes detallistas y mayoristas que han motivado la creación de formas diferentes de seguros de propiedad para cada uno de ellos? Mencione las cláusulas más importantes que se utilizan en la actualidad.
20. ¿Por qué se han desarrollado las cláusulas de informe? Discútalo.
21. Cierto mayorista de maquinaria pesada está asegurado según la «Forma 1 de Informe de Ubicación Múltiple». Tiene diez almacenes ubicados en todo el territorio de los Estados Unidos. Ha sido incapaz de hacer en forma satisfactoria los informes mensuales debido a que su sistema de contabilidad no era adecuado para entregar la información necesaria en la forma conveniente. Sugiera un modo diferente que le asegure protección en forma automática, pero que no requiera de informes mensuales. ¿Qué peligros pueden existir en el uso de esta cláusula? Explíquelo.
22. En un caso reciente, Lipschultz vs. General Insurance Co., (9 C. C. H., Fire & Casualty, 1064), la tormenta había cortado las líneas de alta tensión de una subestación ubicada a media milla de la planta del asegurado. No se registró daño a la planta a causa del viento. Como resultado, un supermercado sufrió una

pérdida por el daño a alimentos debido al aumento de temperatura en los almacenes refrigeradores. El propietario del supermercado no poseía una cobertura por pérdidas consecuenciales y alegó que ésta era una consecuencia directa de la tormenta, la cual estaba cubierta por su suplemento de cobertura extendida a la póliza contra incendio sobre el supermercado. ¿Tiene derecho a ser compensado? ¿Por qué?

11

Seguros sobre Daños Indirectos

Los contratos normales del seguro contra incendios cubren solamente las pérdidas causadas directamente por riesgos determinados. Las pérdidas directas son aquéllas en las que el daño es originado por el fuego mismo, a través de su contacto directo con los objetos materiales, o bien por haber causado el incendio una serie de hechos que condujeron a la destrucción del material. Las pólizas de seguro contra pérdidas directas excluyen invariablemente las pérdidas que resultan del riesgo asegurado, pero que no fueron originadas directamente por el mismo. Estas pérdidas pueden asegurarse en la póliza clásica de seguro contra incendio a través de un suplemento.

CARACTERISTICAS FUNDAMENTALES DE LOS DAÑOS INDIRECTOS

El carácter de las pérdidas indirectas puede ser comprendido mejor a través de un ejemplo. Supongamos que en una pequeña fábrica ocurre un incendio tal que el propietario se ve obligado a cerrarla durante dos meses para hacer reparaciones. El fabricante está completamente asegurado contra los daños directos que resultan del incendio, pero no está cubierto contra pérdidas indirectas, consecuencia del mismo. La póliza de incendios reembolsa la reposición de las materias primas, de las mercancías

en proceso y de las ya terminadas, así como las reparaciones de maquinaria y de los daños sufridos en el local. Sin embargo, el fabricante considera que debe mantener ciertos empleados clave, tales como obreros cualificados y vendedores para que le ayuden en la reorganización del negocio y para continuar prestando servicios a sus clientes. Además de éstos, existen otros gastos como impuestos, seguros, intereses, calefacción, luz, energía y amortizaciones, todos ellos independientes del volumen de las operaciones. Finalmente, el fabricante no pudo percibir ningún beneficio por las mercancías terminadas que no pudieron venderse, ni por las mercancías que normalmente se producirían durante aquel período de tiempo; las pérdidas pueden ser tan graves, que obliguen al fabricante a cerrar su negocio definitivamente. Pues bien, los contratos sobre daños indirectos han sido pensados para indemnizar pérdidas de este tipo.

La importancia de las pérdidas indirectas en el ámbito de los seguros personales ha sido reconocida hace tiempo. El seguro de vida, por ejemplo, tiene por objeto la restitución de los ingresos perdidos debido a la muerte prematura del que mantiene a la familia. El seguro de rentas por incapacidad fue establecido para restituir la pérdida de ingresos a consecuencia de la incapacitación total sufrida. En los seguros sobre las propiedades, sin embargo, las pérdidas indirectas no existieron en principio debido al grave riesgo que ello representaba. En un estudio de 21 siniestros sufridos por fabricantes de acero, por ejemplo, se comprobó que en 15 casos los daños indirectos excedían al daño físico directo [1]. Las pérdidas físicas fueron establecidas en alrededor de 381.000 dólares, mientras que las pérdidas indirectas fueron estimadas en 2.654.000; es decir, unas siete veces más que las pérdidas directas. La mayor pérdida directa fue de 86.800 dólares, mientras que en cinco casos las pérdidas indirectas excedieron los 400.000, siendo la mayor de ellas de 675.973 dólares. Se dieron muchos casos en los que un daño material pequeño originó una pérdida indirecta muy importante. En uno de ellos, los daños directos fueron de 750 dólares, mientras que los indirectos resultaron ser del orden de 5.000; en otro caso, el daño directo fue de 32.511 dólares mientras que el indirecto resultó ser 481.634. Debido a no poder disponerse de una amplia información respecto a la prima para los riesgos de daños indirectos, ésta se calcula como una pequeña parte de la prima total establecida para el seguro contra

[1] R. E. Lauterbach, «Business interruption», *Insurance Series, núm. 115* (New York: American Management Association), págs. 43-44.

incendio. La razón principal de la falta de un seguro tan importante parece radicar en las técnicas en que ha de basarse la cobertura, que son un tanto complicadas. Además de esto, los agentes han encontrado la cobertura contra pérdidas indirectas como de difícil comprensión y, por consiguiente, no han estado capacitados para educar a sus clientes sobre tal necesidad. Por otro lado, las cláusulas establecidas al respecto se han complicado bastante debido a la dificultad de evaluar en la forma precisa las pérdidas reales.

CLASIFICACION DE LOS CONTRATOS SOBRE DAÑOS INDIRECTOS

Un contrato de seguro contra pérdidas indirectas es generalmente redactado como un suplemento o apéndice a la póliza de incendios clásica. Los riesgos asegurados generalmente comprenden incendio y demás peligros. Los riesgos de motín, vandalismo, tumultos civiles y daños causados malintencionadamente pueden ser asegurados también. Por ello, si la interrupción de actividad laboral u otros perjuicios indirectos resultan del daño causado por cualquiera de los riesgos principales sobre una propiedad, el asegurado será indemnizado. Los contratos sobre daños indirectos se clasifican según que el factor tiempo sea o no considerado.

CONTRATOS QUE CONSIDERAN EL FACTOR TIEMPO

Los contratos fundados sobre el factor tiempo son aquellos que miden la pérdida indirecta en términos económicos por unidad de tiempo que transcurre, hasta que la pérdida queda restituida.

Seguro de valor de renta y gastos de vivienda suplementarios

Quizá, el tipo de seguro más utilizado contra pérdidas indirectas basadas en períodos de tiempo sea el del valor de la renta del alquiler de una vivienda y gastos de vivienda suple-

mentarios, riesgo que es incluido automáticamente en los contratos de arrendamiento, como ya se mencionó en el Capítulo 10. La finalidad de este seguro es reembolsar al inquilino o al propietario de una vivienda en que ocurrió uno de los peligros asegurados (incendio, por ejemplo) a consecuencia de lo cual no pudo ser habitada durante cierto tiempo. Este reembolso está dirigido al inquilino que no puede hacer uso de la vivienda hasta su restauración o al propietario que no puede percibir la renta del alquiler. Este seguro cubre, además de las pérdidas directas, una indemnización por los perjuicios indirectos —la pérdida de la renta del alquiler— que se causan durante el tiempo en que la vivienda no puede ser ocupada.

Cobertura de viviendas. Supongamos que una vivienda amueblada, cuyo alquiler mensual es de 200 dólares, está ocupada por su propietario. Ocurre un incendio y la vivienda no puede habitarse durante tres meses. El propietario perdió entonces 600 dólares, además de su vivienda, ya que tuvo que alquilar otro apartamento, que cuesta mensualmente lo mismo que el suyo. La póliza de seguro pagará al propietario de la vivienda la suma asegurada por incendio, además del valor de la renta antes mencionada. Incluso, si el asegurado debe gastar más de lo usual en su nivel de vida a causa del incendio, estos gastos adicionales le serán también pagados. Por ejemplo, si el asegurado debe vivir en un hotel durante un período de tiempo preestablecido, o parte del mismo, debido a que no hay otro medio disponible más barato, y sus gastos por este motivo ascienden a 500 dólares por mes para mantener el mismo nivel de vida que llevaba hasta entonces, recibirá en base al seguro los gastos especiales causados por tal motivo. Si el inquilino está obligado a pagar el alquiler, a pesar de cualquier riesgo que suceda a la vivienda, puede también asegurarse contra este evento.

Algunos de estos contratos (no para propietarios) limitan la indemnización a 1/12 del capital estipulado por cada mes de inhabitabilidad. En las disposiciones básicas del seguro de vivienda alquilada, la garantía por valor de la renta y gastos suplementarios de vivienda está limitada al 10 por 100 de la cantidad base en que se aseguró la vivienda (no como seguro adicional). En pólizas de propietarios, el límite es del 20 por 100 de la cantidad en que está asegurada la vivienda y la cobertura se aplica como un seguro adicional. Esto significa que si una persona hace un seguro por 30.000 dólares en su calidad de propietario, tendrá una cobertura adicional de 6.000 sobre la renta y los gastos de vivienda suplementarios, por lo que en el caso

de pérdida total de la vivienda, el asegurador podría ser responsable por una indemnización de 36.000 dólares. En las disposiciones básicas de vivienda alquilada, el límite sería de 30.000, con no más que 3.000 como cantidad aplicable al valor de la renta y los gastos suplementarios.

Existen ciertas características especiales en los seguros de renta que conviene mencionar:

1. La cobertura se establece en base a una indemnización. Si, por ejemplo, en el contrato de alquiler el inquilino está liberado de pagar la renta en caso de inhabitabilidad de la propiedad a causa de un incendio, en tal caso no recuperará del seguro el valor de dicha renta.
2. Los gastos no fijos deben ser deducidos del valor indemnizable por renta. Si el valor real de la renta es de 200 dólares mensuales, pero 20 de ellos corresponden a gastos de mantenimiento y reparaciones, la verdadera pérdida es de 180 dólares y no de 200.
3. La cobertura se aplica incluso durante todo el tiempo que lleve volver a amueblar la vivienda (suponiendo que fue alquilada con muebles) es decir, se sobrepasa el tiempo que lleva la mera restauración de la construcción.
4. El riesgo asegurado debe ocurrir durante la vigencia de la póliza pero la indemnización se puede prolongar más allá de la fecha de vencimiento de la póliza.
5. La indemnización se basa en el tiempo que lleva reconstruir la propiedad con el *debido esmero y diligencia.* Retrasos no razonables en la reconstrucción no son compensados. La póliza establece una cobertura con dos semanas de tolerancia por retrasos debidos a disposiciones establecidas por las ordenanzas de la construcción.
6. Pueden establecerse disposiciones especiales cuando la propiedad es alquilada por temporadas. Una casa de verano, por ejemplo, puede ser asegurada bajo la condición de que la indemnización será pagada siempre que su inhabitabilidad suceda durante un plazo definido dentro de la temporada de vacaciones.

Cobertura de comercios. Cuando el seguro de rentas se refiere a riesgos comerciales, surgen nuevas complicaciones. Los siguientes aspectos deben tenerse en cuenta:

1. Está excluida toda pérdida extraordinaria debida a leyes u ordenanzas de la construcción.
2. La mayoría de las disposiciones no se aplican sobre la base de «arrendado o no». Por ello, el asegurado debe probar que si el incendio no hubiera ocurrido, él habría percibido cierta renta. La

indemnización se aplica en base a la comprobación de la pérdida; si del edificio estuviera solamente ocupada la mitad, y no fuese presumible que el ritmo de su ocupación normal hubiese aumentado durante el período de inhabitabilidad, el asegurado sería indemnizado sobre una base de sólo el 50 % de ocupación.

3. Las pólizas para comercios generalmente incluyen una cláusula de responsabilidad proporcional similar a la limitación de 1/12 por mes establecida para viviendas de alquiler. Así, si el asegurado percibe rentas por un total de 12.000 dólares al año, pero hace un seguro de renta por 6.000 dólares, sólo podrá recobrar 500 dólares por mes durante cualquier período de inhabitabilidad (1/12 × 6.000).
4. Si las rentas a percibir por el asegurado son eventuales (por ejemplo, dependen de las ventas del inquilino) una cláusula especial establece que la prima está sujeta a una comprobación de cuentas a fin del año, en que se determina de acuerdo a las rentas realmente percibidas por el asegurado.

Seguro contra interrupción de negocios

Este seguro reembolsa al asegurado los beneficios y los gastos fijos perdidos como consecuencia de un daño experimentado en su propiedad debido a un riesgo asegurado. Se trata en general de un contrato de indemnización [2]; por consiguiente, uno de los problemas importantes en este seguro es el de encontrar los métodos adecuados para valorar las pérdidas, en cuanto éstas dependen de eventos futuros, cuya intensidad se desconoce.

Características básicas del seguro contra interrupción de negocios. Este seguro presenta ciertas condiciones que normalmente no son bien interpretadas. La póliza indemnizará al asegurado de acuerdo con las siguientes normas:

1. Debe haber ocurrido un daño físico en la propiedad, a causa de un incendio o cualquier otro riesgo asegurado.
2. Debe haber una paralización de negocio causada por el daño físico originado por el riesgo establecido (y no a causas distintas a las mencionadas).
3. Durante el período de paralización debe quedar demostrado que las actividades comerciales hubieran continuado de no ser por el acaecimiento del riesgo asegurado.

[2] Pólizas a «valor establecido», existen en el mercado de Londres.

4. El riesgo debe haber ocurrido durante el tiempo de vigencia de la póliza y en el lugar descrito.
5. Durante el período de paralización, los negocios deberían haber aportado beneficios, además de compensar los gastos fijos.

Si se descubriera que, aun no habiéndose paralizado las actividades comerciales, no se habrían logrado beneficios, no se pagará ninguna indemnización por tal concepto, ya que el daño físico no causó una pérdida real en este sentido. Claro está que si el negocio devengaba lo suficiente para amortizar los gastos fijos, éstos sí serían reembolsados.

Valoración de la interrupción de negocios. El valor de la posible pérdida puede ser calculado por diferentes métodos, pero la idea central es la de examinar la cuenta de ingresos de la empresa y obtener de ésta los diversos detalles sobre los ingresos y gastos que deben ser asegurados. Un ejemplo de esta técnica es el siguiente:

Ingresos totales brutos de todas las fuentes derivadas del uso y ocupación del local descrito		xxx
Menos:		
Costo de materiales consumidos en el proceso de fabricación, o costo de mercancías vendidas en un negocio mercantil	xx	
Costo de suministros	xx	
Impuesto sobre las ventas	xx	
Deudas pendientes	xx	
Salarios *	xx	
Total		xxx
Resto-beneficios y todos los demás gastos		xx

En otras palabras, el proceso de determinación del valor asegurable debe comprender la deducción de todos los gastos y costos, del total de ganancias brutas; deben considerarse los gastos y costos variables, es decir, aquellos que pueden ser discontinuos si un incendio o cualquier otro riesgo fuera la causa de una paralización de las actividades. La cantidad así obtenida constituye el valor asegurable y representa la base de la liquidación de las pérdidas.

* Pueden ser asegurados por períodos limitados, si se desea.

Coaseguro. La importancia de la determinación del valor que pone la interrupción de las actividades comerciales (relacionado muchas veces con el valor de uso y el valor de ocupación del local, ya que todos los valores se suponen resultado del uso y ocupación del local dañado) resulta todavía más evidente cuando se tiene en cuenta que la mayoría de las pólizas sobre interrupción de actividades comerciales contienen una cláusula de coaseguro. Los requisitos del coaseguro varían del 50 por 100 en adelante, según la cantidad que se desea asegurar. Si la empresa elige un coaseguro al 50 por 100, entonces ésta debe aportar por lo menos un 50 por 100 del valor anual asegurable. En exceso de este importe, la empresa se convierte en coasegurador.

Pongamos un ejemplo; supongamos que la suma de las cantidades anuales de gastos fijos y ganancias del año anterior es de 96.000 dólares. Cuando la póliza fue emitida en un principio, el valor asegurable era de 80.000; la empresa suscribe ahora un seguro contra interrupción de actividades comerciales por valor de 40.000 dólares. En el caso de paralización de actividades por tres meses y asumiendo un ritmo invariable de operaciones e ingresos, la firma habrá perdido 3/12 de sus ganancias y gastos fijos anuales, o sea, 24.000 dólares. ¿Recauda la empresa esta cantidad? No, porque no ha concertado la cantidad de seguro requerida por la cláusula de coaseguro. Debido a que la empresa mantiene un seguro de 40.000 dólares y debería tener uno de 48.000 (la mitad de su valor asegurable anual, 96.000), sólo percibirá 40/48 de la pérdida, o sea, 20.000 dólares. Para evitar las consecuencias de un coaseguro de esta naturaleza, el asegurado tiene cualquiera de las siguientes alternativas:

1. Debe tener en cuenta que el capital de su póliza ha de ser siempre igual o mayor que la cantidad requerida por la cláusula del coaseguro. Esto exige hacer una cuidadosa previsión sobre operaciones futuras y que el seguro sea establecido de acuerdo con ello, o bien efectuar continuos ajustes en la cantidad asegurada para adecuarla a los beneficios reales.
2. En ciertos casos está permitido agregar una cantidad determinada por suplemento a su póliza. A través de este endoso, el asegurado acuerda aceptar una cantidad preestablecida del seguro, lo que constituye una sustitución de la cláusula de coaseguro. Esto es, si el asegurado paga primas basadas en la cantidad acordada al principio respecto a las ganancias brutas, no habrá penalización por coaseguro, aunque la experiencia posterior revele que las ganancias reales superan las estimaciones acordadas con el asegurador cuando la póliza fue suscrita inicialmente.
3. Puede suscribir un seguro específico, conocido como «póliza de beneficios», que será estudiado posteriormente.
4. Puede emplear el llamado «suplemento de ajuste de prima», según el cual el asegurado puede mantener voluntariamente mayores límites de los que piensa que requerirá normalmente, y, una vez expirado el período de la políza, su prima se determinará de acuerdo al riesgo real, cuya cuantía se establece mediante una nueva valoración de la interrupción de sus actividades comerciales. La responsabilidad del asegurador queda también limitada a cierta proporción (de acuerdo con el porcentaje de coaseguro) del valor real de la interrupción del negocio. En este caso, supongamos que el asegurado ha elegido una forma de coaseguro del 50 % de las ganancias brutas sobre la cantidad de 100.000 dólares, a pesar de que el valor asegurable al comienzo de la póliza era de sólo 80.000. Al final del año se determina que el valor asegurable real era de 96.000. El asegurado pagaría una prima basada en el 50 % de 96.000, o sea 48.000 dólares, en cuyo caso habría tenido 48.000 dólares de cobertura de haber ocurrido cualquier pérdida.

¿Qué cantidad se debe asegurar? La respuesta depende de lo que la empresa crea que puedan ser las pérdidas máximas. Existen cláusulas de coaseguro que permiten al asegurado mantener hasta un mínimo de la mitad de su valor anual asegurable. Sin embargo, si la empresa tiene razones para creer que necesitaría un año para restituir los negocios a su nivel normal, debería entonces mantener un seguro equivalente al valor asegurable total. Generalmente, los seguros sobre una base de cobertura anual son suficientes. Debe tenerse en cuenta que algunas empresas actúan sobre una base temporal y la actividad desarrollada durante sólo algunos meses es causa de las ganancias del año entero. Si el riesgo se manifiesta justo antes de comenzar la temporada, que puede durar tan sólo tres meses, las ganancias de todo el año pueden perderse y problablemente también una buena parte de los desembolsos del año para pagar gastos fijos. Una situación como ésta justificaría mantener un seguro sobre las ganancias y los gastos fijos de todo el año. La póliza no requiere que los gastos o ganancias perdidos ocurran durante un período de tiempo determinado siempre que éste no exceda el plazo que normalmente exige la reposición del local y el restablecimiento de las operaciones.

Por otro lado, la pérdida puede ser sólo parcial, en cuyo caso la indemnización se adecuará a dicha pérdida. Si hace falta un

año entero para reparar y restablecer las operaciones normales y la empresa se ve forzada a reducir las operaciones en un cuarto de su nivel normal, la indemnización sería del 25 por 100 del valor anual asegurable, suponiendo que las operaciones se mantengan en un mismo nivel a lo largo del año.

Gastos realizados para reducir la pérdida. Algunas veces es posible apresurar las reparaciones generando costos que normalmente no serían necesarios. Por ejemplo, componentes especiales de la maquinaria afectada pueden ser enviadas por avión, o bien los obreros pueden trabajar horas extraordinarias. Si tales costos logran reducir el tiempo de interrupción, serían reembolsados por el asegurador, siempre que la cantidad total no exceda a la que se hubiera pagado si no se hubieran adelantado las operaciones de reparación. Así, si la reanudación de las actividades llevaran normalmente tres meses, pero gastando 3.000 dólares suplementarios el asegurado podría reducir el período de interrupción a dos meses, el asegurador pagará al asegurado los 3.000, teniendo en cuenta que la pérdida mensual por ganancias y gastos fijos no logrados, excederían, o, al menos, sería igual a los 3.000 dólares.

Provisiones especiales. La póliza básica sobre interrupción de actividades comerciales limita los pagos hasta el período de tiempo que normalmente exigiría la restauración física de la propiedad para mantenerse en condiciones operativas normales, es decir, las que existían antes del siniestro. Se otorgan al asegurado 30 días adicionales para manipular materias primas hasta lograr la misma etapa en el proceso de fabricación que existía en el momento del siniestro, plazo que no existe respecto a mercancías ya terminadas. Si una autoridad civil prohibe el acceso al local del siniestro, debido a otros daños causados en la zona del mismo, la póliza concede hasta dos semanas de indemnización por los perjuicios que tengan su origen en ello. Sin embargo, no se pagará ninguna indemnización por el retraso en la reconstrucción del local que se deba a ordenanzas de la construcción, huelga, etc. Un fallo del sistema eléctrico se excluye como causa de pérdida a menos que origine un incendio, en cuyo caso el seguro responde de los daños consecuencia del fuego. Si un nuevo y más amplio local reemplaza al destruido, la indemnización se ajusta al plazo de tiempo necesario para reconstruir un local del mismo tamaño que el dañado.

No obstante, existen cláusulas para modificar las condiciones básicas expuestas. Así, mediante la cláusula de «período

de indemnización ampliado», el período de pérdida comprende el tiempo necesario para restaurar las operaciones comerciales a su estado normal y no sólo el tiempo necesario para reponer el daño físico. Por ejemplo, en una fábrica pequeña ocurre un incendio que paraliza todas las actividades físicas por tres meses. Al reanudar las operaciones resulta que los principales clientes han encontrado otros abastecedores y entonces pueden necesitarse varios meses hasta crear una nueva clientela y lograr el mismo nivel de ventas que antes del siniestro. El período ampliado de esta cláusula se otorga en unidades de 30 días, por lo que el fabricante a que hacemos referencia podría obtener tres «unidades» de cobertura o cuantas le fuesen necesarias. Si el fabricante es capaz de restablecer sus operaciones normales en menos de 90 días, sólo recobrará por el período exacto de pérdidas (menos de 90 días), ya que el contrato se basa en una indemnización; es decir, en la pérdida real sufrida.

Pólizas disponibles. La póliza de uso común en el seguro contra interrupción de actividades se conoce como «póliza de ganancias brutas» que requiere el empleo de coaseguro. Para ciertos tipos de riesgos comerciales y otros riesgos no relacionados con procesos de fabricación, se utiliza otra póliza, conocida como «póliza de ganancias», sin cláusula de coaseguro.

Póliza de ganancias brutas. Presenta dos variedades: una para riesgos mercantiles y riesgos no relacionados con procesos de fabricación y otra para riesgos industriales. En la primera, las ganancias brutas están definidas como el importe de las ventas totales y otras ganancias, menos el costo de las mercancías vendidas, materiales y suministros o servicios de terceros, cuyo coste puede ser variable en caso de interrupción. Esta definición corresponde generalmente a una concepción básica de beneficios brutos de vendedores minoristas o mayoristas. Para el fabricante, las ganancias brutas quedan definidas en términos del valor de venta de la producción, más las ventas de mercancías terminadas y otras ganancias, menos el costo de materias primas, suministros, venta de mercancías y servicios adquiridos de terceras personas para la reventa. La póliza establece una cobertura mínima del 50 por 100 de las ganancias brutas para evitar la penalización del coaseguro. Si el asegurado desea cubrir los gastos de personal, se requiere un 80 por 100 de coaseguro.

Póliza de ganancias. Fue establecida especialmente para pequeñas empresas. Esta modalidad supera las desventajas de

las penalizaciones del coaseguro, lo que puede ser decisivo en ciertos casos debido a las fluctuaciones en las ganancias que caracteriza frecuentemente a las pequeñas empresas. La tasa de prima es mayor en este caso que en el de las «ganancias brutas» y los reembolsos están limitados al 25 por 100 de la cantidad total asegurada en cualquier mes. Las ganancias están definidas como la suma de los beneficios netos, impuestos, rentas, salarios y otros gastos operativos devengados por el negocio. Para garantizarse la recuperación total de cualquier pérdida, el asegurado debe mantener límites suficientes cuyo 25 por 100 cubra las ganancias totales de cualquier mes. Supongamos, por ejemplo, que un establecimiento al por menor obtiene un cuarto de sus ganancias anuales, según fueron definidas, durante el mes de diciembre. Para recobrar todo, en el caso de paralización en el mes de diciembre, dicho establecimiento debe tener en la póliza unos límites iguales a cuatro veces las ganancias del citado mes de diciembre.

Una cobertura similar a ésta es también utilizable para los que emplean la cláusula SMP («Special Multiple Peril), estudiada en el Capítulo 10, conocida como cláusula de «pérdida de ganancias». El asegurado puede elegir entre 1/3, 1/4 ó 1/6 de la cantidad total cubierta, en vez de sólo 1/4, como antes se indicó para pequeñas empresas. Esto significa que el asegurado puede recibir una indemnización mensual de por lo menos tres veces, y hasta un máximo de seis veces. Debido a que la póliza SMP otorga una amplia cobertura, la pérdida de interrupción cubre riesgos tales como saqueo durante un motín o conmoción civil o explosión de calderas de vapor, además de los riesgos normales de incendio, tormentas, etc.

Tarifas del seguro de interrupción de negocios. Se basan generalmente en la tasa de incendios con cláusula de coaseguro del 80 por 100 aplicable al edificio asegurado. Una tasa típica sería el 90 por 100 de la tarifa aplicable al local, si la póliza de interrupción de negocios tiene una cláusula de coaseguro del 50 por 100, o bien, el 70 por 100 de la tarifa del local, si la póliza de interrupción de negocios tiene una cláusula del 80 por 100 de coaseguro.

Críticas. El seguro contra interrupción de actividades comerciales ha sido criticado, entre otros aspectos, por su complejidad, incertidumbre en la evaluación de los perjuicios, y por la forma en que opera la cláusula de coaseguro. El asegurado frecuentemente no puede entender, por ejemplo, por qué debe

contratar un mínimo del 50 por 100 de sus ganancias brutas anuales, aun cuando sea extremadamente difícil que alguna vez tengan que permanecer paralizadas sus actividades durante el 50 por 100 del año. El efecto de este requisito es forzar al asegurado a pagar más seguro del que necesitaría en la mayoría de las circunstancias. Por otro lado, en las pólizas que contienen cláusula de coaseguro, el asegurado se encuentra generalmente en un dilema para calcular las ganancias futuras que podrá lograr. Supongamos, por ejemplo, que el asegurado ha adquirido una cobertura de 100.000 dólares y sus ventas marchan a un ritmo de un 50 por 100 mayor que en el año anterior: por una parte, tiene necesidad de una mayor indemnización en caso de cierre; por otra, si el capital de la póliza es demasiado bajo, puede convertirse en coasegurador y, a través de esta cláusula, la indemnización adicional es nula. A pesar de que él podría soportar los efectos negativos del coaseguro, en muchos casos no habrá tenido un informe adecuado de su agente al respecto, en cuyo supuesto tiene la difícil misión de decidir la forma de estimar las futuras ventas y ganancias; si las estima altas, puede llegar a convertirse en un coasegurador; si las estima bajas, reduce toda posibilidad de una recuperación total.

Seguro contra interrupción casual de negocios

A veces ocurre que una empresa se ve obligada a cerrar, no porque sufra un siniestro en su propio negocio, sino porque un riesgo determine el cierre de la planta perteneciente a un abastecedor importante suyo, o a un cliente importante, de quienes la empresa depende en alto grado. Así, un fabricante de acondicionadores de aire puede encontrar su fábrica paralizada debido a que su abastecedor de compresores sufrió un incendio. Sus pérdidas consecuenciales son tan graves, quizá, como si el siniestro hubiera ocurrido en su propia planta, ya que pueden transcurrir varios meses hasta encontrar otro proveedor. Del mismo modo, puede encontrarse con que su principal cliente ha cancelado los pedidos, debido a un incendio u otro siniestro en su planta. Para tales situaciones fue creado el «seguro contra interrupción casual de los negocios». La póliza normal de interrupción de actividades comerciales no cubre las pérdidas antes descritas, ya que el riesgo asegurado no causó ningún daño en el local de la empresa, El valor asegurable en el seguro que ahora nos ocupa se calcula de la misma forma que en los seguros contra la interrupción de actividades comerciales. Por

supuesto, la póliza establece la cobertura de pérdidas sólo cuando la reducción de las operaciones comerciales se deba a un riesgo asegurado y no por otra causa. Por ello, si un cliente del asegurado decide comprar de otro proveedor, tal evento no está cubierto. La indemnización sólo se paga cuando existe una relación directa entre el daño en una propiedad debido a un riesgo asegurado y la consecuente reducción de actividades en la planta.

Seguro contra gastos extraordinarios

Ciertos tipos de empresas no consideran posible o conveniente el cierre después de la destrucción física de sus plantas. Tales empresas como lavanderías, periódicos, servicios públicos, bancos, negociantes de aceites y compañías de hielo continuarán generalmente sus negocios, empleando medios alternativos. El cese de actividad de tales empresas privaría al público de servicios vitales y acarrearía una pérdida completa de clientela o la ruina del negocio. Si la empresa no cierra y continúa haciendo uso de otro local y de otros medios, la póliza de interrupción de actividades comerciales no responderá. Sin embargo, la empresa pudo haber tenido gastos elevados debido a hechos tales como el alquiler de un nuevo local, adquisición de medios de transporte especiales, alquiler de maquinaria a un costo elevado y pago de horas suplementarias de trabajo a sus empleados. Para la cobertura de tales gastos, cuando las operaciones de la empresa no han llegado a quedar interrumpidas, se ha creado la póliza de gastos extraordinarios. Algunas formas de este seguro limitan las concesiones de tal modo que no se paga más que el 40 por 100 de la cantidad de la póliza en cualquier mes, y que la cantidad total debe ser distribuida entre tres meses como mínimo.

El seguro contra gastos extraordinarios puede establecerse conjuntamente con la cobertura contra la interrupción de actividades comerciales, pero no debe confundirse con la cobertura de gastos para la reducción de pérdidas, asociada a la póliza de interrupción de actividades comerciales.

La cobertura contra gastos extraordinarios se dirige principalmente a indemnizar los gastos de tal naturaleza producidos por la destrucción de bienes físicos, mientras que la cobertura de gastos reembolsa al asegurado los devengados a causa de acelerar la reconstrucción del daño a fin de reducir el período de paralización de las actividades comerciales.

Seguro de intereses sobre alquileres

Un arrendamiento puede ser definido como un interés en una propiedad real que nace de un contrato que otorga al arrendatario el derecho de usar y disfrutar la propiedad por un determinado período de tiempo. El contrato de arrendamiento puede transformarse en algo muy valioso para el arrendatario, debido a que los cambios en la situación del negocio, las mejoras en la propiedad y una buena administración pueden incrementar considerablemente el valor de la renta de los bienes inmuebles en relación a lo que realmente paga el arrendatario. Por ejemplo, un establecimiento negocia un contrato de arrendamiento de cierto local a veinte años, acordándose que la renta anual será de 12.000 dólares. Debido al crecimiento del comercio y al desarrollo del núcleo social en que está enclavado, al cabo de cinco años un local similar al anterior costaría unos 15.000 dólares anuales.

Ante una situación como la descrita, ¿qué tipo de problemas de seguro se plantearán? Si el arrendamiento se anula debido a un incendio u otros daños físicos sufridos por el local, el establecimiento citado estará forzado a firmar otro contrato de alquiler, pagando una renta de 3.000 dólares suplementarios, por encima de lo que pagaba antes del siniestro. En el ejemplo anterior, una póliza de este tipo otorgaría una indemnización por la pérdida de 3.000 dólares al año, durante el resto del período de validez del contrato, que suponemos de quince años. Considerando el factor interés, la póliza define la pérdida como el equivalente a una suma de 3.000 dólares, con un interés del 4 por 100 anual. La póliza establece una tabla que permite al asegurado ver cuál será su indemnización por cada dólar de valor del interés del contrato de arrendamiento. Cuando la póliza se suscribe se estima el valor del contrato de arrendamiento en aquel momento, y a esta cantidad se la define como el valor nominal de la póliza. A medida que transcurre el tiempo, la cantidad a la que el asegurador se responsabiliza decrece, ya que el período de vigencia del contrato se acorta cada año. La prima se calcula sobre el valor promedio del contrato de arrendamiento durante su período de vigencia.

El valor del contrato de arrendamiento probablemente cambie constantemente, de la misma forma que varían en el mercado los valores de las mercancías. A pesar de no existir un mercado de contratos de arrendamiento o de bienes inmuebles, en

el que aparezcan los valores de tales fluctuaciones, no hay duda de que existen y deberían estimarse periódicamente para que el seguro sobre el interés en el contrato de arrendamiento se mantuviese al día. Tal estimación debería ser efectuada por un perito cualificado, y por lo menos una vez al año, al renovarse la póliza.

Existen pólizas para otros tipos de intereses en inmuebles que resultan de la pérdida de un contrato de arrendamiento. Por ejemplo, un arrendatario asegurado puede gastar 10.000 dólares en mejorar la fachada del inmueble. Ocurre un incendio dentro del edificio, y en consecuencia el contrato de arrendamiento deja de estar en vigor. El arrendatario perdió 10.000 dólares, ya que las mejoras que él introdujo las recibe su propietario, al cesar el contrato. La pérdida no resulta del daño directo, sino del incendio que, entre otras cosas, causó la anulación del contrato de arrendamiento. La póliza de incendios clásica no cubre estas pérdidas indirectas; sin embargo, son asegurables en una póliza como la que estamos examinando, que protege al arrendatario por las mejoras y los adelantos de renta por él realizados.

La mayoría de los contratos de arrendamiento estipulan que la opción de rescisión, en caso de destrucción de la propiedad, radica en el propietario. Si éste no cancela el contrato, el arrendatario no resulta perjudicado y, por consiguiente, no se paga indemnización por la póliza; la póliza también establece que si es el arrendatario quien cancela el contrato, tampoco recibirá pago alguno. Normalmente, si el valor de la renta ha aumentado entre el momento de la firma del contrato y el incendio, es muy probable que el propietario cancele el contrato; si así lo hace, puede seguir alquilando la propiedad al mismo arrendatario, pero a un precio mayor, en cuyo caso la póliza pagará la diferencia entre la renta antigua y la nueva. Si el propietario no cancela el contrato, el arrendatario perderá el uso de la propiedad hasta que ésta sea habitable de nuevo, en cuyo caso la póliza indemnizará la pérdida de uso de la propiedad hasta que ésta sea restaurada.

Seguro de valor excesivo de la renta

Supongamos que el valor de la renta haya disminuido desde que se firmó el contrato de arrendamiento; en tal caso es el propietario quien resulta perjudicado si se cancela el contrato, a causa de un incendio o cualquier otro riesgo. En tales supuestos, el propietario puede estar cubierto de dicha pérdida mediante una póliza denominada «de valor excesivo de la renta». La cobertura dada por este seguro es análoga a la otorgada al arrendatario en el caso de la póliza antes descrita.

CONTRATOS QUE NO CONSIDERAN EL FACTOR TIEMPO

Estos contratos se emplean para cubrir las pérdidas que resultan de un siniestro, pero que no pueden ser evaluadas ni por el daño directo causado por el incendio ni por el tiempo que transcurra.

Seguro de ganancias

El seguro sobre ganancias se diferencia del seguro contra interrupción de actividades comerciales en que mientras este último cubre los beneficios que pudieron haber sido percibidos en el futuro, en el caso de que el daño no hubiera ocurrido, el seguro sobre ganancias cubre la pérdida de beneficios en mercancías ya fabricadas, pero inutilizadas antes de que pudieran venderse. Supongamos que una fábrica de refrigeradores se destruye por un incendio; en el local destruido había refrigeradores terminados cuyo precio de venta era de 10.000 dólares. Esta cifra supone un beneficio de 2.000. La póliza clásica contra incendios indemniza al asegurado sólo por el costo de restauración del material perdido, es decir, 8.000 dólares. La póliza de interrupción de actividades comerciales no cubriría la pérdida de los 2.000 dólares de beneficio supuesto, ya que esta póliza se refiere sólo a los refrigeradores que hubieran sido producidos durante el período de cierre de la planta, y no los ya fabricados. Para poder percibir una indemnización por la pérdida de los 2.000 dólares, el fabricante debe suscribir el seguro de ganancias a que estamos refiriéndonos.

Seguro de cuentas por cobrar

Este seguro tiene como objeto indemnizar al asegurado por la pérdida que supone la imposibilidad de recaudar de sus deudores las cuentas pendientes, debido a que el siniestro destruyó los registros correspondientes. Si un siniestro, como por ejem-

plo un incendio, imposibilita la prueba de la existencia de un crédito a percibir por la empresa, ya que no se poseen las facturas de la transacción, algunos deudores pueden rehusar al pago de sus obligaciones. La mayoría de los deudores son honrados y pagarán, pero en el caso de un deudor poco escrupuloso puede concebirse la existencia de una pérdida indirecta consecuencia del siniestro. Este seguro se establece en una cobertura contra todo riesgo, siendo únicas excepciones el caso de guerra y la infidelidad de los principales socios y empleados del asegurado. El asegurado debe pagar una prima de depósito e informar cada mes sobre el valor de los créditos a percibir por la empresa. Una comprobación de cuentas al final del año determina la prima real. Existen también pólizas que no exigen el control de cuentas. La cobertura sólo rige mientras las facturas de los créditos a cobrar por la empresa se encuentran en sus locales, si bien mediante una prima adicional pueden ser cubiertas las facturas en cualquier otro lugar en que permanezcan temporalmente. Puede ocurrir que cuando las oficinas de la empresa se encuentran cerradas se exija conservar los registros de los créditos en una caja fuerte.

La indemnización a percibir por la empresa corresponde a: (1) los créditos incobrables a causa de la pérdida de los comprobantes correspondientes, menos un descuento por créditos normales fallidos (menos todos los créditos que puedan recuperarse o probarse por otros medios; (2) los intereses sobre los préstamos que fueron necesarios tomar por la empresa debido a la pérdida, y (3) los gastos suplementarios necesarios para cobrar los créditos o el costo razonable para reestablecer las pruebas de la existencia de los créditos a cobrar. Para establecer el valor de la pérdida a causa del siniestro, en ausencia de comprobantes de los créditos a percibir, se recurre a la inducción de los datos a partir de la información disponible en las cuentas de la empresa de los años anteriores, llevando a cabo los ajustes correspondientes por fluctuaciones de temporada o cíclicas. La tarifa de esta cobertura, como ocurre en la mayoría de los contratos sobre pérdidas indirectas, se basa en la tarifa del seguro contra incendios.

Seguro contra daños causados por la temperatura

En muchos tipos de establecimientos mercantiles, tales como panaderías, plantas de almacenamiento refrigeradas, lecherías e invernaderos, la conservación de una cierta temperatura es vi-

tal para evitar daños. Un incendio puede afectar el suministro de energía y, antes de que pueda ser reparado, la elevación o la caída de la temperatura puede haber causado una gran pérdida, aunque ésta no sea consecuencia directa del incendio. Tales daños no están generalmente cubiertos en la póliza normal de incendios, por lo que su seguro debe establecerse de modo complementario. En la mayoría de los casos, los seguros contra tales pérdidas indirectas a causa de incendio se llevan a cabo a través de un suplemento conocido como «cláusula por la asunción de pérdidas indirectas». Una cláusula típica es la siguiente:

> «Considerando la prima a la cual está sujeta y las estipulaciones que contiene, esta póliza cubre también las pérdidas indirectas causadas por un cambio de temperatura o de humedad que resulten del daño causado por riesgos asegurados sobre el equipo empleado para refrigerar, enfriar, humidificar, deshumidificar, acondicionar aire, generar o transformar energía (incluyendo sus conexiones y suministradores o líneas de transmisión y tuberías) sólo cuando se encuentran en el local descrito.»
>
> «Si esta cláusula se une a una póliza que contiene un suplemento de Cobertura Ampliada, en virtud de ello, esta Compañía no será responsable por las pérdidas excluidas específicamente en tal suplemento respecto a motines, vandalismo y daños malintencionados.»

Debe tenerse en cuenta que ha de haber un daño real, consecuencia de un riesgo asegurado, en el equipo de enfriamiento o en la planta de energía para que la indemnización se haga efectiva. Si el suministro de energía es interrumpido accidentalmente, no hay cobertura. Tampoco están cubiertos los aparatos situados fuera de los locales principales, aunque en algunos supuestos no existe esta última limitación. En general, los aseguradores no exigen una prima adicional por este suplemento de pérdidas indirectas, salvo cuando su garantía se extiende a equipos situados fuera de los locales asegurados.

En el segundo párrafo de la cláusula transcrita se hace referencia al suplemento de Cobertura Ampliada. Esta limitación excluye toda cobertura por daños indirectos, aunque puede ser eliminada mediante una prima adicional. Por consiguiente, en el caso de daños causados en la planta de energía por un alboroto (motín), el daño consiguiente en las mercancías almacenadas a causa de un cambio en la temperatura podrá ser indemnizado. Sin embargo, como señalamos anteriormente, debe existir un daño físico en los aparatos; una interrupción malintencionada de la energía no está cubierta.

Seguro de lluvia

La lluvia rara vez causa daños directos sobre edificios. En cambio, la acumulación de agua debida a prolongadas precipitaciones sí puede causarlos por desbordamientos o inundaciones. Los aseguradores privados generalmente no ofrecen un seguro contra tales riesgos. La lluvia puede constituir la causa de una pérdida indirecta considerable, ya que, por ejemplo, puede reducir enormemente los beneficios esperados por los promotores de un evento al aire libre. El seguro contra lluvias se establece para cubrir la pérdida de beneficios, gastos fijos y extraordinarios debido a la lluvia, granizo, nieve o aguanieve de todo aquel que tenga un interés económico en un evento cuyo éxito dependa del buen tiempo.

Las condiciones del seguro de lluvia, revisadas ampliamente en 1970, se establecen según dos tipos: la forma básica y la opcional. La primera se establece sobre una base de indemnización, limitada a las pérdidas realmente ocurridas; la segunda se establece sobre una base de valor. Ambas formas de seguro requieren la precipitación de una cantidad mínima de lluvia, por ejemplo 1/10 de pulgada, para que las pérdidas sean indemnizables. El asegurador puede optar por restringir la cobertura según la base de valor a no más del 100 por 100 de los gastos netos o el 60 por 100 de los ingresos brutos del último día similar no afectado por la lluvia.

El seguro de lluvia debe estar en vigencia por lo menos siete días antes del evento y una vez emitido no puede ser cancelado. Esta provisión protege al asegurado de una anulación de su seguro ante una amenaza de lluvias, y protege también al asegurador contra peticiones de reembolso de prima por parte del asegurado, que cree que no habrá lluvias y quiere cancelar el seguro, justo antes del evento.

Las tarifas del seguro de lluvia dependen de varios factores. Cuanto mayor sea el período de tiempo durante el cual las lluvias pueden registrarse cumpliendo la cantidad mínima de lluvia establecida en la póliza, tanto mayor será la tarifa. Claro está que las tarifas son más elevadas en lugares donde ocurren fuertes precipitaciones o donde son frecuentes lluvias repentinas. Finalmente, cuanto más altas sean las precipitaciones de lluvia establecidas como mínimas, menor será la tarifa.

La conveniencia de adquirir un seguro de lluvia depende del cálculo del promotor respecto a los efectos de ésta sobre las

ganancias esperadas. En algunas regiones la lluvia es tan común que no influye radicalmente en la concurrencia, mientras que en otras una pequeña llovizna puede afectar enormemente. Entre los posibles usuarios del seguro de lluvia se encuentran los promotores de subastas, eventos deportivos, excursiones marítimas, carnavales, ferias, exposiciones, convenciones y bailes.

RESUMEN

1. Los principales contratos de seguros que cubren pérdidas consecuenciales o indirectas se clasifican en dos categorías: las coberturas basadas en el factor tiempo y la coberturas que prescinden del mismo como elemento de medida. Las pólizas basadas en el factor de tiempo evalúan la pérdida en términos de períodos de tiempo determinados, mientras que las coberturas que prescinden de ellos, emplean otra base de medida para determinar las pérdidas.
2. Las pérdidas consecuenciales o indirectas son generalmente mayores que las pérdidas materiales causadas directamente por el siniestro. No obstante, tales pérdidas son frecuentemente pasadas por alto en los programas de seguros completos.
3. El más importante contrato basado en el factor tiempo se denomina «seguro contra la interrupción de actividades comerciales» y se utiliza para indemnizar al asegurado por la pérdida de ganancias y los gastos fijos ocasionados por la paralización de los negocios debida al riesgo asegurado.
4. Otros contratos de seguro basados en el factor tiempo son:
   (a) Seguro contra la interrupción casual de negocios, que indemniza por las pérdidas originadas por la interrupción de actividades de un abastecedor principal o de un cliente muy importante.
   (b) Seguro contra gastos extraordinarios, que indemniza por los gastos suplementarios cuando ocurre un determinado riesgo que, aunque no causa una paralización de actividades, requiere un costo de operaciones superior al normal.
   (c) Seguro sobre el coste adicional de la vivienda, que indemniza los gastos suplementarios deriva-

dos de un riesgo determinado, que deja a la vivienda no apta para habitarse.

(d) Seguro del valor de la renta, que indemniza la pérdida de rentas cuando el siniestro no permite habitar una vivienda.

(e) Seguro de intereses sobre alquileres, que indemniza el arrendatario por la pérdida de un arriendo cancelado antes de su fecha de vencimiento original, debido al hecho de un siniestro preestablecido.

(f) Seguro de valor excesivo de la renta, que indemniza al propietario que pierde una renta favorable, a causa de un siniestro preestablecido.

5. Ejemplos de contratos de seguro que no se basan en el factor tiempo son:

(a) Seguro de ganancias, que indemniza al asegurado por la pérdida de ganancias esperadas de la venta de mercancías terminadas.

(b) Seguro de créditos a percibir por el asegurado, que indemniza a éste cuando, debido a un siniestro preestablecido (definido en la póliza), se destruyen los comprobantes correspondientes.

(c) Seguro contra daños causados por la temperatura, que indemniza por los perjuicios debidos a cambios de temperatura causados por la ocurrencia de cierto riesgo.

(d) Seguro de lluvias, que indemniza la pérdida de ganancias y gastos originados por la lluvia u otros tipos de precipitaciones, que causan una disminución de la concurrencia en un evento público.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. La compañía de seguros X rehusó el pago de la indemnización de la renta (alquiler) de un asegurado durante el tiempo en que el inmueble quedó inhabitable, debido a que el Ayuntamiento se negó a otorgar un permiso mientras se estaba considerando un cambio en las ordenanzas urbanísticas de la zona.

(a) ¿Es ésta una limitación normal en los seguros de rentas?

(b) ¿Por qué sería impuesta una restricción como esa?

2. El propietario de un circo suscribió una póliza de seguro de lluvia cuya vigencia comprendía desde dos horas antes del comienzo de la función, hasta el término de la misma. Durante la madrugada del día de la función llovió intensamente y el tiempo continuó amenazante, pero la lluvia se detuvo por completo hacia el mediodía. El terreno del circo se encontraba empapado y hacía mucho frío, pero después del mediodía no hubo más lluvias. A pesar de no haber llovido durante las dos horas previas a la función, ni durante el transcurso de la misma, la concurrencia al circo fue poco numerosa. Analice la obligación del asegurador de indemnizar al propietario del circo.

3. «En cierto sentido, el seguro de vida podría ser considerado como un contrato de pérdidas consecuenciales». Explíquelo.

4. La empresa X adquiere una póliza de seguros contra interrupción de actividades comerciales, debida a incendio, rayo, motín y conmoción civil. Como resultado de un motín relacionado con un desorden laboral, los empleados no asisten al trabajo durante tres días, por lo que la planta fue cerrada. ¿En qué condiciones podrá la empresa X solicitar de su póliza de seguros la indemnización por la pérdida de ganancias y los gastos fijos?

5. Señale las diferencias entre las coberturas basadas en el factor tiempo y aquellas en que dicho factor no se tiene en cuenta.

6. Si los negocios mejoran considerablemente durante el año, el titular de un seguro contra interrupción de actividades comerciales puede no recibir la indemnización completa de su póliza debida a una pérdida parcial. ¿Por qué ocurre esto? Explíquelo.

7. ¿Cómo debería una empresa determinar el valor a asegurar en una póliza contra interrupción de actividades comerciales?

8. *Z* negocia la concesión de un edificio situado en un balneario, por sólo cuatro meses al año. Su agente de seguros le aconseja una póliza de interrupción de negocios que cubra las ganancias y los gastos fijos de todo el año. *Z* se opone diciendo que si la inte-

rrupción es de 4 meses, la póliza sólo cubre ese período. ¿Quién lleva razón? Justifíquelo.

9. Un almacén de maderas para la construcción es cerrado a consecuencia de la destrucción de su sierra principal. La pérdida diaria por gastos fijos y ganancias es de 1.000 dólares. Se determina que los repuestos de la sierra podrían ser enviados por avión con un costo suplementario de 500 dólares al del transporte ferroviario, en cuyo caso la sierra podría estar en condiciones de trabajar tres días antes.
   (a) Según la póliza normal de interrupción de actividades, ¿reembolsará el seguro este gasto suplementario? ¿Por qué?
   (b) En este caso, ¿cuál es el límite de indemnización a pagar? Explíquelo.
10. Una pequeña fábrica es destruida por un incendio y se tardará cuatro meses en reconstruirla. Sin embargo el propietario desea construir una planta mayor, por lo que se supone que la nueva planta llevará un mes más para construirla. ¿Por cuántos meses de reconstrucción responderá la póliza de interrupción de actividades? Explíquelo.
11. El 1 de enero de 1952 *A* arrendó su propiedad a *B* por un período fijo de 20 años, con una renta de 1.800 dólares anuales. El contrato de arrendamiento contiene una cláusula según la cual éste quedará anulado en el caso de destrucción del 25 %, o más, del valor de la propiedad. El 1 de enero de 1962, *B*, considerando que en el caso de un incendio grave en la propiedad que él alquila, debería pagar 250 dólares mensuales para obtener otro local similar, se dirige a un agente de seguros para informarse acerca de las necesidades de un seguro sobre el riesgo mencionado. *B* informa al agente sobre el riesgo a que está expuesto actualmente y especifica que recientemente ha gastado 400 dólares en mejoras en el local. Basado en estos hechos, ¿qué pólizas de seguros y sobre qué cantidades debería tener en cuenta *B*? Explíquelo.
12. La lechería *X* pide a su agente de seguros una póliza contra interrupción de actividades comerciales, pero el agente, tras un examen, aconseja al propietario de la lechería que ese tipo de seguro no le conviene, y le recomienda otra póliza. ¿Por qué? ¿Qué otra póliza le aconseja?

13. En qué circunstancias una póliza de seguro de renta duplicaría la cobertura garantizada por una póliza de seguro contra interrupción de actividades comerciales?
14. El señor *X* adquiere un seguro de renta sobre viviendas que limita la recuperación a 1/12 del seguro aplicable. El seguro aplicable es un 10 % de la cantidad base de la póliza. El verdadero valor de la renta de su casa es de 180 dólares mensuales. Su póliza se establece sobre la cantidad de 12.000 dólares. Se estima que 20 dólares mensuales representan el costo medio de mantenimiento y reparaciones. ¿Cuánto podrá el señor *X* recuperar de su seguro de renta si la casa es:
   (a) Completamente inhabitable durante dos meses, a causa de incendio?
   (b) La vivienda es habitable pero aproximadamente la mitad de su superficie no estará disponible hasta que sea reparada, lo que llevará tres meses?
15. Conteste la pregunta 14 basándose en que la cantidad de la póliza del señor *X* fuese de 20.000 dólares.
16. El gerente de seguros de la fábrica T considera la posibilidad de que las ventas de su empresa a su cliente principal sean canceladas debido al daño que un incendio causó en la fábrica de éste. El considera muy especialmente las ganancias esperadas de un embarque de mercancías terminadas y preparadas para su venta que encontrarían mercado con cualquier otro comprador.
   (a) ¿Es dicho riesgo asegurable?
   (b) ¿Cubriría el seguro de ganancias tal riesgo?
   (c) ¿Con qué otros métodos se puede tratar este riesgo, sin utilizar el cauce del seguro?
17. ¿Por qué el seguro de ganancias no es vendido, como regla general, a vendedores al por mayor o al por menor? Explíquelo.
18. La empresa ABC vende a crédito a cierto fabricante sus materias primas. Debido a un incendio en la planta del fabricante, cuentas por un valor de 20.000 dólares parecen resultar no cobrables por la compañía ABC. ¿Es esta pérdida indemnizada por el seguro de cuentas por cobrar?

12
Seguro de Transportes

En el capítulo precedente se analizó el seguro sobre bienes inmuebles. Surge ahora la siguiente pregunta: ¿Qué pasa si la mercancía se pierde mientras es trasladada de un lugar a otro? Esta pregunta ha sido formulada por los comerciantes marítimos desde los comienzos de la civilización, pero tras los últimos estudios hechos se ha demostrado que el seguro es la respuesta más satisfactoria.

El seguro contra los riesgos del transporte de mercaderías es una de las más antiguas y vitales formas de seguro. Todo tipo de comercio, para su éxito, depende muchísimo de la eficacia del seguro. Si no fuera posible comerciar con otras personas, no sería factible fabricar bienes de forma masiva. Sin la producción masiva, la vida, tal y como nosotros hoy la conocemos, sería completamente diferente y probablemente no tan confortable y fácil.

En la historia encontramos muchas pruebas de que el seguro jugó un papel preponderante como estímulo al comercio incipiente. En la época romana y aún antes, los contratos conocidos como «bottomry» (préstamo de dinero con garantía hipotecaria sobre el buque) y «respondentia» establecían los términos bajo los cuales se prestaba dinero para financiar el comercio marítimo. Bajo estos contratos, el prestamista garantizaba el préstamo con el propio barco, en el primer caso o con la carga en el segundo. De esta manera, si el barco o la carga se perdían como resultado de los peligros marinos, el préstamo que-

daba cancelado. Si el viaje, en cambio, tenía éxito, el préstamo era devuelto junto a cuantiosos intereses, pues éstos incluían un premio por la posibilidad de pérdida de la seguridad, y este pago extra era esencialmente una prima de seguro.

Hoy en día, igual que en tiempos antiguos, los comerciantes rara vez están en posición de asumir los riesgos ocasionados por el transporte. Procuran transferir esos riesgos a otras personas. Los peligros del transporte son tantos y tan variados que el armador no se halla en situación de hacer juicios subjetivos de su importancia y hacer concesiones en sus precios de venta.

Además, muchas operaciones comerciales se realizan utilizando dinero prestado. Normalmente, el prestamista no desea entregar el dinero, a menos que se hagan arreglos satisfactorios para cubrir los riesgos del transporte.

LOS PELIGROS DEL TRANSPORTE

Los peligros que pueden causar la pérdida de las mercancías transportadas pueden ser apreciados analizando la impotencia humana para controlar adecuada y totalmente las fuerzas de la naturaleza o para prevenir los fallos humanos en tanto afectan la seguridad del transporte de mercaderías. Por ejemplo, a pesar del radar, del sonar, giroscopio, compás y todos los demás recursos modernos, siguen ocurriendo frecuentes tragedias oceánicas. Tormentas marítimas pueden hacer volcar incluso los más grandes navíos; olas provocadas por vientos huracanados arrojan toneladas de agua contra un buque y causan enormes daños a la carga existente en su interior.

Un fallo mecánico puede dejar un barco a merced de una tormenta, haciendo encallar al buque, que rápidamente se parte por la presión de las olas, que lo pulverizan contra las rocas y la arena. La reducida visibilidad, aun hoy, provoca colisiones, y el fuego acecha frecuentemente. La mercancía algunas veces se pierde como resultado de la deshonestidad, negligencia o incompetencia de quienes la manejan o por fallos en el manejo de los buques. También se producen pérdidas de mercadería, pronta a embarcar, por vuelco del vehículo que la transporta, colisión, incendio, hurto, inundación, manejo poco cuidadoso y acusados retrasos que provocan su deterioro. La mayor pérdida marítima que se recuerda fue el desastre del «Torrey Canyon» en 1967. Cerca de 17 millones de dólares fueron pagados como indemnización por la pérdida del buque y la maquinaria. Una suma

adicional aún no establecida, pero seguramente muy importante, deberá pagarse por reclamaciones provenientes del daño producido por el petróleo a la costa inglesa. La pérdida fue atribuida a una desafortunada decisión del capitán de hacer navegar al buque muy cerca de un banco de rocas.

LA RESPONSABILIDAD DEL PORTEADOR

Surge la siguiente pregunta: ¿No es el porteador de la mercadería responsable de su traslado? La respuesta es: Sí, hasta cierto punto. El régimen legal sobre responsabilidad del porteador difiere según el país en que las cláusulas de transporte son establecidas, las normas aplicables, la costumbre, el modo de embarque y otros factores.

Responsabilidad del porteador en el transporte marítimo

En este campo, el porteador o el armador son responsables sólo en caso de no cumplir con su deber de diligencia. Su responsabilidad señalada por «Ley de transporte de mercaderías por mar», establecida en los Estados Unidos en 1936, es la de proporcionar un barco seguro, con tripulación adecuada, equipar el barco y establecer todos los sistemas de seguridad para la mercancía transportada. Además debe tener el debido cuidado en la carga, manejo y almacenaje de la misma. La Ley establece las causas específicas por las cuales el porteador no es responsable. Por ejemplo, no lo es de la pérdida resultante de:

1) Errores en la navegación o manejo del barco.
2) Huelgas o lock-outs.
3) Fuerza mayor.
4) Actos de guerra o de enemigos públicos.
5) Embargo de la mercadería a causa de un proceso legal.
6) Cuarentena.
7) Vicio de la mercadería.
8) Fallo del cargador en el ejercicio del debido cuidado en el manejo y embalaje de la mercadería.
9) Incendio.

10) Peligros del mar.
11) Defectos latentes en el casco del buque o en su maquinaria.
12) Otras pérdidas por las que el transportista no es culpable.

Aun así, el porteador debe probar que no es culpable; se puede apreciar que el cargador tiene pocos derechos para reclamar contra el porteador por pérdida de mercadería atribuible a fuerzas ajenas a su control, como tormenta u otros peligros marítimos.

Responsabilidad del porteador en el transporte terrestre

La responsabilidad legal del transportador terrestre es considerablemente mayor que la del transportador marítimo, pero aun así no es absoluta.

Además de ser responsable por no cumplir con su deber de diligencia, el transportador terrestre es responsable por «toda pérdida» de mercadería, excepción hecha de las siguientes causas:

1) Fuerza mayor.
2) Actos de enemigos públicos o autoridades públicas.
3) Actos negligentes del cargador.
4) Vicio inherente de la cosa transportada.

Fuerza mayor. Se ha interpretado esta acepción como comprensiva de peligros como terremotos, tormentas, inundaciones, que no podían haber sido razonablemente previstos. El incendio no es un caso de fuerza mayor, y en este supuesto el porteador es responsable por los daños causados por el mismo a la mercancía bajo su custodia. Las pérdidas causadas por la rotura de un riel debida a un frío intenso [1] y la causada cuando un tren es sorprendido por una tormenta de nieve [2], quedan abarcadas por los peligros comprendidos en la fórmula «fuerza mayor» y el porteador no es responsable.

Actos de enemigos públicos o autoridades públicas. El término «enemigos públicos» ha sido interpretado como la acción de fuerzas humanas en guerra contra un gobierno, y no actos de «gangsters», malhechores o alborotadores. Por lo tanto, el porteador es responsable por pérdidas de mercaderías provenientes de acciones de criminales organizados o de la acción de un vulgar ladrón. De cualquier modo, el porteador no es responsable por pérdidas cuando las mercaderías le son quitadas en proceso legal contra el propietario de las mismas por confiscación o contrabando.

[1] *McPaddin* v. *New York Central Railway Co.*, 44 N. Y. 478 (1871).
[2] *Ward* v. *Chicago, St. Paul, M. and O. Railway Co.*, 137 N. W. 995 (Neb. 1912).

Actos negligentes del cargador. En esta acepción se incluyen pérdidas ocasionadas por razones de peso indebido, mal embalaje o cuando se oculta la verdadera naturaleza de las mercancías. Así, si el embalaje contiene cristalería, pero no está claramente marcada la palabra frágil, el porteador no será responsable por pérdida ocasionada por roturas. Las ocasionadas por un mal embalaje que era visible por el porteador en el momento en que aceptó la mercadería, le serán imputables. Pero si se puede probar que la pérdida fue causada por un mal embalaje que no era visible para el agente del transportador cuando las mercaderías fueron aceptadas para su transporte, el transportador estará exento de culpa.

Vicio inherente de la mercadería. Pérdidas ocasionadas por la propia naturaleza de la mercadería pueden estar representadas por su deterioro, calentamiento, herrumbre o fermentación. En una ocasión, un cargador envió un camión con árboles de Navidad de Vermont a Florida. Cuando los árboles llegaron se encontró que habían sufrido gran daño producido por su podredumbre. La investigación reveló que los árboles habían sido embarcados excesivamente húmedos y fueron encerrados en un vehículo de acero, herméticamente cerrado. Como el transporte fue hacia el Sur, la temperatura subió y el calor arruinó el embarque. El transportador no fue responsable, pues la pérdida era debida a la propia naturaleza de la mercancía [3].

Necesidad del seguro de transportes

El planteamiento precedente revela que muchos tipos de pérdidas durante el transporte caen fuera de la responsabilidad del porteador. Sin embargo, con frecuencia se ve obligado a enfren-

[3] *Austin* v. *Seabord Air Line Reailway Co.*, 118 Feb. 2d 239 (1951).

tarse con pérdidas de las cuales es legalmente responsable. En el transporte terrestre es común que el cargador envíe la mercadería con lo que se conoce como «conocimiento de embarque», cuyo efecto es el de limitar la responsabilidad cuantitativa del transportador por cualquier pérdida de la mercadería. En compensación, el cargador obtiene una tarifa más baja por el flete. En efecto, la diferencia en la tarifa del flete tiende a compensar al cargador por el riesgo agregado de pérdida que debe asumir. Por ello, el cargador puede recurrir a un seguro a efectos de lograr un prudente nivel de seguridad.

Es posible, por supuesto, transferir el riesgo de las pérdidas en el transporte al consignatario de la mercancía. De este modo el cargador no debe preocuparse por el seguro. Por ejemplo, puede embarcar en términos F. O. B., lo que significa que el precio de venta no incluye el costo de flete o seguro y que la titularidad de las mercancías es transferida al comprador cuando son depositadas para embarque en el andén o en el muelle. No obstante, supongamos que el comprador no paga y la mercancía es devuelta. El vendedor está expuesto ahora al peligro de pérdida mientras la mercadería viene de regreso.

SEGURO DE TRANSPORTE MARITIMO

Debido a que otros métodos para obtener protección contra los peligros del transporte no han resultado satisfactorios, el seguro se ha desarrollado y ha obtenido un alto grado de perfeccionamiento en el comercio moderno.

El tipo más antiguo de seguro que se conoce se desarrolló en el campo náutico, en forma de contratos que llevan el nombre de «bottomry» y «respondentia», mencionados anteriormente. Este desarrollo fue natural, pues el comercio se efectuaba por mar; como el comercio mundial creció y los valores sometidos a riesgo pasaron a ser más grandes, la necesidad de su cobertura se hizo más real. Grandes barcos e instrumentos de navegación más refinados hicieron posible viajes más largos, y con este desarrollo la protección del seguro fue buscada casi como una necesidad. Inglaterra fue el país donde más se desarrolló el seguro, tal vez porque fue de las primeras en estructurar cabalmente un complejo sistema de derecho marítimo, auxiliar muy necesario para un eficaz sistema de seguros.

Tipos de seguro más importantes

Los cuatro intereses más importantes para ser asegurados en un viaje marítimo son:

1. El buque o el casco.
2. La carga.
3. Los ingresos por embarque o fletes recibidos por los propietarios.
4. Responsabilidad legal en caso de negligencia probada.

Si un peligro del mar causa el hundimiento del barco es posible que puedan resultar una o más de estas pérdidas. De cualquier manera, y como se explicó antes, cada una de estas pérdidas potenciales puede ser cubierta por su correspondiente póliza de seguro.

Seguro sobre el casco (buque). Las pólizas que aseguran el buque son redactadas de muy diversas formas. La póliza puede cubrir al barco tan sólo durante cierto tiempo, generalmente no más de un año. La póliza sólo tiene vigencia en determinados límites geográficos. Si el barco es fondeado por un cierto tiempo, el contrato puede ser redactado estipulando una prima reducida bajo la condición de que el barco permanezca en el puerto. El contrato también puede cubrir los riesgos del astillero mientras la nave está en construcción.

Seguro sobre la carga. Los contratos de seguro de la carga contra diversos tipos de pérdida pueden ser redactados para un viaje determinado, como en el caso del seguro del buque, o sin límite. Este último es probablemente el tipo de contrato más común; en él no hay día de terminación, pero cada una de las partes puede cancelarlo, previa comunicación a la otra, con una anticipación de treinta días. Todos los embarques de ida o vuelta están automáticamente cubiertos. El cargador comunica al asegurador en intervalos periódicos, los valores embarcados o recibidos en el período anterior. El cargador declara las clases de mercaderías que transporta y los puertos a los cuales se traslada. Hay generalmente un límite a los valores que pueden ser asegurados en un buque y para las mercaderías cargadas en cubierta.

La carga marítima es frecuentemente embarcada bajo lo que se conoce como certificado de embarque («cargo certificate»),

documento que autoriza a su tenedor a exigir las pérdidas que deberían pagarse por la póliza que cubre las mercaderías. El certificado puede ser negociado de una persona a otra, autorizando a cada propietario sucesivo de las mercaderías a exigir el pago del seguro en caso de pérdida. De este modo, las mercaderías pueden ser vendidas y revendidas durante su transporte. Cada vendedor transfiere el certificado del seguro al comprador, quien tiene la certeza de estar protegido en caso de que las mercaderías sean dañadas durante su titularidad.

De este modo el comercio marítimo internacional se halla enormemente agilizado, pues es innecesario para cada transferencia de mercaderías convenir un nuevo seguro; todo el que tiene un interés financiero está protegido automáticamente.

Seguro de flete. El dinero pagado por el transporte de la mercancía, conocido como flete, es un interés asegurable, pues en el caso de que el precio del flete no fuese hecho efectivo se perdería la ganancia con la que compensar los gastos realizados en la preparación del viaje. Según las leyes de Estados Unidos, el cobro del flete por el propietario del buque depende de la entrega de la carga, excepto acuerdo en contrario entre las partes. Si un buque se hunde, el flete se pierde y el propietario del buque pierde los gastos realizados más el lucro cesante. El derecho del porteador a cobrar el flete puede verse frustrado por el hecho de ocurrir peligros que normalmente están asegurados en una póliza de seguro marítimo. El casco puede ser dañado de modo que sea antieconómico completar el viaje o la carga ser destruida, en cuyo caso, por supuesto, no puede ser entregada.

El propietario de la carga tiene un interés en el flete, derivado de su obligación de pagar los gastos del transporte. Hay dos típicos procedimientos para hacerse cargo del embarque. Primero, el flete puede ser garantizado al porteador, pagadero en cualquier circunstancia; este tipo de flete es una parte del costo establecido en la factura y es asegurado por el dueño de la carga como una parte del valor de la mercancía. Segundo, el flete puede ser eventual, pagadero sólo si la mercancía es entregada. El porteador asegura este tipo de flete. De cualquier modo, el propietario de la carga normalmente es quien paga los fletes de las mercaderías que llegan dañadas; por lo tanto, él puede también asegurar el flete eventual, lo que da origen a un doble interés asegurable. El seguro de flete forma parte normalmente del seguro sobre el buque o sobre la carga, y no suele aparecer como un contrato separado.

Seguro de responsabilidad legal por negligencia probada. Con la «running down clause» (R. D. C.) de las pólizas marítimas que cubren al buque, el propietario del mismo está protegido contra las reclamaciones de terceros provenientes de colisiones.

Las pérdidas ocasionadas por una colisión producida al barco están incluidas en la cláusula como uno de los peligros del mar. Esta cláusula intenta dar protección en caso de que el propietario del barco sea considerado responsable por manejo negligente del buque y ello sea la causa del daño a la propiedad de terceros. La cláusula que consideramos normalmente excluye la responsabilidad por daño a la carga, puertos, muelles, embarcaderos o por pérdidas de vidas o heridas personales.

Para cubrir la responsabilidad por heridas, muerte o daño a la propiedad que no sean buques se usa la cláusula de «protection and indemnity» (P. and I.). Dicha cláusula forma parte de la póliza de seguro del barco. Esta cláusula intenta cubrir la responsabilidad por todos los hechos que no son cubiertos por la cláusula más limitada que vimos antes, excepto la responsabilidad asumida por contrato.

Cláusula de peligros

En 1779, el Lloyd's de Londres desarrolló una póliza marítima más o menos «standard» que contenía una cláusula, cuyas palabras han sido conservadas casi en su forma original en las pólizas que se emiten hoy día. Su texto es el siguiente:

> «Ocurriendo las aventuras y peligros que nosotros, los aseguradores, aceptamos correr y tomar por nuestra cuenta en este viaje, que son del mar, actos bélicos, incendio, enemigos, piratas, vagabundos, ladrones, echazón de mercadería al mar, sorpresas, asaltos, arrestos, coerción, y detención de todos los reyes, príncipes y gente de cualquier nación, condición, o calidad por mucha que sea, baratería del señor y de los marineros y de todos los demás peligros, pérdidas e infortunios que hayan o puedan resultar en daño, detrimento o perjuicio de las mencionadas mercaderías, y el barco, etc., o cualquier parte de él.»

Se debe apreciar que esta cláusula puede ser interpretada como un contrato contra todo riesgo en cuanto hace referencia a ciertos peligros mencionados y a «todos los demás peligros, pérdidas e infortunios». Sin embargo, la jurisprudencia ha interpretado el mencionado pasaje como: «todos los demás peligros *similares*». Por tanto, no se puede decir que la póliza es

un contrato contra todo riesgo, aun cuando es bastante amplia en su cobertura. Esencialmente, la cláusula cubre peligros *del* mar y no todos los peligros. Peligros *en* el mar, que hallan su causa en razones fuera del mar, no están asegurados, salvo mención específica. El incendio, por ejemplo, es un peligro en el mar y está cubierto si hay mención especial; de lo contrario, no. Ejemplos de peligros *del* mar son la acción del viento y de las olas, produciendo hundimientos y encalladuras. El deterioro progresivo causado por el agua de mar no es considerado como un peligro marítimo.

Esta cláusula no se interpreta como proveedora de una cobertura contra los peligros del mar, aun cuando una interpretación amplia pueda hacer suponer que tal era su intención. Pérdidas provocadas por piratas, ladrones o acciones deshonestas del capitán del barco o de la tripulación son similares a la protección contra el robo y saqueo en tierra y no son pérdidas de guerra. El hurto no está cubierto, pero puede estarlo mediante convención. La cláusula de «free of capture and seizure» (F. C. and S.) que aparece en las pólizas modernas excluye especialmente toda pérdida provocada por la guerra. Los seguros de guerra no son rentables hoy día para los aseguradores, aunque Estados Unidos, a través de su Gobierno, suministró esta protección durante la segunda guerra mundial, con la creación de un cuerpo especial conocido como: «War Shipping Administration».

Deducibles

Los seguros marítimos tienen dos tipos importantes de cláusulas deducibles:

1. «Memorandum clause» (Cláusula memorándum).
2. «Free of particular average» (Libre de Avería Particular) (F. P. A.).

Memorandum clause. Incluida en la póliza de seguro de carga, esta cláusula enumera varios tipos de mercancías con diversos porcentajes de deducibles. Así, puede especificar que no habrá ningún pago por pérdida de tabaco inferior al 20 por 100 o de azúcar inferior al 7 por 100 o por cualquier pérdida parcial de queso o cualquier otro bien perecedero. Esto significa que si hay una pérdida parcial de un cargamento de tabaco y el daño es inferior al 20 por 100, de cada paquete considerado separadamente

nada será pagado, pero si la pérdida excede el 20 por 100, toda la pérdida será reembolsada al propietario.

Free of particular average clause. En la terminología de seguros marítimos, la palabra average (avería) significa pérdida o daño en un barco o carga. «Particular average» significa una pérdida parcial para un interés, que debe ser soportada enteramente por ese interés.

Esta cláusula se contrapone a la de «general average» (avería gruesa), que será explicada a continuación. La cláusula que ahora nos ocupa usualmente prevé que ninguna pérdida parcial será pagada por una carga, a menos que la pérdida sea causada por ciertos peligros, tales como hundimientos, encalladura, incendio o colisión. Frecuentemente, esta cláusula está limitada a pérdidas inferiores a ciertos porcentajes como el 3 por 100.

Para interpretar qué es una pérdida particular, cada cargamento se asegura separadamente. Una pérdida total de un cargamento de un embarque no es considerado avería particular, sino pérdida total de una parte. Digamos que la cláusula viene a decir: «No se pagará avería particular inferior al 10 por 100, a menos que sea avería gruesa.» Un embarque consiste en 100 cajas de café. Si una caja es completamente destruida, la póliza cubrirá la pérdida aun cuando constituya sólo el 1 por 100 del valor del embarque; sin embargo, no se pagaría indemnización alguna si hubiera una pérdida parcial en cada unidad por un importe inferior al porcentaje estipulado como deducible. Las palabras: «a menos que sea avería gruesa» significan que si hay una pérdida que cae dentro de la categoría de avería total será pagada sin consideración del porcentaje.

Los seguros marítimos siempre proporcionan cobertura total contra reclamaciones por avería general (o «gruesa»).

General Average Clause (Cláusula de avería general)

Esta cláusula se refiere a pérdidas que deben ser soportadas parcialmente por alguna otra persona que no sea el propietario de la mercadería dañada o perdida. Las pérdidas por avería general pueden ser totales o parciales, en tanto que las averías parciales son, por definición, parciales. Como ejemplo supongamos que cierta carga de madera es depositada en cubierta. Para aligerar al barco durante un fuerte temporal que amenaza la seguridad del viaje, el capitán ordena echar al mar la madera, valorada en 5.000 dólares. Su decisión tiene éxito, pues salva al

barco y los demás intereses. Dicho sacrificio será denominado avería general y los intereses que se salvaron serían instados a compartir a prorrata parte de la pérdida. Así, si el barco y los fletes estaban valorados en 100.000 dólares y las otras cargas en 95.000, el armador tendría que pagar la mitad (100/200) del valor de la madera. Las restantes mercaderías tendrían que pagar 95/200 de la pérdida y el propietario de la madera debería soportar 5/200 de la pérdida. Todas las pólizas marítimas prevén cobertura por reclamaciones de avería general que se pudiera entablar contra el asegurado.

Las reclamaciones por avería general deben reunir ciertos requisitos antes de poder ser efectivamente llamadas avería general. El sacrificio debe haber sido *voluntario*, razonablemente *necesario*, y *eficaz*. Si en el caso antes expuesto la madera hubiera sido barrida de cubierta por el agua justo antes de que el capitán ordenara arrojarla, la pérdida no podría ser calificada como avería general, pues no constituyó un sacrificio voluntario.

Esto es verdad, aun cuando gracias a dicha pérdida se salvara el resto. Además, si el barco se hunde, aun cuando el sacrificio fue voluntario, no habrá pago por avería general, pues no resultó eficaz para salvar los otros intereses.

Las reclamaciones por avería general se extienden a muchos tipos de pérdidas. Supongamos que estalla un incendio y el agua empleada para apagarlo causa pérdidas a la carga, que no había sido afectada. En cuanto la lucha contra el fuego sea considerada como un esfuerzo voluntario y necesario para salvar los demás intereses, dichas pérdidas serían pagadas como avería general, suponiendo que el esfuerzo resultara eficaz. Por otro lado supongamos que un barco encalla y las máquinas dañadas sufren en su esfuerzo por liberar al barco o que se ocasionan ciertos gastos cuando un buque es enviado voluntariamente a puerto para protegerlo de una tormenta. Ambos ejemplos podrían ser calificados como avería general, suponiendo siempre que hay ausencia de negligencia. También debe notarse que las reclamaciones por avería general no serán abonadas si son producidas por peligros que no están cubiertos por el contrato marítimo.

Sue and labor Clause. (Cláusula de participación en gastos de salvamento

Una cláusula de importancia básica para el seguro marítimo es la que vamos a considerar. Normalmente dice así:

«Y en caso de pérdida o infortunio, será justo y necesario (para y por el asegurado)... hacer todo lo posible... en y sobre la defensa, salvaguardia y recuperación de las mencionadas mercaderías, o cualquier parte de ella, sin perjuicio de este seguro, y para las cargas los asegurados contribuirán de acuerdo con la tarifa y cantidad aquí asegurada.»

Bajo esta cláusula, el asegurado debe hacer todo lo que pueda para salvar y preservar la mercadería en caso de pérdida. Si no cumple con ello, ha violado una estipulación de la póliza y pierde el derecho al reembolso. Esto significa que el asegurado debe hacer ciertos gastos razonables en salvamento, por los cuales espera ser reembolsado por el asegurador, aun cuando esos gastos no fueran eficaces para recuperar la mercadería.

Es posible recobrar la totalidad de lo perdido más «los gastos realizados» si la cifra asegurada así lo permite.

Abandono

En el seguro marítimo hay dos tipos de pérdida total reconocida; «actual total loss» (pérdida real total) y «constructive total loss» (pérdida total de construcción). La primera ocurre cuando la propiedad queda completamente destruida; la segunda, cuando aun estando el barco o cualquier otro objeto asegurado no totalmente destruido, costaría más repararlo que dejarlo como está. Bajo la ley americana, para que el segundo caso se presente, el daño debe igualar el 50 por 100 o más del valor del barco, mientras que bajo la ley inglesa, los daños deben exceder el 100 por 100 del valor del barco. En casi todas las pólizas de seguro de barcos, el régimen de la ley inglesa aparece como previsión contractual. Dicha estipulación dice que si cuesta más reparar el barco que el valor asignado y estipulado en la póliza, el barco puede ser abandonado al asegurador y el asegurado cobrar la totalidad estipulada.

La reparación corresponde entonces al asegurador, quien generalmente está en mejor posición de disponer de él que el ase-

gurado, ya que el asegurador tiene acuerdos con equipos de salvamento en todo el mundo y experiencia en tales menesteres. El abandono sólo está permitido en seguros marítimos.

Subrogación

El contrato de seguro marítimo prevé el derecho de subrogación por responsabilidad de terceras personas en el daño a la propiedad asegurada. El principio de la subrogación se examinó en el Capítulo 8.

Warehouse-To-Warehouse Clause (Cláusula de almacén a almacén)

Con esta cláusula la protección dada por el seguro se extiende al tiempo en que la mercadería sale del depósito del cargador, aun cuando esté ubicado tierra adentro, hasta que llega al depósito del consignatario.

Otras cláusulas de seguros

A diferencia de otras formas de seguro, el marítimo especifica que si hay más de un asegurador cubriendo un interés determinado, cada póliza contribuirá al pago de las pérdidas de acuerdo a la fecha de su expedición. En caso de que hubiera dos o más pólizas expedidas el mismo día, cada una contribuirá en la proporción con que cada cifra estipulada en las respectivas pólizas concurra en el seguro total. Por ejemplo, supongamos un barco valorado en 100.000 dólares, asegurado en 75.000 dólares por la compañía A el 1.° de enero; en 15.000 dólares, por la compañía B, el 2 de enero, y en 10.000 dólares, por la compañía C, el 2 de febrero. El barco sufre una pérdida de 60.000 dólares. ¿Cómo concurrirá cada compañía? La compañía A pagaría la totalidad porque su cobertura es anterior a las compañías B y C. Si la pérdida hubiera sido de 85.000 dólares, la compañía A debería pagar 75.000 dólares y la compañía B y C debían haber dividido los restantes 10.000 dólares de pérdida en la proporción de 3/5 y 2/5, respectivamente.

Coaseguro

Cuando no hay cláusula de coaseguro en las pólizas marítimas las pérdidas son liquidadas como si cada contrato contuviera una cláusula de 100 por 100 de coaseguro.

Supongamos que un cargamento determinado es valorado en 1.000 dólares en el momento de su embarque, y en el momento de su llegada se ve que está dañado. Para limitar la pérdida, el artículo dañado es vendido y su venta proporciona 600 dólares. Se sabe que si no estuviera dañado se habrían podido obtener 1.500 dólares. Se ha perdido la relación de 900 a 1.500 dólares, o sea, el 60 por 100. Este porcentaje se aplica luego a la tasación original, o sea, 1.000 dólares, y el asegurado recupera 600 dólares o las 2/3 partes de su pérdida. El asegurado ha recibido un total de 1.200 dólares por su carga en lugar de 1.500 dólares. Si hubiera cubierto 1.500 dólares en el seguro habría recibido el 60 por 100 de 1.500 dólares, o sea, 900 dólares del asegurador y 600 dólares por la venta de la mercancía dañada, o sea, un total de 1.500 dólares. En cuanto no aseguró todo el valor de la mercadería se convirtió en coasegurador.

Usualmente, las pólizas de mercancías contienen frases que evalúan a éstas de acuerdo a su factura más un 10 por 100 adicional que proporciona cobertura por la posible subida de valor de la mercadería. Si el valor de la carga baja, es posible, por supuesto, para el asegurado recuperar más de lo que ha perdido.

Garantías en el seguro marítimo

Hay en general dos tipos de garantías en el seguro marítimo, expresas y tácitas. Las primeras son aquellas que están escritas en el contrato. Garantías tácitas o implícitas son las que no están escritas en la póliza, pero forman parte de la misma por la costumbre.

Garantías expresas. Se estipulan normalmente para producir ciertas exclusiones. Algunos ejemplos son:

1. Free of capture and seizure warranty (Libre de captura y embargo).
2. Strike riot and civil commotion warranty (Huelga, tumulto y conmoción civil).
3. Delay warranty (Garantía por retraso).
4. Trading warranty (Garantía comercial).

En la primera, ambas partes acuerdan que no habrá seguro en caso de pérdida producida por peligros tales como captura, prisión, confiscación, actos bélicos, revolución, insurrección, guerra civil o piratería.

La segunda es una garantía por la cual se conviene que el asegurador no pagará pérdidas debidas a huelgas, «lockouts», tumultos y otros tipos de disturbios de carácter laboral.

La tercera es una garantía por la cual el asegurador excluye las pérdidas atribuibles al retraso en el viaje, sea cual fuere la razón, salvo que la responsabilidad fuera asumida expresamente por escrito.

La cuarta es una garantía muy importante en el comercio marítimo. Ejemplos de este tipo son las que limitan el campo operativo del barco a una determinada zona o una ruta costera determinada, garantías que especifican que el seguro estipulado representa el valor verdadero del barco y sus accesorios o que limitan el tiempo durante el cual el barco puede operar, como por ejemplo: sólo durante la temporada abierta, en los Grandes Lagos, etc.

Garantías implícitas. Hay tres garantías implícitas en seguros marítimos:

Seaworthiness (Dignidad en el mar).

Si un barco zarpa sin estar en buenas condiciones, esta garantía implícita ha sido violada y el seguro se considera nulo. Si el barco parte en buenas condiciones, pero luego se le presen tan dificultades, la garantía no se considera violada. Esta garantía exige factores tales como tener un buen casco, máquinas en orden, capitán y tripulación calificada, accesorios adecuados y combustible suficiente.

Desviation (Desviación). Esta garantía es violada cuando un buque, sin razón suficiente, se aparta del curso previsto, pero sin intención de abandonar el viaje originalmente marcado. La responsabilidad del asegurador cesa en el momento en que la nave se separa de su curso; no obstante, la sola intención de desviarse no acompañada por un efectivo cambio de curso, no exime al asegurador de responsabilidad.

Un retraso indebido puede constituir una desviación. La desviación o el retraso no tienen que aumentar el riesgo del viaje para eximir al asegurador, pues, como se ha visto anteriormente, cualquier violación de la garantía produce la nulidad del contrato. Aun cuando el barco posteriormente retorne a su curso original y después sufra una pérdida, no hay cobertura, a menos que ulteriores negociaciones con el asegurador hayan puesto otra vez en vigencia el seguro.

La póliza marítima es frecuentemente redactada para renunciar o alterar las garantías implícitas que hemos visto hasta ahora.

Hay ciertas causas que permitirían una desviación no autorizada en el contrato que podrían clasificarse en dos grupos: 1) *Necesidad inevitable*, que puede ser probada cuando un barco es desviado de su curso, sufre una arribada forzosa, se desvía para escapar de una captura, es tomado por unos amotinados o es sacado de su curso por un barco de guerra. 2) Ir en *auxilio para salvaguardar vidas humanas*, teniendo que desviar su curso para ayudar a un barco en apuros. La desviación para salvaguardar únicamente la propiedad no está permitida.

Si un viaje es alterado o abandonado, el seguro cesa desde el momento en que se toma la decisión de alterar el viaje. Así, si un barco zarpa de Nueva York en dirección a Londres, pero cinco millas después del puerto decide ir a Lisboa, el seguro finaliza en ese punto, aun cuando el barco pueda proseguir en la misma ruta durante varios días, pues el itinerario para los dos puertos es el mismo durante la mayor parte del viaje.

La razón de estas reglas estrictas es que sin ellas el asegurador nunca sabría cuál es su riesgo real y se vería sorprendido con riesgos en los que nunca pensó. La tarifa del seguro marítimo es un elemento sumamente subjetivo y cada viaje exige una tasa particular debido a las diferentes circunstancias. Es nece sario que el asegurador tenga confianza en que el viaje para el cual estableció la prima será el que efectivamente se realice

Legality (Legalidad). Es una garantía a la que nunca se renuncia. Si el viaje es ilegal según las leyes del país bajo cuyas leyes navega el barco, el seguro es nulo. Según las leyes de Estados Unidos, el seguro sobre un barco que tranporta ron es nulo, pero dicho transporte puede no ser ilegal bajo las leyes de otro país, y en ese país el contrato de seguro sería válido. Proveer un seguro contra empresas ilegales es obviamente contrario a la moral, y ésta es la razón por la que no se puede renunciar a la garantía que nos ocupa.

SEGUROS DE TRANSPORTE TERRESTRE

En los primeros tiempos del desarrollo industrial, los compradores de mercancías, generalmente, las recibían en un puerto y dirigían la mayor parte de sus negocios desde ese puerto. Con el crecimiento de los centros interiores de comercio, los embarques internos de cargas marítimas por carretera, tren o canal se volvieron comunes, y aumentó la presión en el sentido de extender el contrato marítimo para cubrir también peligros del transporte terrestre. La cláusula de «almacén a almacén» se desarrolló para cubrir estas necesidades. Pero el contrato marítimo no se ajustaba a las necesidades del seguro de transporte terrestre, por lo que se desarrolló una rama del seguro que se conoce como «inland marine».

Definición

Este seguro fue definido por la «National Association of Insurance Comissioners» por primera vez en 1933 y revisado en 1953. Los cinco grupos de seguros reconocidos son: importación, exportación, embarques nacionales, instrumentos de comunicación y transporte y «flotantes», que son pólizas sobre bienes variables.

Importaciones y exportaciones. Pueden ser cubiertas con contratos marítimos en tanto en cuanto estén incluidos los riesgos del transporte. Cuando las mercancías pierden su identidad como embarque, no pueden ser aseguradas por una póliza marítima. Así, una importación pierde su característica de tal cuando es vendida y entregada por el importador o cuando es retirada de su almacén y puesta a la venta como parte de un stock de importación o cuando es entregada para su manufactura o proceso.

Embarques nacionales. Las mercancías son aptas para un seguro en tanto estén en un lugar fijo perteneciente a un individuo que las tenga en consignación o en el almacén de un transportista cuyo almacenaje es temporal hasta que se efectúe el transporte. Sin embargo, dichas mercaderías no pueden estar cubiertas por un contrato marítimo mientras están en la fábrica o almacén del propietario.

Elementos de transporte y comunicación. Puentes, túneles, embarcaderos, muelles, conducciones, líneas telefónicas, torres de radio y televisión, grúas, puentes levadizos, son ejemplos de lo que puede ser cubierto por un contrato de seguro marítimo. No obstante, hay algunas restricciones en el seguro de estos objetos; por ejemplo, los puentes y túneles no pueden ser objeto de seguro si los únicos peligros a asegurar son fuego, rayo, tormenta, helada, granizo, explosión, terremoto, motín o conmoción civil.

Pólizas flotantes. Una póliza de esta naturaleza puede ser utilizada para asegurar mercancías de naturaleza mueble, dondequiera que estén localizadas, ya sea en tránsito o con ubicación permanente. Sin embargo, estos seguros son a menudo más restringidos y sólo cubren las mercancías en forma limitada cuando no están en su lugar de situación permanente. Estos seguros pueden ser contra todo riesgo o contra sólo determinados peligros, que es lo más frecuente. Ejemplos de seguros flotantes personales son los que cubren la propiedad privada, propiedad de turistas, efectos personales, pieles y joyas; ejemplos de estos seguros referentes a negocios son los que cubren modelos, vestuarios, animales, propiedades en exhibición, stocks de joyas, marcas, etc.

Estos tipos de pólizas son estudiados con más detalle en el capítulo 13.

Póliza de tránsito

Un contrato que cubre embarques nacionales principalmente por transporte terrestre es conocido como póliza de tránsito («annual transit floater»). Esta forma de seguro es solicitada por fabricantes o vendedores al por mayor y al detall y por quienes embarcan o reciben un sustancial volumen de mercancías. El contrato cubre usualmente embarques por tren expreso, camiones y buques de cabotaje. Los transportes por avión no son generalmente asegurados, a menos que se especifiquen expresamente en la póliza.

Peligros. No hay un modelo uniforme para estas pólizas, pero en general siguen un condicionado similar, en el que se designan determinados peligros del transporte, relativos a colisión, descarrilamiento, vuelco, crecidas del río, tornado, incendio y tormentas eléctricas. Algunas veces la póliza cubre el hurto de

un embarque completo, pero rara vez el robo, excepto cuando las mercancías son embarcadas en «express». En general, las pólizas excluyen pérdidas debidas a huelgas, motines, conmoción, guerra, demora en el embarque, pérdida de mercado, comercio ilegal, vicio de la cosa y roturas o derrames, salvo que sean causadas por peligros cubiertos por el seguro. Entre los objetos excluidos se establecen las cuentas, pagarés, deudas, acciones, dinero, etc., salvo acuerdo expreso en contrario.

Límites de pérdidas. La póliza de tránsito terrestre normalmente tiene diversos tipos de límites de responsabilidad. Por ejemplo, hay un límite del 5 por 100 del valor estimado de las mercancías que serán objeto de transporte anual mientras estén bajo la custodia de cualquier agencia. En caso de pérdida, las mercancías son tasadas según su valor de factura más cualquier flete pagado por adelantado u otros gastos originados por las mercancías.

Tarifas. Como se ha dicho anteriormente, si el transportador asume la responsabilidad por la pérdida de las mercancías por su valor total, las tasas son considerablemente más altas que si lo fueran bajo conocimiento de embarque o cuando se asume la responsabilidad en exceso de una cantidad determinada. Una agencia «express», por ejemplo, carga 10 centavos por cada 100 dólares en exceso de 50 dólares, mientras que el precio del seguro sería probablemente la mitad de esa cantidad [4], de acuerdo con las circunstancias particulares de cada caso.

Condiciones básicas. Los seguros que estamos considerando tienen ciertas condiciones y previsiones que los diferencian del seguro de transporte marítimo. Por ejemplo, si existe otro aplicable al mismo riesgo, la póliza prevé que sólo se aplicará por el exceso, lo cual es importante cuando existan dos pólizas con idénticas previsiones, porque en tal caso cada una actuaría «en exceso» de la otra. La póliza terrestre contiene una cláusula de coaseguro al 100 por 100, análoga a la condición implícita de los contratos marítimos. También tiene una cláusula de cancelación que prevé que cada parte puede finalizar el contrato comunicándoselo a la otra con una anticipación de cinco días. Al contrario de la póliza marítima, no puede ser transferida sin el consentimiento escrito del asegurador. A menos de que exista

[4] Las tasas suelen variar entre los siguientes tantos por ciento: tren expreso, 0,04 y 0,07 %; flete ordinario, 0,02 y 0,04 %, cabotaje, 0,12 y 0,18 %.

acuerdo en contrario, la póliza que consideramos sólo es aplicable a los Estados Unidos y Canadá.

La póliza terrestre, como la marítima, contiene la cláusula de subrogación y de contribución en los gastos. En los riesgos de transporte, la pérdida se debe frecuentemente a la negligencia de terceros, por lo que ambas cláusulas en favor del asegurador son muy importantes. Algunas veces el porteador insiste en que el cargador renuncie a su derecho a reclamar contra él, si existe una compañía de seguros que pague; en tal caso, el asegurador no podría reclamar contra el porteador en caso de negligencia, por lo que se cobrará una tasa más alta que si este pacto no existiese. A menudo la póliza contiene la cláusula «no benefit to bailee», según la cual el asegurador retiene sus derechos de subrogación contra el porteador por toda pérdida de la que éste sea responsable; en tal caso, es importante que el asegurado no tenga por su parte un acuerdo con el porteador que exonere a éste de dicha responsabilidad. Si los acuerdos citados coexistiesen sería preciso resolver, incluso judicialmente, la controversia. Lo normal es que el asegurador, en lugar de pagar lo reclamado, preste el importe de la pérdida al cargador asegurado, procure cobrar del transportador y se reembolse por la cantidad no recobrada.

Transportes eventuales

Esta póliza es especialmente aplicable para el comerciante o entidades que sólo efectúan transportes ocasionales. Los riesgos asegurados, condiciones y exclusiones son similares a la póliza de transportes terrestres ya examinada. Por ejemplo, los derrames, rasguños o ruturas están excluidos, a menos que sean causados por determinados peligros. Esta limitación es de especial interés para cargadores de mobiliario familiar que es susceptible de daños por el movimiento del vehículo durante el transporte.

Como en otras formas de seguro de transporte, esta póliza es un método poco costoso de obtener protección si se le compara con el embarque de mercaderías bajo conocimiento de carga. Supongamos que los fletes de un conocimiento de carga fueran de un dólar por cada cien libras y el recargo por todo el valor declarado, de 1,50 dólares. En tal caso, el porteador efectivamente cargaría 0,50 dólares por cada 100 libras, en concepto de «seguro». Sobre esta base, un seguro de transporte eventual costaría tan sólo 10 centavos por cada 100 libras; de este

modo, el asegurado ahorraría 40 centavos por cada 100 libras, usando este seguro. En muchos casos, sin embargo, el efecto de las primas mínimas es tal que puede ser más barato no usar estas pólizas y confiar como mejor protección en la completa responsabilidad del porteador.

● RESUMEN

1. El seguro contra los riesgos del transporte, y en particular el transpotre marítimo, ha sido una de las primeras formas de seguro empleadas. Se ha demostrado que es de importancia vital para una economía industrial en expansión, dependiente de la producción en masa y de la consiguiente necesidad de una amplia distribución de mercancías.
2. Dos de los factores que aumentan la demanda de seguros de transporte son las frecuentes pérdidas por riesgos del transporte y el hecho de que la responsabilidad legal de un transportista no es normalmente absoluta ni completa.
3. Los más importantes tipos de pólizas de seguro marítimo son los contratos que cubren: (a) el casco; (b) la carga; (c) el flete, y (d) la responsabilidad legal del porteador o transportista por negligencia probada. La cobertura es amplia, pero todavía se basa en determinados riesgos.
4. En las pólizas marítimas existen muchos tipos de cláusulas que contienen deducciones. Las dos más comunes son la cláusula «memorándum» y la cláusula de «avería particular» (F. P. A.). La primera excluye los daños en base a un sistema de franquicia. La de avería particular significa que la póliza no pagará por ningún daño parcial que afecte a un interés único.
5. La avería general se refiere a la situación en que todos los intereses deben concurrir a un sacrificio voluntario hecho en beneficio de todos y destinado, si tiene éxito, a salvar el buque de una destrucción total.
6. Las garantías en los seguros marítimos son de extrema importancia, y cualquier infracción, por pequeña que sea, anula el contrato. Las garantías expresas están reguladas por diversas cláusulas; las implícitas son las que se refieren a la dignidad, a la desviación y a la legalidad.
7. Los seguros contra los peligros del transporte terrestre son una rama derivada de los contratos marítimos. La definición «marine» delimita cinco tipos de seguros considerados como «seguros marítimos», que cubren: (a) importaciones, (b) exportaciones, (c) embarques nacionales, (d) elementos de comunicación y transporte y (e) muebles (flotantes). El único elemento común a todos estos contratos es que el sujeto del seguro es esencialmente móvil (en construcción o ya terminado).
8. La póliza de tránsito («inland marine»), la póliza sobre las cargas y la póliza de transportes eventuales son tres contratos básicos que cubren los riesgos del transporte terrestre. En general, es más barato y mejor usar estas pólizas que confiar en el seguro que cubre el interés del porteador o la responsabilidad legal del transportador para el transporte sano y salvo de la mercancía.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. Recientemente, un programa de televisión presentó los problemas sobre las experiencias de un capitán que insistía en tener consigo en todo momento a un ayudante cuyas cualidades de navegante eran dudosas. Se reveló que el capitán era parcialmente ciego y confiaba en la buena visión de su ayudante para que le auxiliase a desempeñar sus deberes. ¿Qué incidencias respecto al seguro trae este caso con referencia a la persona del armador? Explíquelo.
2. En otro caso (*Bolta Rubber Company* v. *Lowel Trucking Corporation,* 37 N. E. 2d 873), una compañía de camiones se aseguró con una póliza sobre la carga para proteger su responsabilidad legal como transportista. La póliza tenía estipulada como garantía que cada camión asegurado estaría equipado con una alarma contra robo en buenas condiciones de funcionamiento. Un camión fue robado. Se determinó que la alarma contra robo había estado apagada durante el robo. Al camionero se le declaró responsable por

1.000 dólares. La póliza contenía el suplemento de la Comisión Comercial Interestatal requerida para los camiones que trabajan en el comercio interestatal. Analice la responsabilidad y los derechos del asegurador y del camionero.

3. Enumere por lo menos seis causas de pérdidas por las cuales un transportador marítimo no es legalmente responsable.
4. Se pierde un buque a causa de la colisión con un iceberg. Los dueños de la carga reclaman, aduciendo que la tragedia no hubiera ocurrido si el capitán hubiera seguido un rumbo más al sur. En su opinión, ¿es el capitán culpable por negligencia, o la pérdida es causada por un acto de fuerza mayor sobre el que no se puede ejercer control, y por ello no existe responsabilidad del transportador?
5. En *Wernon* v. *American Railway Express Company*, S. W. 913 (Mo. 1920), la Corte sostuvo que el clima extraordinariamente caluroso fue causa de que el transportador no fuese responsable. ¿Qué otras condiciones debían darse para que la Corte determinara, por ejemplo, que el transportador sería responsable de tal pérdida? Analícelo.
6. Si un transportador es responsable del transporte seguro de la mercancía, ¿por qué es necesario la suscripción de un seguro? Explíquelo.
7. Explique el papel que juega el conocimiento de embarque en el seguro de transporte.
8. ¿Por qué el certificado de carga marítima tiene tanto valor como instrumento para facilitar el comercio exterior?
9. ¿Qué intereses fundamentales están asegurados en el seguro de transporte marítimo?
10. Las antiguas palabras contenidas en la cláusula de peligros marítimos del Lloyd's de 1779 se conservan casi incambiadas en las modernas pólizas de hoy día. Sugiera las razones de ello.
11. ¿Qué coberturas se agregan al control con las cláusulas R. D. C. (Running down clause) y con la cláusula P. & I. (Protection and indemnity)? Exponga las diferencias entre estas dos cláusulas.
12. Un embarque de 1.000 sacos de harina, evaluados en cinco dólares cada uno, es embarcado por vía marítima desde San Francisco a Río de Janeiro. El embarque es asegurado con una póliza de seguro marítimo de carga abierta que contiene la siguiente cláusula: «Libre de avería particular por debajo del 3 %, a menos que la pérdida sea causada por el encallamiento del buque, hundimiento, incendio o colisión y cada bulto sea asegurado separadamente.» Cien sacos de harina son dañados por la suma de 5.000 dólares, por un peligro contra el que están asegurados.
    (a) Explique brevemente el sentido de la frase «libre de avería particular» tal como es usada en el seguro marítimo.
    (b) ¿Cuál es el importe de la responsabilidad, si es que la hay, recobrable del armador, por los daños causados por el fuego?
13. El armador asegura un barco suyo valorado en 100.000 dólares con una póliza de seguro marítimo de barcos por importe de 75.000 dólares. Un incendio causa daños, resultando un costo de reparaciones de 10.000 dólares. ¿Cuánto se debe reintegrar al dueño del buque por el daño sufrido a consecuencia del siniestro?
14. El buque «Victory» perdió toda su potencia después de pasar el Golden Gate, de San Francisco. El capitán echó inmediatamente el ancla; pero, debido a la gran corriente producida por la marea, se dio cuenta que su nave estaba siendo peligrosamente empujada hacia la costa rocosa. En lugar de arriesgarse a dirigirse contra las rocas, antes de recuperar la potencia llamó a dos remolcadores para que lo sacaran de apuros. El buque «Victory» está valorado en dos millones de dólares, el total del flete esperado con la prosecución del viaje está establecido en 75.000 dólares y el total de la carga está valorado en 725.000 dólares. La carga de la Compañía Smith está evaluada en 5.000 dólares.
    (a) ¿Habrá incurrido la Compañía Smith en responsabilidad como resultado de esta acción? Si es así, ¿cuál sería esa responsabilidad?
    (b) ¿Debería el asegurador pagar tal pérdida?
15. El buque «Victory» sufre una varadura al entrar en el puerto de Honolulu. Debido a varias contingencias, es imposible ponerlo a flote antes de que estalle una tormenta. Se produce un daño considerable en el casco del buque y en la carga, especialmente en la bodega

número 3, en la que se halla la mercadería de la Compañía Smith (plumas estilográficas y lapiceros). Dichos objetos están tan dañados, que, a los efectos de salvar el embarque para que no sea una pérdida total, es necesario que se gasten 2.000 dólares en reacondicionarlos. La Smith Company aspira a recobrar del asegurador la totalidad de 5.000 dólares, cantidad por la cual el embarque está asegurado en el caso de que realmente exista una pérdida total. ¿Está usted de acuerdo? Explique su posición.

16. (a) Explique con sus propias palabras el significado de avería general o avería gruesa.
    (b) ¿Por qué deberían ser requeridos los diversos intereses a pagar estas reclamaciones?
17. «Una avería particular no es la pérdida total de una parte del buque.» Si ello es así, ¿cómo la describiría usted?
18. Un barco sufre una varadura, y el capitán alquila naves de salvamento para que lo remolquen antes de que una tormenta que se está aproximando lo haga chocar contra las rocas. El equipo de salvamento trabajó toda la noche, haciendo lo posible para salvar la mayor parte de la tripulación; pero el barco se perdió totalmente. ¿El reembolso originado por la existencia de un seguro marítimo está limitado al valor total del barco? Explique su posición.
19. ¿Por qué está permitido el abandono en el seguro marítimo y no lo está en la mayoría de los otros tipos de seguro?
20. El propietario de un buque lo asegura en la compañía *T*, el 1 de julio, por 100.000 dólares. Luego, el 5 de julio, temiendo que no está suficientemente cubierto, contrata otra póliza de 50.000 dólares con la compañía *U*.
    (a) En el caso en que el barco sufra una pérdida de 30.000 dólares, ¿cómo se dividen las dos compañías esta reclamación? Explíquelo.
    (b) ¿Cómo se dividiría si la pérdida fuera de 60.000 dólares? Explíquelo.
21. Compare la situación presentada en la pregunta número 20 con un caso similar en el que el propietario de la carga la asegura bajo una póliza de tránsito.
22. Un exportador marítimo de granos asegura su mercadería por su valor total de 25.000 dólares mediante

póliza de carga marítima. Cuando las mercaderías llegan a destino se descubre que han sufrido un daño del 50 %. Sin embargo, el precio del grano había bajado, de manera que el remanente devengó sólo 10.000 dólares por su venta en el mercado.

    (a) ¿Por qué importe es responsable el asegurador? Explíquelo.
    (b) ¿Qué contestaría usted si el precio, por el contrario, hubiera subido y el remanente hubiera devengado 15.000 dólares? Explíquelo.
23. El hecho de que la mayoría de las pólizas marítimas estén «evaluadas», ¿introduce un riesgo moral en el seguro? Explique su respuesta.
24. «Las garantías en el seguro marítimo son tanto expresas como implícitas.» Dé ejemplos de cada tipo.

13

Seguros Flotantes

La práctica de asegurar la propiedad en una localización fija o mientras es trasladada de un lugar a otro por una empresa de transportes está bien regulada. La necesidad de la cobertura está reconocida universalmente y los propietarios de dichas mercancías cuentan con contratos bastante normalizados para su protección. Pero en la actualidad, un problema difícil en el seguro es el riesgo de la pérdida asociada a la propiedad que o bien no está en una localización fija o no está siendo transportada por una empresa de transporte. ¿De qué modo puede el propietario de los bienes estar seguro de que no está expuesto a unas pérdidas sustanciales?

Por ejemplo, el contratista señor Brown es dueño de un equivalente de 50.000 dólares en equipo que usa en la construcción de puentes y carreteras. Este equipo incluye partidas tales como grúas, tractores, excavadoras, chigres, máquinas elevadoras, pequeñas herramientas, mezcladoras de hormigón y cable. Dicho equipo se mueve de un modo constante de una obra a otra y está expuesto a pérdidas debidas a muchos tipos de peligros, tales como son, por ejemplo, los desprendimientos de tierra, el robo, las inundaciones, los incendios, las tormentas de viento, las colisiones o choques, explosiones y vandalismo. Debido al hecho de que el equipo rara vez está localizado en un mismo lugar durante mucho tiempo, la cobertura bajo el seguro tradicional contra incendios no le es adecuado. Como el equipo, además, ni lo mueve ni está bajo la custodia de empresas de

transporte, las formas corrientes del seguro de transporte no le son de aplicación. Como es evidente, existe la necesidad de dar una atención especializada a los problemas del señor Brown. La respuesta se encuentra en una póliza «flotante»; de un modo aún más particular, en la póliza flotante para el equipo de contratistas, que se analiza en este capítulo.

De modo similar, ¿como puede uno estar seguro de que se le va a reembolsar por la pérdida de sus mercancías mientras éstas están de modo temporal al cuidado y bajo la custodia de otras personas? Para la restitución en el caso de pérdida, ¿debe uno confiar únicamente en la buena fe y, posiblemente, en la generosidad de los tenedores de las mercancías en consignación, las mercancías en almacén, o la propiedad que está en reparación? El análisis de éstas y otras preguntas forman precisamente el contenido de este capítulo.

El vocablo *póliza flotante* nunca ha sido definido adecuadamente, pero por lo general se entiende que es un contrato de seguro de la propiedad que satisface los tres requisitos siguientes:

1. De acuerdo con sus condiciones o términos, la propiedad se puede mover en cualquier momento.
2. La propiedad está sujeta a ser movida: es decir, la propiedad no está en ningún lugar en el cual se espera que se quede permanentemente.
3. El contrato asegura las mercancías mientras éstas se mueven de un lugar a otro; es decir, mientras están en tránsito, así como también las asegura en una localización fija.

Los contratos que reciben la calificación de flotantes han sido clasificados por la National Association of Insurance Commissioners (Asociación Nacional de Comisionados de Seguros) en la definición nacional de transporte bajo dos epígrafes: los que están diseñados sólo para individuos, y los que cubren indistintamente los negocios o los individuos. En este capítulo vamos a considerar solamente unos pocos ejemplos de cada una de estas categorías.

SEGURO SOBRE LA PROPIEDAD FLOTANTE. PERSONAL

Los enseres personales no sólo representan una inversión más cuantiosa que lo que muchos dueños de casa piensan, sino que además están sujetos a muchos más riesgos, tanto físicos como

morales, que los que afectan a una propiedad inmobiliaria. El robo de la propiedad inmobiliaria, por ejemplo, es punto menos que imposible; pero el robo de la propiedad mueble no es raro, como tan bien indican los informes del FBI (Oficina Federal de Investigación [1]. Los daños causados por el agua, la congelación y la rotura cuentan entre los peligros especialmente destructivos de la propiedad mueble. Una persona que adquiere una casa con una hipoteca a largo plazo y un pago inicial relativamente bajo tendrá sólo una pequeña inversión en su hogar, pero existe la probabilidad de que tenga varias veces esa misma cantidad invertida en muebles, ropa, equipo de jardinería, joyas y otros artículos. En el típico hogar de una familia compuesta por cuatro personas, el contenido con toda probabilidad no se puede reponer por menos de 6.000 a 10.000 dólares. No existen datos exactos sobre la cantidad media de seguro contra el daño físico sobre la propiedad mueble, pero la experiencia de los agentes locales por lo general la sitúan en mucho menos de su verdadero costo de reposición.

De un modo gradual, sin embargo, más y más personas se han dado cuenta del hecho del infraseguro y el costo siempre creciente de la reposición de la propiedad mueble. Existe una demanda sustancial de contratos de seguro combinados que cubran todo tipo de artículos personales. Varios enfoques han sido usados por los aseguradores al tratar de satisfacer esta demanda. Uno de ellos ha sido el uso de suplementos que amplían el alcance de las pólizas básicas contra incendios sobre el contenido de las viviendas, como se describe en el Capítulo 10. Las pólizas para dueños de casa, hoy ampliamente usadas, proveen que el 50 por 100 de la cobertura sobre la vivienda se ha de suscribir sobre la propiedad mueble, pero sólo el 10 por 100 de esta cantidad será de aplicación mientras la propiedad está fuera del local descrito en la póliza. No se hace ninguna provisión particular en las pólizas para dueños de casa para los artículos de valor extraordinario. Además, en términos generales, la cobertura sobre la propiedad mueble no es sobre la base de a todo riesgo, y algunos tipos específicos de propiedad, tales como son, por ejemplo, los magnetófonos para usarse en automóviles, los vehículos a motor y la propiedad de las personas que no tengan relación familiar con el asegurado, quedan excluidos del seguro.

Otro enfoque ha sido ofrecer pólizas flotantes de transporte terrestre sobre ciertos tipos específicos de propiedad, tales como son, por ejemplo, las joyas, pieles, equipos, cámaras fotográficas, colecciones de sellos, instrumentos musicales y embarcaciones

[1] Véase el Capítulo 17.

con motor fuera borda. Un tercer enfoque lo constituye la venta de pólizas flotantes combinadas a todo riesgo que cubren la propiedad mueble de casi cualquier clase, dondequiera que esté situada.

La póliza flotante sobre la propiedad mueble

La *póliza flotante sobre la propiedad mueble* (PPF) es un contrato de seguro a todo riesgo que cubre la propiedad del mueble sobre una base general. Es una de las pólizas flotantes para el transporte terrestre más antiguas y ha tenido una aceptación muy generalizada; debido a su importancia básica, se ha de analizar con detalle.

La distinción básica entre la póliza flotante sobre la propiedad mueble y la póliza flotante sobre los artículos personales es que la primera se puede suscribir para garantizar no sólo artículos específicos por cantidades fijas, sino que además puede cubrir *toda* otra propiedad mueble no comercial, sin necesidad de tener que relacionar cada artículo por separado. Aunque existen distintas versiones de la póliza flotante sobre la propiedad mueble, el contrato está bastante normalizado. Los párrafos que siguen señalan las principales características de esta póliza.

Bienes cubiertos y excluidos. Esta póliza cubre la propiedad mueble, descrita o no, de naturaleza no comercial, que pertenezca a o haya sido tomada en préstamo por el asegurado o miembros de su familia. También se incluye, a opción de la persona asegurada, la propiedad de los visitantes mientras estén en los locales descritos, y la de los sirvientes mientras se encuentren fuera de los locales, en el caso de que éstos se hallen en realidad trabajando a servicio de la persona asegurada y tengan los bienes bajo su custodia física en el momento en que ocurra la pérdida. La póliza también cubre las pérdidas en la propiedad inmobiliaria del asegurado en el caso de que resulte dañada a consecuencia de un robo o intento de robo.

Diversos bienes de propiedad mueble quedan excluidos de la cobertura debido al hecho de que existen otros tipos de seguro diseñados para ellos o porque su uso entraña riesgos demasiado grandes para una póliza a todo riesgo. Por ejemplo, los automóviles, aviones y motocicletas quedan excluidos, ya que existen formas de cobertura especiales para ellos. Los animales, el equipo de negocios o profesional (con la excepción de los libros y los instrumentos que se hallen en la residencia de la

persona asegurada en el momento de la pérdida), y los objetos de una exposición están sujetos a riesgos extraordinarios y cubiertos bajo pólizas más limitadas.

Ciertos tipos de propiedad están excluidos de la cobertura a menos que la pérdida haya sido ocasionada por ciertos peligros preestablecidos. Así, las gafas, la cristalería, las estatuas, el mármol, las curiosidades, las porcelanas y otros artículos frágiles (los relojes, las joyas y las cámaras fotográficas quedan exceptuados) no están cubiertos a menos que la pérdida la haya causado el robo, el vandalismo, los daños maliciosos, el fuego, el rayo, una tormenta de viento, un terremoto u otros peligros determinados.

Límites de responsabilidad. La póliza flotante sobre la propiedad mueble tiene muchas cláusulas que limitan la responsabilidad de los aseguradores por los daños. Las de mayor importancia se relacionan a continuación:

1. Existe una limitación acumulada del capital nominal de la póliza, de aplicación a todas las pérdidas de la propiedad que se describa en el contrato.
2. Existe una limitación de 250 dólares a cualquier pérdida de artículos que *no estén relacionados* de joyería, relojes o pieles, a menos que esta cantidad haya sido aumentada en las condiciones particulares de la póliza. Mediante suplemento, la cobertura sobre joyas, pieles y relojes se puede aumentar sobre la base de a todo riesgo hasta 1.000 dólares, sujeto a un límite de 250 por artículo. Existe un límite acumulado sobre toda la propiedad descrita en la póliza. La responsabilidad del seguro no puede exceder el valor declarado para cada artículo.
3. La responsabilidad por pérdida en lo que concierne a la propiedad que de ordinario se tenga en residencias distintas a la residencia principal no puede exceder de un 10 por 100 de la cantidad acumulada. Esta limitación no tiene aplicación a la propiedad que se tenga en otra residencia de un modo temporal. Sin embargo, se espera que si se mantienen dos residencias permanentes, se adquieran pólizas por separado para evitar que se otorgue una cobertura gratuita.
4. Existe un límite de 100 dólares sobre pérdida de dinero o de 500 en la pérdida (una sola pérdida) de pagarés, valores, sellos, billetes de transporte o cualesquiera otros documentos de valor. Téngase en cuenta que durante todo el año de vigencia de la póliza, el asegurado podrá cobrar sobre varias pérdidas de dinero de 100 dólares, pero no más de 100 dólares cada vez. La cobertura se

puede aumentar a 500 dólares sobre el dinero y a 1.000 sobre los valores.

5. La limitación sobre la recuperación por pérdida no puede exceder del costo real de reparación o reposición con materiales de la misma clase y calidad en el momento de la pérdida. En el pasado ha habido una tendencia de parte de algunos aseguradores de no hacer ninguna deducción por depreciación, de modo especial por artículos asegurados en base a una relación, pero la póliza dispone de modo definitivo que se ha de considerar como un contrato de indemnización.
6. Sobre las mejoras permanentes a las viviendas que no sean propiedad de la persona asegurada, existe una limitación de la responsabilidad de un 10 por 100 de la cantidad total del seguro aplicable a los daños causados por los riesgos preestablecidos.
7. Las embarcaciones con motor fuera borda se pueden unir a los bienes, con límite de 500 dólares.

Peligros excluidos. Como toda póliza a todo riesgo, la póliza flotante sobre la propiedad mueble tiene ciertos peligros excluidos. Entre ellos están la guerra, la rotura mecánica, las temperaturas extremas, el deterioro, la polilla, las sabandijas, el vicio inherente, la fisión nuclear y los daños causados por el reacabado, la renovación o la reparación. Además de esto, también son excluidos ciertos tipos de daños causados por el agua a la propiedad no especificada. Antes del año 1959 no existía ninguna exclusión por inundación, aguas de lluvia, olas, estancamiento o retroceso de alcantarillados o drenajes o la infiltración. Las pérdidas por estos motivos eran tan graves que se decidió eliminar esta cobertura, pero sólo en tanto en cuanto el daño hubiese tenido ocasión en los locales propiedad de o bajo el control de la persona asegurada. Así, la propiedad fuera de la residencia está cubierta por los daños que cause el agua. Además, la exclusión de la pérdida por agua no tiene aplicación a ciertos bienes descritos, tales como las joyas, las pieles, los instrumentos musicales y los objetos de arte. Una exclusión final es la de la pérdida causada por los animales que mantenga la persona asegurada o un empleado suyo residente.

Coaseguro y franquicia deducible. La póliza flotante sobre la propiedad mueble no contiene cláusula de coaseguro, pero en ella se dispone que no puede ser emitida a menos que la persona asegurada adquiera límites iguales a o que excedan el 80 por 100 de sus valores asegurables. El fin de esta regla es ayudar a superar el problema del infraseguro. Los valores declarados por

la persona asegurada para cada tipo de propiedad son sólo estimados y no son un límite obligatorio sobre su recuperación; así como tampoco existirá penalización de coaseguro por violación de la garantía en el caso de que tales estimaciones sean incorrectas, o en el caso de que la persona asegurada adquiera en una fecha posterior valores por encima de los declarados. Sin embargo, existen excepciones a estos términos generales en ciertos territorios, tales como son, por ejemplo, cuatro condados metropolitanos del Estado de Nueva York, en los que las cantidades declaradas se convierten en límites reales, y la propiedad de reciente adquisición se cubre solamente a la menor de dos cantidades, el 10 por 100 de la cantidad de la póliza o 2.500 dólares.

La póliza flotante sobre propiedad mueble permite el uso de una franquicia de 50 dólares en cada pérdida, por la que se concede un descuento en la tarifa de un 40 por 100. Esta franquicia es de aplicación solamente a la propiedad *no descrita*, y el descuento en la tarifa se aplica sólo a la prima para esa propiedad. Además, no es una franquicia fija de aplicación a todas las perdidas de la propiedad no relacionada porque las causadas por ciertos peligros estatuidos no están sujetas a ella. Estos peligros incluyen el robo, el fuego, el rayo, las tormentas de viento, el granizo, el humo, la explosión, los motines; la conmoción civil, los aviones, los vehículos y la rotura del sistema de calefacción a vapor de agua o agua caliente. La franquicia es de aplicación al robo en un automóvil que no esté custodiado y esté abierto y a la desaparición misteriosa, y todas las pérdidas con la excepción de las causadas por los peligros antes mencionados. A pesar de que la franquicia por lo general es opcional, en algunas jurisdicciones es obligatoria, como por ejemplo en los cuatro condados metropolitanos del Estado de Nueva York, a los que se hizo referencia anteriormente.

Tarificación. Se efectúa sumando un «cargo» a la tarifa del contenido básico para incendio. El *cargo* se basa en la cantidad de seguro requerida y en el territorio en que está situada la residencia principal. En áreas metropolitanas, para los primeros 5.000 dólares de cobertura, varía desde cerca del 0,9 por 100 a un 3 por 100 de los valores declarados. Las tarifas para los siguientes 5.000 dólares de cobertura son aproximadamente la mitad de los primeros 5.000. Para cantidades mayores de 20.000, las tarifas varían desde 0,07 por 100 a un 0,3 por 100. Considerando que la póliza flotante sobre la propiedad mueble proporciona el equivalente a un seguro contra incendio, cobertura am-

pliada, robo y transporte, más la característica de a todo riesgo que se hace cargo de los peligros desconocidos, la prima parece razonable.

Bienes en depósito

Existe un depósito cuando una persona ha confiado la propiedad mueble a otra persona, como ocurre por ejemplo en el caso de las lavanderías, los establecimientos de reparaciones y los garajes. Hay formas especiales de seguro disponibles para los *depositarios* (los dueños de tales establecimientos) para cubrir la pérdida de las mercancías depositadas de las cuales ellos puedan ser responsables. Algunas pólizas para dueños de casa también cubren dichas pérdidas, sujetas a una limitación en la cobertura de un 10 a un 20 por 100 del valor del seguro.

SEGURO SOBRE LA PROPIEDAD FLOTANTE. NEGOCIOS

La naturaleza de la propiedad comercial hace necesarios unos tipos de pólizas flotantes más complejos, de los cuales se dan algunos ejemplos en los párrafos que siguen.

Póliza en bloque

El término *bloque,* en el lenguaje de los seguros, aunque no tiene ningún significado preciso, trae consigo la idea general de un contrato algo más amplio que las formas tradicionales de seguro de transporte terrestre o de incendio. Una *póliza bloque* cubre *globalmente,* sobre la base de a todo riesgo, los bienes comerciales o el equipo que pertenece a una firma comercial, sin importar dónde esté localizada la propiedad.

Póliza bloque para joyeros. Uno de los contratos de este tipo más antiguos y de mayor amplitud, la *póliza en bloque para joyeros,* se suscribe para asegurar todos los bienes comerciales de un joyero típico sobre la base de a todo riesgo. De este modo, objetos tales como joyas, relojes, metales preciosos, cristalería y objetos para regalo quedan cubiertos tanto si pertenecen al joyero como a un cliente, o tanto si pertenecen a otra firma y están en la tienda en depósito y el joyero es legalmente responsable de su seguridad o tiene un interés conómico en ellos.

La póliza en bloque para joyeros cubre no sólo la propiedad que pertenece al joyero como propietario, sino también la propiedad del cliente depositante. De este modo, la póliza en bloque para joyeros es otro ejemplo de seguro de responsabilidad del depositario. Su cobertura se puede ampliar para asegurar los bienes en cualquier lugar del mundo, y mientras estén en tránsito al o desde el establecimiento del joyero, como por ejemplo cuando la propiedad está en manos de agentes, vendedores, clientes (para aprobación), empresas de transporte, otros joyeros. reparadores, correos o la agencia de ferrocarril.

La póliza en bloque para joyeros excluye varios peligros, tales como son, por ejemplo, la guerra y la falta de honradez de los empleados; y también excluye ciertos tipos de propiedad, tales como las mercancías enviadas por correo ordinario en lugar de correo certificado. El joyero está obligado por lo común a proporcionar sistemas de prevención de pérdidas, como por ejemplo alarmas contra ladrones.

Pólizas para comerciantes de cámaras fotográficas e instrumentos musicales. Es una póliza a todo riesgo que cubre todas las mercancías que tengan en existencia los comerciantes de cámaras fotográficas e instrumentos musicales, mientras están en tránsito o en cualquier localidad en los Estados Unidos o Canadá. De igual manera que la póliza en bloque para joyeros, cubre tanto la propiedad de que se es titular como las mercancías de otras personas que estén bajo la custodia de la persona asegurada para su reparación, entrega o almacenaje. Para ser titular de esta póliza, el comerciante debe tener por lo menos el 75 por 100 de su negocio en cámaras fotográficas o instrumentos musicales, según sea el caso. Los aparatos de radio, los televisores y los tocadiscos no se consideran como instrumentos musicales, pero para los fines del seguro pueden estar entre las existencias de los comerciantes de intrumentos musicales y asegurados bajo la misma pólizá en tanto en cuanto sus ventas no excedan de un 25 por 100 de las ventas totales del comerciante. Ciertos tipos de propiedad, tales como las mercancías entregadas a los clientes en contratos de venta condicional, las mercancías en proceso de fabricación, las cuentas, facturas, dinero, el mobiliario y equipo y las herramientas y maquinaria, quedan excluidos.

Póliza de comerciantes de equipo. Está diseñada para los detallistas y mayoristas de equipos pesados para la agricultura y la construcción, tales como las escarificadoras para carreteras,

explanadoras, herramientas neumáticas, compresores, cosechadoras, tractores, gavilladoras, segadoras, arados y rastrilladores. La póliza cubre la propiedad que pertenece a otras personas y están bajo el control del asegurado, pero excluye los automóviles, camiones, motocicletas, aviones o embarcaciones, los cuales se aseguran bajo otras pólizas. Los territorios cubiertos incluyen los Estados Unidos y Canadá, con la excepción de los embarques efectuados vía Canal de Panamá.

Riesgos establecidos en la póliza flotante sobre la propiedad

Muchos tipos de propiedad comercial móvil se pueden asegurar bajo *la póliza flotante para propiedad,* a la que se une un suplemento que describe tipos específicos de propiedad y las condiciones bajo las cuales se aseguran. La forma básica contiene disposiciones bastante normales, tales como la subrogación, evaluación, ajuste de las pérdidas, cancelación, falsa declaración y el fraude. Las pérdidas se liquidan sobre la base de un valor real al contado. La póliza dispone que ha de ser el exceso sobre cualquier otro seguro lo que se pueda cobrar sobre la propiedad cubierta. Algunas de estas pólizas son a todo riesgo, pero la mayoría lo son sobre la base de riesgos específicos.

Entre los diversos tipos de bienes asegurados bajo esta póliza flotante se incluyen: los equipos de contratistas, el equipo agrícola móvil, la maquinaria de oficina, las muestras de vendedores, los equipos de teatro, el material rodante de ferrocarriles, los equipos para la perforación de pozos de petróleo, las plantillas y troqueles, las mercancías en exposición o exhibición, los rótulos eléctricos de neón y mecánicos, el radio, el ganado y los instrumentos de transporte y comunicación. Debido al hecho de que las pólizas flotantes para el transporte terrestre que cubren estos tipos de propiedad son similares en su naturaleza, solamente dos pólizas flotantes de uso común —la póliza flotante para el equipo de contratistas y la póliza flotante para ganado— serán ahora analizadas.

Póliza flotante para el equipo de contratistas. Los contratistas tienen una especial necesidad de protección contra los muchos peligros que pueden causar pérdida en su equipo móvil. Con frecuencia, grandes sumas están invertidas en una sola unidad de equipo que se usa en condiciones básicamente peligrosas. Por ejemplo, las orugas para la construcción de carreteras

están valoradas, por lo general, desde 40.000 dólares en adelante. Un incendio, los desprendimientos de tierra, la colisión con otras unidades de equipo, la caída de rocas y las inundaciones son causas frecuentes de pérdida total.

Los contratistas normalmente trabajan con límites de tiempo y penalizaciones muy severas si no los cumplen. En el caso de que importantes unidades del equipo se averíen o se destruyan en un momento en que el dueño tiene la gran mayoría de su capital invertido en la obra, la necesidad de una indemnización inmediata es evidente. Sin ningún seguro, el contratista puede perder no sólo los fondos invertidos en el equipo, sino también los beneficios sobre la obra en que se emplearon tales fondos, debido a los retrasos incurridos en la construcción mientras se hacen negociaciones de crédito para reponer el equipo.

No todas las pólizas flotantes sobre el equipo de contratistas son iguales, pero en general cubren los peligros que se indican a continuación: incendio, rayo, colisión o vuelco del vehículo sobre el que se está transportando el equipo, explosión, derrumbamiento de puentes, tormentas de viento, terremotos, desprendimientos de tierras, inundaciones y robo. Algunas veces se aplican franquicias a ciertos tipos de peligros, tales como el robo y la colisión. La póliza contiene, por lo general, las exclusiones de riesgos que se indican a continuación: el desgaste normal, guerra, motines, huelgas, conmociones civiles, infidelidad de los empleados, sobrecarga de equipos elevadores y las averías de los aparatos eléctricos, a menos que los haya causado un incendio.

La póliza flotante de los equipos de contratistas asegura artículos tales como tractores, palas a vapor, mezcladoras de hormigón, andamiaje, bombas, motores, generadores, aparatos elevadores, maquinaria de perforación, herramientas de mano, cables, chigres y vagones. De hecho, están cubiertos todos los artículos que use un contratista, con la excepción de los vehículos a motor para uso en carretera, como camiones, remolques y tractores. El contratista puede relacionar o enumerar todos los artículos, con una cantidad para cada uno de ellos, o puede establecer una cantidad general de cobertura, en cuyo caso un 80 por 100 (o más) se establece en cláusula de coaseguro. La póliza flotante cubre los bienes tanto si son de propiedad, arrendados o tomados a préstamo. El seguro tiene vigencia no importa donde esté situada la propiedad. Bienes tales como diseños, planos, equipo de levantamiento de planos y cables subterráneos, quedan por lo general excluidos.

Aunque no existe ningún sistema de tarificación normal para

la póliza flotante sobre el equipo de contratistas, la tarifa para incendio normalmente sirve como una base, modificándose de acuerdo con los peligros particulares y las exclusiones declaradas en la póliza en cuestión y de acuerdo con el tipo de equipo involucrado. La prima anual suele oscilar entre el 1 y el 3 por 100 del valor del equipo asegurado.

Póliza flotante sobre ganado. Ilustrativa de la flexibilidad de cobertura que es posible en las pólizas flotantes, *la póliza flotante sobre ganado*, es de interés para los dueños de ganado vacuno, caballos, cerdos, ovejas y mulas, tanto si los animales se tienen para fines agrícolas como con otra finalidad. Esta póliza flotante, que se hace sobre la base de riesgos concretos, cubre al propietario contra la pérdida por muerte o lesión del animal que se deba a peligros tales como, por ejemplo, el incendio, el rayo, las tormentas de viento, el granizo, los motines y las conmociones civiles, el humo, los aviones, la colisión con vehículos, el robo, el vuelco de los vehículos transportadores, los terremotos, las inundaciones y el hundimiento o el encallado de buques mientras los animales estén en transporte.

Entre los peligros que se excluyen están la guerra, la desaparición misteriosa y la infidelidad de empleados o personas a quienes se haya confiado la propiedad, con la excepción del transportista en alquiler. Ciertos tipos de pérdidas quedan excluidas, tales como son, por ejemplo, la pérdida de uso, los gastos extraordinarios causados por la pérdida del animal y la muerte accidental por disparo del propio asegurado. La muerte debida a enfermedad y los gastos de veterinario no se cubren bajo esta póliza, a menos que la causa próxima de la pérdida sea alguno de los peligros contra los que se ha asegurado.

Se puede cubrir, mediante sobreprima, la muerte o la destrucción que se deba a un disparo accidental por persona distinta del asegurado o sus empleados, el ataque por perros o animales salvajes, el derrumbamiento de edificios, el ahogarse y la electricidad.

La póliza flotante para ganado se puede suscribir para que cubra los animales de reciente adquisición hasta los treinta días después de su compra. Sin embargo, no se pueden asegurar todos los tipos de ganado. Los caballos de carreras, por ejemplo, no son asegurables ni tampoco el ganado que pertenezca a otras personas bajo pólizas emitidas a casas de subasta, veterinarios o sociedades humanitarias. Los animales de circo, ferias o de teatro, el ganado bajo transporte a y desde corrales, y el ganado suelto en tierras de pasto de invierno tampoco son asegurables. Estos riesgos los cubren otras pólizas especiales.

La póliza flotante para el ganado en pastos de invierno cubre los rebaños de ganado vacuno o de ovejas sueltos (desde el mes de octubre hasta el mes de mayo, en ciertas localidades de pasto) contra la muerte o la destrucción a causa de los mismos peligros asegurados bajo la póliza flotante sobre el ganado (con la excepción de los motines, los terremotos y el robo), y además contra la congelación, la asfixia o las ventiscas. La póliza flotante para ganado en pastos de invierno, sin embargo, no tiene ninguna cláusula para añadir la cobertura por tiro accidental, ahogo o el ataque por perros o animales salvajes, como sucede en la póliza flotante para el ganado. Además, la póliza no repone más de un 75 por 100 del valor real al contado por cada animal perdido. Los animales menores de sesenta días de edad y las ovejas sin por lo menos sesenta días de esquiladas no se cubren, como tampoco lo está la pérdida debida a que el asegurado no use todos los medios razonables para salvar y preservar su propiedad de los peligros contra los que se ha asegurado.

Las tarifas que son de aplicación a la póliza flotante sobre el ganado varía desde un 0,75 por 100 de los valores declarados, sin el endoso opcional de peligros, hasta un 2 por 100, con tal endoso. El tipo aplicable a la póliza flotante para el ganado en pastos de invierno es de un 2,5 por 100 de los valores declarados para la estación, con una prima mínima de 100 dólares. En consideración a estas tarifas, la póliza flotante sobre ganado se emite con cláusula de 80 por 100 de coaseguro. Si la póliza cubre animales de otras personas y que estén bajo la custodia de la persona asegurada, se debe procurar una cobertura de por lo menos un 80 por 100 de los valores máximos declarados, para evitar la penalización del coaseguro [2].

[2] Este problema, que es común a otros tipos de seguro en los cuales la cláusula de coaseguro es operativa, se puede ilustrar con brevedad de la manera que sigue: Supongamos que una persona asegurada cubre el equivalente de 10.000 dólares de ganado bajo una póliza flotante con clásula de coaseguro de un 80 por 100. La póliza se suscribe para cubrir los animales a su cuidado vendidos a otras personas, pero a la espera de su entrega. La póliza tiene un valor nominal de 8.000 dólares y, por lo tanto, reúne los requisitos de coaseguro. Sin embargo, la persona asegurada compró el equivalente de 5.000 dólares en animales nuevos, que revende inmediatamente a un comprador para entrega en cuatro semanas. El valor total del ganado de la persona asegurada es ahora de 15.000 dólares, y bajo los términos de la clásula de coaseguro, el 80 por 100, o sea 12.000 dólares en seguro son necesarios. En el caso de una pérdida, la persona asegurada puede cobrar sólo 8/12 de su importe. La póliza

Pólizas flotantes comerciales diversas

Existe una amplia variedad de pólizas flotantes comerciales, cada una de ellas concebida para satisfacer necesidades específicas en determinadas situaciones. A pesar de que no intentamos hacer una relación total de ellas, ni aun clasificarlas, se analizarán dos de ellas como ejemplos de la amplia gama de problemas de tratamiento del riesgo que pueden resolverse, por lo menos de un modo parcial, mediante el uso de las pólizas flotantes para el transporte terrestre.

Póliza flotante de ventas condicionales. Su explicación económica. De todas las ventas al por menor de bienes de consumo, se estima que aproximadamente una tercera parte representa ventas a crédito, y que de todas las ventas a crédito, una tercera parte son ventas a plazos. Por lo tanto, el valor de la propiedad sin pagar en manos de los compradores a crédito es enorme. En mayo de 1971, había alrededor de 126 mil millones de dólares de crédito consumidor pendiente de pago[3]. Se plantea la cuestión: «¿Quién pierde si las mercancías se destruyen por algún peligro asegurable antes de que se hayan pagado en su totalidad?» Es evidente que el vendedor tiene un interés en las mercancías por la cuantía del saldo no pagado, y el comprador tiene un interés en la cuantía de su derecho de propiedad. Legalmente, el comprador ha de pagar por las mercancías, aun en el caso de que éstas hayan sido destruidas, debido al hecho de que ha firmado un pagaré por el saldo que queda por pagar y está obligado a pagar el pagaré independientemente de lo que ocurra a las mercancías. En la práctica, sin embargo, es posible que el comprador no tenga fondos. La pérdida entonces recae sobre el vendedor. Es necesario admitir que, con frecuencia, es difícil para el vendedor recuperar de un «caso perdido».

Aparte del hecho de que el cobro de deudas por mercancías que han sido destruidas puede ser difícil y costoso, muchos vendedores dudan en forzar el cobro debido al peligro de perder

se debe ajustar automáticamente a esta situación o debe tener una cantidad nominal suficientemente grande para cubrir el valor máximo del ganado en cualquier momento. Desde luego, un método alternativo de cobertura sería excluir a los animales que no pertenecen a la persona asegurada, trasladando esta responsabilidad al comprador.

[3] *Federal Reserve Bulletin* («Boletín de la Reserva Federal»), julio de 1971, pág. 56.

el favor de un cliente que es posible que no considere justo efectuar el pago de mercancías que «aún pertenecían a la empresa financiadora». Estos clientes necesitan repuestos de las mercancías perdidas y representan una fuente de comercio continuo que por lo normal ha de ser beneficiosa.

Finalmente, muchos vendedores consideran ilógico el asegurar unas existencias sólo expuestas a una posible pérdida cuando están en el hogar de un cliente con muy poco o ningún derecho de propiedad sobre ellas y además con la actitud de indiferencia hacia el daño que con frecuencia caracteriza a un individuo en estas circunstancias. Por otro lado, las pólizas de bienes relacionados o enumerados y las pólizas en bloque por lo general excluyen de la cobertura los objetos vendidos a otras personas. Por ejemplo, la póliza en bloque para joyeros excluye los bienes vendidos a plazos. Una póliza flotante sobre las ventas condicionales es necesaria para que el joyero tenga una completa cobertura cuando vende un volumen sustancial de sus mercancías a crédito.

Debido a estas consideraciones, la póliza flotante para las ventas condicionales ha asumido un significado mayor como instrumento de tratamiento del riesgo entre los fabricantes que venden con contratos a plazos, las instituciones para la financiación de ventas y los establecimientos de crédito al por menor.

La póliza flotante para ventas condicionales se puede suscribir para asegurar (1) sólo el interés del vendedor en las mercancías, en cuyo caso la póliza se conoce como de *interés individual;* (2) tanto el interés del vendedor como el del comprador, en que recibe el nombre de póliza de *doble interés;* o (3) sobre una base *contingente,* en la cual se paga una indemnización al acreedor sólo en el caso de que al deudor no se le pueda hacer pagar.

Si ocurre una pérdida bajo una póliza de interés individual, la deuda del cliente se cancela y el vendedor recupera el importe del saldo pendiente de pago. No existe ningún seguro sobre el derecho de propiedad del cliente sobre las mercancías, como ocurre en el caso de la póliza de doble interés.

En la póliza de *doble interés,* en el caso de que las mercancías hayan sido destruidas por un peligro asegurado, están cubiertos tanto el derecho de propiedad del comprador en las mercancías como la deuda sin pagar. Por ejemplo, supongamos que el señor Keeling ha comprado un equipo estereofónico por la cantidad de 500 dólares y aún debe 300 en el momento en que el equipo se destruye por un incendio debido al sobrecalentamiento de una válvula. Por fortuna, su acreedor tiene un seguro de

doble interés mediante póliza flotante sobre ventas a plazos. El señor Keeling puede recuperar los 200 dólares que ya ha pagado y el vendedor recupera los 300 pendientes de pago. La deuda pendiente se cancela. La póliza juega en exceso de cualquier otro seguro que cubra el contenido del edificio. Una vez que el precio de compra ha sido pagado, la póliza flotante y su cobertura terminan.

Bajo la forma *contingente*, la deuda del cliente no se cancela, ni está cubierto su derecho de propiedad sobre las mercancías. El vendedor está obligado a llevar a cabo los máximos esfuerzos para cobrar el saldo que se le debe. En caso de que pruebe que es incobrable, el asegurador le reemblosa su pérdida. Las pólizas contingentes se suscriben a una tarifa igual a aproximadamente dos terceras partes de la tarifa de las otras pólizas, debido a que el asegurador espera pagar sólo en caso de que el cliente del vendedor sea insolvente o haya desaparecido.

Aunque las pólizas flotantes sobre las ventas condicionales no están normalizadas, por lo general cubren los peligros del suplemento ampliado de la cobertura de las pólizas sobre viviendas, los peligros del fuego y el rayo, peligros de transporte y del agua, los terremotos, el derrumbamiento de los edificios, la rotura en tránsito y el robo. Algunos aseguradores aceptan cobertura a todo riesgo sobre ciertas mercancías, tales como los aparatos domésticos. Los riesgos típicos excluidos son el robo por parte del comprador, el vicio inherente de las mercancías (por ejemplo, rayaduras, dobleces y la rotura de artículos frágiles), el defectuoso cableado interno de los electrodomésticos, la guerra y el comercio ilegal. A veces se usa una franquicia fija en mercancías tales como los instrumentos musicales, los cuales están especialmente sujetos a rotura.

Envíos por correo. El Servicio de Correos de los Estados Unidos no es una empresa de transporte y no tiene responsabilidad por la pérdida de las mercancías que se le confíen, a menos que estén aseguradas por el mismo correo. Por lo tanto, cualquier persona que use el Servicio de Correos, y de modo especial aquellos que envíen un volumen considerable de embarques anualmente, está en la necesidad de obtener protección para sus remesas. La industria del seguro ha establecido algunas pólizas para satisfacer las necesidades de casi todo el mundo, desde la persona que envía por correo sólo un volumen relativamente pequeño, hasta quienes envían capitales muy grandes en valores o dinero. La lista ue sigue resume las pólizas de mayor importancia de esta naturaleza:

1. La póliza sobre paquetes postales cubre los embarques de mercaderías solamente.
2. La póliza flotante sobre el correo de primera clase: hay disponibles tres pólizas para diferentes clases de clientes que envíen valores, sellos y otros títulos de valor por correo de primera clase o certificado.
3. La póliza flotante sobre el correo certificado: cubre las obligaciones, las acciones, el dinero, oro o plata en barras, metales preciosos, recibos de almacén y otros envíos valiosos por correo certitificado o exprés.

Las pólizas emitidas por los aseguradores ofrecen, por lo general, las ventajas de una mayor conveniencia, una cobertura más amplia, un costo más bajo y un servicio de reclamaciones más rápido que la cobertura del Servicio de Correos. Estas ventajas son aún más evidentes para el embarcador a gran escala que para el embarcador ocasional. Por ejemplo, los embarques efectuados bajo una póliza de correo certificado están cubiertos desde el momento en que salen de los locales de la persona que hace el envío hasta su llegada a los locales de la persona a la que van dirigidos, y no sólo durante el período de tiempo en que están en manos del servicio de correos o la compañía de exprés. Bajo la póliza flotante de correo de primera clase, no es necesario esperar en la «cola» en la oficina de correos para comprar el seguro cada vez que se hace un envío por correo, ni confiar en un mensajero para que haga en cada caso los arreglos adecuados. Cada una de las pólizas que se exponen más adelante es a todo riesgo, siendo el peligro de guerra la principal exclusión.

Póliza para paquetes postales. Cubriendo los embarques sobre la base de todo riesgo desde el momento en que están bajo la custodia del servicio de correos hasta el momento de su entrega final, la *póliza para paquetes postales* está disponible para mercaderías, pero no para dinero o valores. Las mercaderías perecederas, los paquetes que no lleven la etiqueta que diga «se garantiza el franqueo de vuelta», los que lleven etiquetas descriptivas en su parte exterior y los embarques que no se hagan de acuerdo con la Ley General de Paquetes Postales del año 1912, están entre los artículos que se excluyen. Existe un límite

de responsabilidad de 100 dólares sobre el correo no certificado, y de 500 sobre el certificado.

Los usuarios ocasionales por lo general compran la póliza para paquetes postales sobre la base de cupones (que cuestan 5 centavos cada uno) que se ponen en el paquete. Los usuarios importantes por lo general compran la póliza para paquetes postales en forma anual o abierta, por medio de la cual se hacen informes mensuales al asegurador por todos los embarques asegurados; las primas se pagan sobre esta base.

Póliza flotante para correo de primera clase. Los usuarios de esta póliza flotante disfrutan de una cobertura a todo riesgo sobre los embarques de llegada o salida efectuados por correo de primera clase o certificado. Aunque las tarifas son algo más altas que las que se cargan en la póliza para correo certificado, se efectúan unos ahorros considerables y pueden añadirse cláusulas adicionales para ciertos tipos de embarques. Existen tres clases de póliza flotante para correo de primera clase: la Forma A, la Forma B, y la Póliza de Correos para Agentes de Transferencia.

La Forma A permite una cobertura hasta 250.000 dólares por paquete y 1.100.000 dólares por destinatario, que se aplica desde el mismo momento en que el paquete se entrega en manos de un mensajero para ponerlo en el correo, hasta que llega al destinatario. Las obligaciones del Gobierno y sus cupones no están cubiertos por esta póliza. La persona asegurada no está obligada a asegurar cada artículo de correo de primera clase que envía, sino sólo aquéllos sobre los cuales hace un registro y efectúa el pago de una prima al asegurador. No se da ningún seguro sobre embarques que no hayan sido así registrados. Las tarifas son una cuota fija por cada 1.000 dólares de valor declarado.

En una categoría, por ejemplo, las tarifas varían desde 1,5 centavos para los valores no negociables que se envíen por correo certificado, hasta 48 centavos para los cupones que se envíen por correo de primera clase sobre los embarques a instituciones financieras especificadas.

La medida de la pérdida es el valor en el mercado de una propiedad similar comprada por la persona asegurada en el mercado disponible, más la pérdida de los intereses, embarque y el coste del seguro, con máximo de un 125 por 100 del capital del seguro.

La Forma B permite a la persona asegurada evitar el requisito de registrar cada envío y de pagar una prima basada en los valores así registrados. Bajo esta póliza flotante, existe un cargo fijo de 10 centavos por cada paquete de correo ordinario o aéreo de primera clase, y de 8 centavos por cada paquete de correo certificado, sujeto a una prima mínima anual de 50 dólares. Sin embargo, existe un límite de responsabilidad de 500 dólares por cada paquete y una exclusión de toda clase de dinero y cheques. Por otro lado, la Forma B cubre sólo los envíos efectuados por la persona asegurada, mientras que la Forma A cubre tanto los embarques de llegada como los de salida. La pérdida está limitada a un 100 por 100 de la cantidad del seguro.

Otra póliza flotante para el correo de primera clase concebida para los síndicos de contratos de préstamo, los agentes de transferencias y los registradores que envían por correo de primera clase las emisiones de sus propios valores es la *Póliza de Correos para los Agentes de Transferencia.* El límite de recuperación por un paquete individual de primera clase es de 100.000 dólares y para el correo certificado es de 1.000.000 de dólares. Esta póliza da al asegurado el derecho a que se hagan duplicados de los valores perdidos o que se reexpidan en favor de la compañía expedidora, y el asegurador acuerda en el contrato pagar por este costo y garantizar contra cualquier pérdida que sea el resultado de la negociación de los valores perdidos en el caso de que caigan en manos de personas no autorizadas. La tarifa es de 7 centavos por cada paquete, sujeta a una prima mínima anual de 50 dólares.

Póliza flotante para el correo certificado. Da una protección a todo riesgo a una amplia variedad de envíos, con la inclusión de dinero y los metales preciosos, tanto por correo certificado como expreso. En función de la tarifa que se cargue, la cobertura puede amparar todo el mundo o estar restringida territorialmente. Con la excepción de dinero, no hay límites fijados de seguro; la cobertura es igual a los valores declarados por la persona asegurada. En el caso de que se determine que el asegurado informó el precio completo del valor de mercado en el momento de poner el envío en el correo, y el precio de estos valores hubiera subido en el momento de la pérdida, la cantidad a pagar al asegurado puede ser mayor que la original declarada, sujeta a un máximo del 125 por 100 del valor completo en el mercado en el momento del envío. Las tarifas se basan sobre cada 1.000 dólares de valoración y aproximadamente 6 centavos por cada 1.000 dólares para correo certificado o expreso, para

los envíos dentro de los Estados Unidos. Las primas se pueden cotizar sobre una cantidad fija por cada paquete, si así se desea. La póliza requiere que se hagan declaraciones de todos los envíos para que la cobertura sea efectiva. Estos informes se pueden hacer diaria, mensual o anualmente. Las tarifas se basan en el número de envíos declarados por el asegurado.

● RESUMEN

1. De las diversas pólizas flotantes para cubrir los objetos muebles de uso no comercial que pertenezcan a un individuo, la más conocida y la de uso más extenso es la póliza flotante sobre la propiedad mueble (PPF). Esta póliza, suscrita sobre una base general, asegura a todo riesgo y en todo el mundo, con relativamente pocas exclusiones.
2. Los depósitos de bienes dan lugar a una demanda de seguros sobre mercancías en depósito, aún cuando con frecuencia no exista ninguna clase de responsabilidad legal del depositario por los daños a las mercancías de terceros que estén bajo su custodia. El depositario tiene en dichas mercancías un interés asegurable por representación en el caso de que no sea legalmente responsable de su destrucción.
3. La cobertura sobre bienes en depósito la puede solicitar tanto el depositario como el depositante. Las pólizas de los clientes del depositario están concebidas para pagar por la pérdida de las mercancías en depósito, por riesgos especificados, sin importar la responsabilidad legal del depositario. Es típica la póliza para los clientes de peleteros, destinada a cubrir las concentraciones de valores en pieles dejados en manos de los peleteros para su almacenaje o restauración.
4. Las pólizas en bloque, emitidas para detallistas y mayoristas, son significativas debido al hecho de que operan en base a un seguro a todo riesgo. Son muy frecuentes las pólizas en bloque para joyeros, para los comerciantes de cámaras fotográficas e instrumentos musicales, y para los comerciantes de bienes de equipo.
5. En contraste con las formas en bloque, las pólizas flotantes sobre la propiedad enumerada o relacionada, por lo general emitidas sobre la base de peligros especificados, cubren una extremadamente amplia variedad comercial flotante. Ejemplos de éstas son la póliza flotante sobre el equipo de contratistas y la póliza flotante sobre ganado.
6. Debido a la creciente importancia de las ventas a crédito en los Estados Unidos, la póliza flotante sobre las ventas condicionales, que cubren la propiedad sin pagar en manos de los compradores, ha asumido un gran significado como instrumento para el tratamiento del riesgo en las tiendas de ventas al detall, en las instituciones para la financiación de ventas, y para otras personas que asumen riesgos en las ventas a plazos.
7. La póliza para los paquetes postales, la póliza flotante sobre el correo de primera clase y la póliza flotante sobre el correo certificado, que se usan por quienes envían objetos de valor por correo, se pueden concertar de modo económico y adecuado para satisfacer las amplias y variadas necesidades de estas personas.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. Indique, dando sus razones para ello, cuáles de las pérdidas que se indican a continuación están cubiertas por una póliza flotante sobre la propiedad mueble, suscrita con una franquicia de 50 dólares:
   (a) Un perro que pertenece a los vecinos se ha comido la almohadilla de descanso situada en el patio propiedad del asegurado.
   (b) La misma situación que en (a), sólo que se determina que el perro pertenece al propio asegurado.
   (c) Una ardilla ha hecho un agujero en un abrigo de valor dejado en una mesa fuera de la casa.
   (d) Unos ladrones roban 75 dólares de un armario asegurado en un club de atletismo. Seis meses más tarde son robados otros 80 dólares de la misma manera.
   (e) Unas alfombras de gran valor, enviadas a una casa de limpieza, fueron dañadas por un proceso contra las polillas.
   (f) Unos ladrones roban algunos cheques en blanco que pertenecen a una iglesia; los rellenaron por diversas cantidades y los negociaron.

(g) Una alfombra fue dañada por pérdida de color cuando una sirviente usó amoníaco doméstico y agua para limpiarla. El asegurador niega el pago en razón a que la pérdida no fue accidental y a que la persona asegurada pudo haberla evitado por medio de la rápida aplicación de ácido acético, pero no lo hizo.

(h) El viento hizo un agujero en un techo durante una tormenta; el agua entró y causó un corto circuito eléctrico; un congelador lleno de alimentos se calentó y la carne se estropeó. El asegurador se niega al pago debido al hecho de que existe una exclusión para «roturas mecánicas».

(i) Un inodoro se desborda y el agua se cuela a través de las vigas del techo y daña una valiosa silla en la planta de abajo.

(j) La persona asegurada toma a préstamo algunos cubiertos de plata a su vecino para usarlo en una fiesta. Unos ladrones roban esa noche y los cubiertos de plata se encuentran entre lo robado. También roban un abrigo de pieles que pertenece a una de las señoras invitadas que se ha quedado a pasar la noche en la casa.

(k) Un reloj valorado en 500 dólares desaparece de forma misteriosa. No estaba en la relación de la póliza flotante sobre la propiedad mueble de la persona asegurada.

2. ¿Existe una duplicidad de cobertura entre la del depositario, bajo una póliza de los clientes de un depositario, y el seguro proporcionado a un depositante bajo una póliza flotante sobre la propiedad mueble? Explíquelo.

3. (a) Haga una lista de (1) peligros excluidos, (2) propiedad excluida, (3) territorios excluidos y (4) limitaciones de pérdida, que existen en las pólizas flotantes de bloque que cubren la propiedad mueble.

   (b) ¿Qué semejanzas y diferencias puede usted observar entre las pólizas en bloque?

4. (a) ¿Cuál es la principal diferencia de enfoque entre las pólizas en bloque y las pólizas flotantes sobre la propiedad relacionada o enumerada?

   (b) Sugiera razones para emplear la idea de bloque por los usuarios de las pólizas de propiedad relacionada.

5. La West Furniture Store tiene una póliza flotante sobre ventas condicionales, expedida sobre una base de contingencia. John Homan acaba de hacer uso de las generosas condiciones de crédito que ofrece esta tienda y ha amueblado su hogar con el equivalente a 2.000 dólares, con un pronto pago de 200. Al regresar de unas cortas vacaciones, John encuentra que su casa se ha quemado hasta los cimientos. No ha suscrito ningún seguro contra incendio sobre las mercancías (que él asumía eran propiedad de la West Furniture Store).

   (a) ¿Está John obligado a liquidar su deuda impagada? ¿Por qué?

   (b) ¿Qué tipo de póliza flotante sobre las ventas condicionales debería tener la firma West?

6. La firma Overman, Mayer y Mann, corredores de valores, no desea enviar los certificados de acciones ordinarios a sus clientes por correo certificado debido a los inconvenientes y el gasto que supone este tipo de envíos. Pero al mismo tiempo, tampoco desean enviar estos valores por correo ordinario sin estar asegurados.

   (a) Sugiera una póliza que satisfaga sus necesidades.

   (b) ¿Qué forma de esta póliza recomienda usted? ¿Por qué?

7. La Alamo Jewelry Company vende, por correo, diamantes y relojes de mucho valor.

   (a) ¿Por qué no sería la póliza sobre paquetes postales una solución adecuada a las necesidades de seguro de Alamo?

   (b) ¿Qué póliza recomendaría usted? ¿Por qué?

14

El Riesgo de Responsabilidad

Rara vez puede uno tomar en sus manos un periódico sin leer alguna noticia sobre una persona que inicia una acción legal contra otra por daños y perjuicios. Un repaso de la actuación judicial en los casos de daños personales mostrará situaciones similares a las que se indican a continuación, en que sumas sustanciales han sido concedidas al demandante [1].

Bernard v. Railway Express.—22.662. El demandante, un empleado, puso un gancho en una caja de pescado congelado y tiró de él. La caja se rompió, motivando que el demandante se cayera de espaldas. Se fracturó la muñeca y varias costillas. Hubo 750 $ de gastos en facturas de médicos. El pleito se basaba en la falta por parte del patrón de no proporcionar la ayuda suficiente para mover el embarque.

Dowell v. Mossberg.—6.000 $. El demandante alegaba que el demandado le había tenido en tratamiento, pero tuvo un fallo al no diagnosticar una diabetes, que trajo como resultado el dejar de tratar la enfermedad hasta el punto de haber alcanzado un grado de mayor gravedad, que fue la causa de daños permanentes en las arterias, un posible desprendimiento de retina y lesión en los riñones.

Elliot v. Butler.—18.000 $. El demandante, un jugador profesional de beisbol, tuvo una grave fractura en un brazo cuando el demandado hizo caso omiso de una señal de parada y colisionó con su vehículo.

[1] G. C. TALBOY, *Review of Jury Action on Personal Injury Cases*, «Insurance News» (febrero de 1959), pp. 59-61.

El testimonio médico fue que el demandante sufriría una incapacidad permanente como lanzador y se recomendaba cirugía adicional. La sentencia incluía 6.743 $ por daños y perjuicios especiales.

Cuando una persona se convierte en la parte demandada en procesos como los anteriores, surgen problemas económicos inmediatos. Es necesario contratar los servicios de abogados defensores; las costas de los tribunales y las sentencias se han de pagar, en caso de que el veredicto sea en contra del demandado. Se pierde tiempo en el trabajo y puede producirse una pérdida de eficacia como resultado de las preocupaciones. El aumento en la frecuencia de los accidentes automovilísticos y el creciente costo para resolver los daños y perjuicios que nacen de esta fuente nos llevan a la conclusión de que situaciones como las descritas anteriormente son bastante comunes.

Este capítulo traza las bases legales en que se apoyan los procesos por negligencia, y las pérdidas que pueden resultar de ellos. Un análisis de los contratos de seguro concebidos para dar protección contra las consecuencias financieras de las decisiones de los tribunales en casos de negligencia y otras causas análogas se exponen en el capítulo siguiente.

EL DERECHO BASICO SOBRE LA NEGLIGENCIA

El derecho básico sobre la negligencia tiene muchos aspectos que normalmente son difíciles de comprender por un profano. Para ver en qué consiste este derecho, antes hay que comprender qué condiciones han de producirse para que un acto dé lugar a una negligencia procesable por parte de un demandante. En segundo lugar se deben conocer qué medios de defensa reconocen los tribunales para la protección de los demandados. Finalmente es necesario saber cómo funciona esta interacción de negligencia y defensas en los muchos y diferentes juegos de relaciones que pueden existir; es decir, relaciones tales como la de empleado-patrón, arrendador y arrendatario, comprador y vendedor, representado y representante o conductor y peatón. En cada relación se aplican distintas normas. El derecho es complejo y cambia de modo constante; por lo tanto, en este capítulo se puede dar sólo un breve resumen de los puntos más importantes.

AGRAVIOS

Un *agravio* es un daño legal a otra persona que surge de acciones distintas al incumplimiento de contratos, en que los tribunales proporcionarán un remedio que permite el resarcimiento en un proceso por daños y perjuicios. El daño resulta cuando los derechos de una persona se lesionan de mala fe. Ejemplos de estos derechos son el de la intimidad personal, el derecho al disfrute de la propiedad sin molestias, y el derecho a estar libre de lesiones físicas. Ejemplos de agravios son el libelo, la calumnia o difamación, el asalto y la negligencia. Los agravios pueden dar lugar a acción penal, acción civil, o ambas, contra la persona que ofende. Ahora estamos principalmente interesados en la protección contra las consecuencias económicas de una acción civil que surja de uno solo de estos agravios, la *negligencia*, que surge de actos sin intención. También hay pólizas de seguro contra los agravios intencionados, tales como, por ejemplo, la falsa detención, el libelo, la calumnia o difamación, la invasión, la agresión y el asalto.

EL ACTO NEGLIGENTE

Por *negligencia* se entiende la omisión de ejercitar el grado de cuidado o diligencia que exige el derecho. Lo que el derecho exige se entiende que es la conducta que se espera de un individuo razonablemente prudente bajo las mismas circunstancias. Lo que constituye negligencia, desde luego, no está definido en ningún código legal, pero se juzga de acuerdo con las costumbres que la sociedad ha venido observando en distintas situaciones.

Acto negativo

Un acto negligente es en esencia un acto *negativo*. Se caracteriza por la omisión de hacer una cosa o hacer algo que no debía hacerse. Surge del incumplimiento de la obligación legal hacia otra persona. Uno puede dar un golpe con su automóvil en la parte posterior de otro vehículo. Visto así, es un hecho

positivo. En tal caso, la negligencia aparecc como la omisión de conducir con el debido cuidado.

La negligencia puede surgir también de la omisión de actuar cuando existe una obligación de hacerlo. En este sentido, una compañía de gas fue considerada responsable de un daño cuando había convenido inspeccionar el contador del gas de un cliente, pero dejó de hacerlo [2].

Acto voluntario

Un acto de negligencia ha de llevarse a cabo *voluntariamente.* Si un acto se lleva a cabo sin voluntad, la interpretación puede ser que el acto era excusable. Si tal fuera el caso, el demandante no podría cobrar daños y perjuicios. Por ejemplo, si una persona pone un arma de fuego en las manos de otra persona, dirige su puntería hacia una diana, y le ayuda a apretar el gatillo, la segunda persona difícilmente estaría sujeta a responsabilidad; y si el tiro lesiona a un tercero, existe la duda de que la segunda persona sea negligente. O, pongamos otro ejemplo, si una persona que está de pie en el borde de una montaña pierde el equilibrio y al intentar recuperarlo se agarra a otra persona y hace que ésta también caiga, existe la duda de que el acto sea voluntario. Aun un hombre razonablemente prudente hubiera actuado de la misma manera. Una reacción involuntaria no es una reacción que dé lugar a una negligencia legal.

Un acto negligente, sin embargo, no se excusa porque sea sin intención. Una lesión sin intención a otra persona puede dar lugar tanto a una acción penal como a una acción civil. Los actos de negligencia son en esencia aquellos en los cuales el demandado puede tratar de excusar su conducta diciendo: «Yo no tenía la intención de hacerlo».

El derecho no espera que la perfección sea la norma por medio de la cual se juzgue un acto de negligencia. El grado de cuidado que se espera tenga un médico con preparación y que sea un especialista puede ser más alto que el que se puede esperar de un internista o aun de un médico de práctica general. El grado de cuidado que se puede esperar de una criatura es distinto del que se puede esperar de una persona adulta.

[2] *Trimbo v. Minnesota Valley Natural Gas Company,* Minnesota Supreme Court (Tribunal Supremo de Minnesota), 110 NW. 2d 168 (1961).

Acto imputable

Un acto de negligencia ha sido *imputado* a una persona. En este sentido, una persona es responsable no sólo de sus propios actos sino también de los actos de negligencia de los criados o agentes que legalmente le representen. Los patronos pueden ser demandados por los actos de negligencia de sus empleados. La negligencia puede imputarse debido a un contrato con otra persona para asumir la responsabilidad que normalmente recaería en el primero. Así, un equipo de beisbol puede ser responsable de los accidentes que surjan del uso de un campo de juego que sea propiedad de la ciudad y que se le haya arrendado, simplemente porque el equipo había asumido dicha responsabilidad de acuerdo con el arrendamiento. Un padre puede ser legalmente responsable de los daños causados por su hijo que conduce con negligencia el coche de la familia, debido al hecho de que las leyes exigen que los padres asuman dicha responsabilidad. De acuerdo con las leyes sobre establecimientos de bebida de muchos Estados, el dueño de un bar puede ser considerado responsable de los daños y perjuicios que resulten de su negocio al servir bebidas alcohólicas. De este modo, si un cliente se embriaga, y debido a este estado de embriaguez se cruza en el camino de un coche cuando va hacia su casa desde el bar y resulta con lesiones, el dueño de la taberna puede ser considerado responsable de los daños.

Causa próxima de la pérdida

Un acto de negligencia, para que pueda dar lugar a una acción legal por daños y perjuicios, debe ser la *causa próxima* de la pérdida. Debe existir una cadena de acontecimientos sin solución de continuidad que lleve desde el acto de negligencia hasta los daños y perjuicios sufridos. Supongamos que *A* causa con negligencia daños al coche de *B* y como resultado de ello *B* llega tarde a una muy importante reunión de negocios. *B* demanda que, como resultado de ello, ha perdido una venta que le hubiera supuesto unos beneficios netos de 10.000 dólares. ¿Puede *B* sumar 10.000 dólares a su reclamación por daños y perjuicios? Los tribunales con toda probabilidad exigirían pruebas de que el accidente fue la única, o por lo menos la principal, causa de perder la venta. Sería muy difícil demostrar esto, ya

que muchos factores, distintos a la tardanza de *B*, pudieron haber hecho que él perdiera la venta. Si llevamos el ejemplo un poco más allá, supongamos que *B* reclama que no sólo perdió la venta, sino que como resultado de haberla perdido, también ha perdido su empleo. Más aún, debido a que él ha perdido su empleo, su mujer tuvo que ponerse a trabajar, determinando la necesidad de los gastos de la compra de un segundo coche y conseguir una persona que cuidara de los niños. ¿Puede *B* sumar también estos gastos a su reclamación? Es evidente que el tribunal ha de «hilar muy fino» al determinar la causa próxima, o toda una serie de fuentes en reclamación de daños y perjuicios quedaría abierta. Sin embargo, los anteriores comentarios no se deben interpretar para significar que los tribunales nunca van más allá de la pérdida inmediata demostrable por culpa del acto de negligencia.

DEFENSAS

Aun en el caso de que una persona o una sociedad anónima sea culpable de un acto de negligencia, se puede hacer uso de ciertas defensas para vencer las consecuencias económicas de dicha negligencia. Estas defensas son las de derecho común, las defensas legales y la responsabilidad contractual.

Respecto al derecho común, tres defensas han sido consideradas por los tribunales: la negligencia concurrente, el riesgo asumido y la regla sobre la responsabilidad por las lesiones causadas por negligencia de otro compañero de trabajo.

Negligencia concurrente

Si ambas partes son culpables de un accidente determinado, ninguna de las dos puede cobrar de la otra por los daños y perjuicios que surjan de la negligencia. Una persona al ir a los tribunales ha de hacerlo con «las manos limpias». Si una de las partes tiene parcialmente la culpa, se dice que es culpable de negligencia contribuyente o concurrente y puede que no cobre de la otra, aun en el caso de que ésta tenga el 90 por 100 de la culpa y el demandante tenga solamente el 10 por 100 restante.

En derecho común, cada persona tiene un deber u obligación de ejercitar un elemental cuidado en su propia seguridad. Si deja de ejercitar este grado de cuidado que «la gran masa de la humanidad» normalmente ejercitaría dentro de las mismas

circunstancias, es posible que no cobre de otras personas por su pérdida. En un caso concreto, la demandante resultó lesionada cuando su coche recibió un golpe por la parte posterior. Ella reclamaba daños y perjuicios por valor de 30.000 dólares, pero en el juicio se trajo a colación el hecho de que a pesar de que ella tenía cinturones de seguridad en su coche, no los había puesto en uso en el momento del accidente. El jurado negó todos los daños y perjuicios en razón de que existía una negligencia contribuyente o concurrente, que era el resultado de la omisión por parte de la demandante de ejercitar el ordinario cuidado en evitar la pérdida por no usar un dispositivo de seguridad que tenía a la mano y que hubiera evitado sus lesiones[3].

El riesgo asumido

Bajo ciertas circunstancias, un demandado puede alegar en su defensa que el demandante no tiene causa ninguna de acción debido al hecho de que asumió ciertos riesgos al entrar en los locales del demandado; y si sufrió algún daño, ello fue el resultado de sus propias acciones y no de las del demandado. La defensa por el riesgo asumido se puede ilustrar en el caso de incendio en un teatro. El pánico cunde entre la gente en un teatro lleno, se apiñan en las salidas y perecen. ¿Pueden los familiares de la persona muerta demandar a la dirección del teatro por tener un número insuficiente de salidas? Asumiendo que no ha existido negligencia al comenzar el incendio y que el número de salidas que la ley exige se había provisto, existe la probabilidad de que no prospere la demanda de los familiares debido al hecho de que la defensa por riesgo asumido probablemente se aceptaría. Las direcciones de los campos de juego de beisbol son demandadas en ocasiones cuando las pelotas golpean a algún espectador. Asumiendo que se ha ejercitado un cuidado razonable al proveer adecuadas telas metálicas, los tribunales por lo general mantienen que cuando una persona asiste a un partido de beisbol está asumiendo el riesgo que de un modo normal se atribuye a los espectadores y debe aceptar las consecuencias de cualquier resultado normal de un partido de beisbol. Los patronos han podido usar en el pasado la doctrina del riesgo asumido para vencer en los procesos por negligencia incoados por los empleados, pero por disposiciones legales de derecho común, este criterio se ha visto debilitado de forma gradual.

[3] *Time* (22 julio 1966), p. 46.

La regla sobre la responsabilidad por las lesiones causadas por negligencia de otro compañero de trabajo

Antes de que fueran aprobadas las leyes sobre accidentes de trabajo y responsabilidad de los patronos, éstos últimos con frecuencia podía evitar con éxito las acciones judiciales por negligencia de los empleados debido a lesiones laborales, demostrando que la causa del accidente se podía atribuir a otro trabajador. En tanto en cuanto el patrono pudiera demostrar que usaba una razonable diligencia al emplear trabajadores competentes para la labor que se les encomendaba, estaba a seguro de las decisiones que de otro modo se hubieran tomado. Esta defensa, sin embargo, ha venido mitigándose últimamente.

Defensas legales

Además de las defensas de derecho común también existen otras defensas establecidas por la ley. Tres ejemplos de ellas son las leyes sobre los defectos de los coches, las relativas a la muerte por negligencia de otras personas y la supervivencia y las que establecen la inmunidad por negligencia de las entidades de caridad y gubernamentales. Las leyes sobre defectos de los coches se analizan en el Capítulo 16. Las relativas a la muerte por negligencia de otras personas establecen que la muerte no extingue los derechos para cobrar daños y perjuicios debido a responsabilidad por agravios, si bien con frecuencia ponen un límite económico de recuperación. Los bienes del agraviador de la persona fallecida se pueden demandar por daños y perjuicios, y el demandante puede ser el caudal hereditario de la persona muerta.

La inmunidad del Gobierno por responsabilidad por agravios se basó originalmente en la doctrina de que «el rey no puede hacer nada mal hecho». A pesar de que esta doctrina ha sido modificada en gran parte en los últimos años, aún es necesario en muchas jurisdicciones que una agencia del Gobierno dé su consentimiento para ser demandada por negligencia al llevar a cabo sus funciones de gobierno, tales como son, por ejemplo, la ejecución de las leyes, la protección contra incendio o la educación. Los tribunales han mantenido que los Gobiernos pueden ser demandados sin su permiso por la negligencia que suria de actividades tales como, por ejemplo, el funcionamiento de los servicios públicos propiedad de la ciudad, el funcionamiento de parques, las agencias de viviendas, etc. La inmunidad del Gobierno no exonera a su personal de responsabilidad al llevar a cabo sus obligaciones. Así, los policías pueden estar sujetos a demandas por responsabilidad personal debida a un falso arresto.

En algunos Estados, las instituciones de caridad, tales como los hospitales de sociedades no lucrativas, los hogares para ancianos, seminarios y otras instituciones no pueden ser responsables por negligencia. Se presume que estas instituciones tienen en fideicomiso la propiedad de otras personas bajo unas condiciones que no les permite hacer desembolsos por negligencia.

Defensas contractuales

Otro concepto que funciona como defensa en los juicios por negligencia es el de la negligencia imputada o contractual. Bajo este concepto, la negligencia de una persona se puede atribuir a otra persona legalmente o por medio de un contrato. Pongamos un ejemplo: una ciudad puede exigir que un contratista de pavimentación de calles mantenga a la ciudad libre de la responsabilidad que pueda surgir de sus actividades. De modo similar, una compañía de ferrocarriles puede formalizar un contrato con un fabricante en el sentido de que si hubiera alguna acción por negligencia que surgiera del funcionamiento de las locomotoras, sería el fabricante, en lugar de la compañía de ferrocarriles, la parte responsable. De este modo la responsabilidad de la compañía de ferrocarriles ha sido transferida por medio de un contrato. Otros medios comunes por medio de los cuales se transfiere la responsabilidad son los contratos de prestación de servicios o para el suministro de mercancías.

TENDENCIA HACIA LA RESPONSABILIDAD ABSOLUTA

Es evidente que los conceptos tradicionales de lo que constituye una negligencia que pueda ser el motivo de una acción judicial se están alterando de modo que no sólo más actos se están interpretando como negligentes, sino que también se van debilitando las defensas anteriormente disponibles por los demandados. Por otro lado, los daños y perjuicios reconocidos a los demandantes han seguido la tendencia a ser mayores y se conce-

den por una variedad más amplia de pérdidas que anteriormente [4]. Estas tendencias se analizan a continuación.

El debilitamiento de las defensas

Ya anteriormente se ha hecho referencia al hecho de que el riesgo asumido y las defensas sobre la responsabilidad por las lesiones causadas por la negligencia de otro compañero de trabajo han sido alteradas por las leyes sobre accidentes de trabajo y responsabilidad de patronos. El campo de indemnización a los trabajadores, que se analiza en un capítulo posterior, fue el primer ejemplo de gran importancia del seguro social en los Estados Unidos. Todos los Estados ya han aprobado este tipo de legislación, lo que representa un cambio en los principios legales sobre la negligencia en el tratamiento de los accidente laborales. Antes de que estas leyes fueran aprobadas (la mayoría fueron promulgadas entre 1910 y 1920), regían los principios de la negligencia, de modo que un trabajador tenía que tratar de conseguir los daños y perjuicios mediante el ejercicio de acciones legales en el caso de que sufriera lesiones laborales. Debido a que este sistema resultó ineficaz, consumía demasiado tiempo y, por lo general, no era satisfactorio, especialmente para el trabajador, fue parcialmente abandonado. Hoy, el empleado recibe un pago por las lesiones sufridas durante el trabajo, de acuerdo con un programa establecido expresamente para este fin, no importa de quién sea la culpa, si la hubiere, de la lesión [5].

Principios similares han sido recientemente aplicados en varios Estados, que han aprobado leyes en lo que concierne a lesiones corporales sufridas en accidentes automovilísticos. En algunas de estas leyes han sido restringidos los derechos del demandante para iniciar una acción legal por negligencia contra otros conductores (véase el capítulo 16).

La defensa de la negligencia contribuyente o concurrente también se ha debilitado de diversas maneras. En algunos Estados se han promulgado disposiciones que sustituyen este principio por el denominado de *negligencia comparativa.* De acuerdo con

[4] HAROLD CHASE, *Changing Concepts of Legal Liability and Their Effect on Liability Insurance.* Proceedings, 82nd Annual Meeting, Fire Underwriters Association of the Pacific (marzo 5-6, 1968), pp. 14-25.

[5] Esta declaración no se debe interpretar como que significa que un empleado no puede ya iniciar una acción legal contra su patrono por negligencia. En muchas circunstancias lo puede hacer, como se verá más adelante.

esta doctrina, que ha sido la base de un gran número de transacciones fuera de los tribunales, los daños y perjuicios se imputan de acuerdo con el grado de negligencia, evaluado después de conocidos los hechos. Por ejemplo, puede averiguarse que el demandante tiene el 10 por 100 de la culpa, en cuyo caso estaría obligado a pagar el 10 por 100 de los daños y perjuicios del demandado, mientras que el demandado que tenga el 90 por 100 de la culpa tendría que pagar el 90 por 100 de los daños y perjuicios del demandante.

Otro modo en que la defensa de la negligencia contribuyente o concurrente se ha debilitado está en la regla *de la responsabilidad del último culpable en caso de negligencia mutua.* De acuerdo con esta regla, un demandante que haya actuado con negligencia contribuyente o concurrente, puede aún tener acción legal contra el demandado en el caso de que se pueda demostrar que éste, en caso de negligencia mutua, tuvo la última responsabilidad antes del accidente para evitar las lesiones al demandante, pero no lo hizo. De este modo, es posible que un peatón imprudente pueda cobrar si el automovilista que le atropelló tuvo la oportunidad de hacerse a un lado, pero no lo hizo.

De modo adicional, en algunas jurisdicciones, una esposa puede iniciar acción legal contra un tercero negligente por daños y perjuicios aunque su marido haya sido negligente contribuyente o concurrente en el caso. Pongamos un ejemplo: marido y mujer se ven involucrados en un accidente de automóvil con otro coche, cuyo conductor se ha averiguado que fue negligente en el funcionamiento de su coche. También se averigua que el marido también actuó con negligencia contribuyente o concurrente. La mujer, no obstante, puede demandar al conductor del otro coche. Anteriormente, la negligencia del cónyuge se imputaba al otro en estos casos, ya que permitir que la mujer cobrase sería permitir que el marido se beneficiara de su propia negligencia. Esta regla ya ha sido abolida en algunos Estados en que existe la norma de que cada uno de los cónyuges tiene su propiedad por separado y se considera que no es beneficiar a un cónyuge permitir que el otro obtenga decisiones favorables [6].

«Res ipsa loquitur» (La cosa habla por sí misma)

Otra ilustración de la tendencia hacia la responsabilidad absoluta reside en el uso cada día más frecuente de una regla co-

[6] CHASE, *op. cit.*, p. 20.

nocida con el nombre de *res ipsa loquitur* —«la cosa habla por sí misma»—. Bajo esta norma, el demandante puede en algunos casos hacer prosperar su acción sin necesidad de probar realmente la negligencia del demandado. Se debe tener en cuenta que, de acuerdo con el derecho común, antes de que prospere una acción legal por negligencia se ha de mostrar que hubo algún fallo de parte del demandado al no tener el grado de cuidado que se requiere en un hombre prudente en las mismas circunstancias. El testimonio de terceros y de los propios lesionados también debe ser tenido en cuenta. Supongamos, sin embargo, que el lesionado es encontrado sangrando junto a la carretera, después de haber sido golpeado por detrás por un automóvil, y que no hay más testigos que el demandado para dar testimonio de lo que ocurrió, ya que el demandante no lo vio realmente. Bajo estas circunstancias, se presume que existe la responsabilidad del demandado, porque bajo circunstancias ordinarias de naturaleza similar no ocurren lesiones accidentales.

La regla *res ipsa loquitur* se puede aplicar para jugar en contra del demandado en el caso de que (1) el demandado esté en posición de conocer la causa del accidente y el demandante no lo esté, (2) el demandado tenga el exclusivo control de las circunstancias que causaron el accidente, y (3) tales circunstancias normalmente no causarían lesiones accidentales sin la existencia de negligencia. Como se puede deducir, esta doctrina se ha usado con frecuencia en casos de accidentes automovilísticos. También se viene empleando con frecuencia en accidentes de aviación o laborales, conducta ilegal o inmoral en el ejercicio de una profesión, responsabilidad por productos defectuosos y accidentes de ferrocarril. En un caso concreto, una compañía de ferrocarril fue considerada responsable por lesiones de acuerdo con esta doctrina, cuando el demandante se lesionó en un vagón que había sido golpeado por otro, haciendo que el demandante se cayera.

Responsabilidad subsidiaria

Otra evidencia más de la más estricta opinión adoptada actualmente es la aplicación legal de lo que se conoce con el nombre de *responsabilidad subsidiaria,* que se examina con mayor detalle más adelante. Su efecto es hacer recaer la responsabilidad sobre el dueño del coche por negligencia de su conductor. De este modo, bajo ciertas circunstancias, el propietario de un vehículo se puede ver involucrado en una demanda por daños y perjuicios porque le prestó su coche a otra persona.

Conceptos cambiantes de «daño»

Otro factor a considerar al evaluar la tendencia hacia la responsabilidad absoluta es la interpretación más liberal de qué tipo de daños y perjuicios se pueden permitir en acciones legales por negligencia. Los tribunales, por lo general, reconocen como daños y perjuicios las reclamaciones por facturas por gastos médicos, la pérdida de ingresos, lesiones personales, los daños a la propiedad y otras pérdidas de las que la causa próxima fue la negligencia. De este modo han sido reconocidos como daños y perjuicios conceptos tales como el dolor y los sufrimientos o la pérdida de la relación conyugal por parte de un marido. Incluso, más recientemente, se han reconocido como daños y perjuicios algunas pérdidas intangibles tales como, por ejemplo, la angustia mental, en base a la teoría de que el dolor y los sufrimientos no tienen la necesidad de ser físicos [7]. Por otro lado, los tribunales han reconocido como daños y perjuicios a una esposa la pérdida de las relaciones conyugales con su marido [8].

Crecientes indemnizaciones por daños y perjuicios

Los tribunales no sólo han seguido la tendencia de ampliar los tipos de casos en los cuales se reconocen daños y perjuicios, sino también la de aumentar sustancialmente las indemnizaciones por tales daños y perjuicios. A pesar de que no existen datos precisos para establecer este punto de modo concluyente, algunos ejemplos lo ilustrarán. En 1902, un tribunal otorgó 3.000 dólares por la pérdida de una pierna por parte de un trabajador y por costillas fracturadas [9]. En 1949, el mismo tribunal adjudicó 100.000 dólares por una lesión similar [10]. Se puede observar que decisiones por tanta cantidad no son infrecuentes [11]. Otro ejemplo: en un caso concreto, un tribunal otorgó a los

---

[7] *Ibid.*, p. 24.
[8] *Ibid.*, p. 24.
[9] *The Iroquois*, 113 Fed. 964.
[10] Guthrie v. Southern Pacific C., núm. 28106 G.
[11] Un repaso de la sección de *Actual Large Judgments* («Decisiones Reales por Grandes Sumas»), del Fire, Casualty, and Surety Bulletins (National Underwriter Co., Cincinatti, Ohio) es evidencia convincente de esta declaración.

demandantes la suma de 400.000 dólares por la muerte accidental de un marido, 79.600 dólares por lesiones a la mujer y 70.000 por las lesiones sufridas por un chófer [12].

Se han dado diversas razones para justificar esta tendencia de los tribunales. El efecto de la inflación en la reducción del poder adquisitivo del dólar ha sido, sin duda alguna, muy considerable. La existencia de seguros de responsabilidad se dice también que ha sido la causa de que los jurados sean más generosos de lo que serían si se supiera que el mismo demandado tuviese que pagar daños y perjuicios personalmente.

Una organización de abogados conocida como la National Association of Claimant's Compensation Attorneys (N. A. C. C. A.) ha tenido alguna influencia en la obtención de sentencias más favorables en favor de los demandantes. Esta organización ha sido pionera en el uso de ideas y métodos que se sabe han tenido éxito en la obtención de indemnizaciones más cuantiosas que lo que hubieran sido en caso de circunstancias normales. El uso de ayudas visuales en la sala del tribunal para ilustrar el alcance del daño causado o la gravedad y la realidad de los dolores y los sufrimientos es un ejemplo de estos métodos [13]. La N. A. C. C. A., muy criticada por algunas de las actividades en el intento de aumentar las indemnizaciones de los tribunales, defiende sus métodos como un enfoque realista hacia lo que piensa es su labor de aumentar las indemnizaciones respecto a lo que eran en el pasado, y aún hoy siguen siéndolo [14].

Leyes huésped-anfitrión

Posiblemente la única excepción de la tendencia general hacia la responsabilidad absoluta ha sido la promulgación de lo que se ha venido en llamar *leyes huésped-anfitrión.* Estas leyes guardan relación con las normas de cuidado debidas por el conductor de un coche a un pasajero que le acompaña. Su efecto general es reducir la norma de diligencia que se debe al «huésped» en un coche, de modo que éste, para poder exigir responsabilidad al conductor, ha de probar que sea culpable de una absoluta negligencia, o lesiones intencionales, como hubiera sucedido si hubiera estado intoxicado [15] De acuerdo con las leyes *huésped-anfitrión,* la negligencia ordinaria no es suficiente para que prospere la acción contra el conductor.

[12] O'Toole v. *United States,* 7 CCH Auto. 2d. 734, 140 F. Supp. 642 (1956).

[13] Un tratamiento minucioso de las extravagancias en los tribunales y de los gráficos, aunque no muy serios, usados a veces por los abogados en casos de lesiones se dan por Alexander Rose, *Pay the Two Dollars* (New York: Simon and Schuster, Inc., 1957).

[14] Para una hábil presentación de la vista sobre esta materia tomada por un miembro de la N. A. C. C. A., véase Leo S. Karlin, *Bodily Injury Awards-Where Are We Going?,* «Insurance Law Journal» (septiembre 1957), páginas 568-569.

RESPONSABILIDAD DEL PATRONO

Como se ha observado en los párrafos anteriores, las normas sobre negligencia son de aplicación de modos distintos a diversas clases de individuos. Los patronos todavía están sujetos a ellas a pesar de la universal adopción de las leyes sobre accidentes de trabajo. Estas últimas leyes, que se analizan con detalle en el Capítulo 23, no cubren, sin embargo, a muchas clases de trabajadores. Por ejemplo, con frecuencia los trabajadores agrícolas y los de un patrono que emplea menos de un número especificado de personas, se excluyen de la cobertura. Los empleados de ferrocarriles y los marineros también están excluidos de las leyes sobre accidentes de trabajo. Por otro lado, en muchos Estados un patrono puede optar por no acogerse al sistema de accidentes de trabajo. Finalmente, los leyes sobre esta materia por lo general trasladan a la judisdicción ordinaria (derecho común) las reclamaciones de los empleados contra sus patronos en determinados casos, como por ejemplo cuando el empresario haya lesionado intencionadamente al trabajador o haya dejado de cumplir con ciertas disposiciones de la ley. En estos y en otros casos, es de sumo interés averiguar la naturaleza de la aplicación a los patronos de las leyes sobre negligencia.

Las normas de diligencia exigibles a un patrono respecto a sus empleados, la violación de las cuales puede dar lugar a demandas por daños y perjuicios contra él, se rigen por lo que se indica a continuación [16]:

[15] Una interesante excepción a esta regla general se puso de manifiesto en un caso en que el demandante había hecho beber varios tragos al demandado y después siguió con él como pasajero en su coche. Hubo un accidente, y el demandante sufrió lesiones. Al denegar la reclamación, de acuerdo con la ley huésped-anfitrión del Estado, el tribunal mantuvo que el demandante sabía que el demandado estaba intoxicado y, por lo tanto, asumió el riesgo de ir con él. Sanderson v. Frawley, 7 CCH Auto 2d. 513.

[16] Thomas Gaskell Shearman and A. A. Redfield, *A Treatise on the Law of Negligence,* I, 438; II, 441-442.

1. El patrono tiene la obligación de facilitar un lugar seguro para trabajar.
2. Tiene la obligación de emplear individuos que sean razonablemente competentes para llevar a cabo sus tareas.
3. Tiene la obligación de advertir sobre los peligros existentes.
4. Tiene la obligación de facilitar herramientas adecuadas y seguras.
5. Tiene la obligación de establecer y poner en ejecución reglas adecuadas de conducta de los empleados, en cuanto se relacionen con procedimientos de trabajo seguro.

Para ilustrar el funcionamiento de estas normas diremos que si un garaje proporciona un gato para levantar coches y el empleado que lo usa se lesiona porque se rompe sin que exista falta del trabajador, el patrono probablemente ha violado sus obligaciones de derecho común para con el empleado. Si un patrono deja de advertir a un nuevo empleado sobre la existencia de explosivos en un almacén, o emplea un trabajador no diestro para el manejo de explosivos, con el resultado de lesiones a un trabajador inocente, existen razones para demandarle por daños y perjuicios. Si el empleado no hace caso de las señales de peligro, o si no usa las herramientas que se le han facilitado, y se lesiona él mismo, es culpable de por lo menos negligencia contribuyente o concurrente, y de acuerdo con el derecho común no puede reclamar. Normalmente el trabajador recibiría alguna suma de acuerdo con las normas sobre accidentes de trabajo, que no utilizan la ley de negligencia como base de las indemnizaciones. Como se ha observado, sin embargo, no todos los trabajadores está cubiertos bajo estas normas.

El patrono puede utilizar las tres defensas del derecho común en las demandas de los empleados contra él, siempre y cuando no las haya perdido por una u otra razón. Por ejemplo, un trabajador inicia una acción legal contra un patrono por alguna violación de las normas de diligencia y el patrono argumenta que el trabajador es parcialmente culpable (defensas de la negligencia contribuyente o concurrente); o que fue lesionado de modo accidental por otro trabajador razonablemente competente (defensa por las lesiones causadas por otro compañero del trabajo); o que el trabajador debió saber que existían ciertos riesgos en el trabajo cuando lo tomó y no puede quejarse debido al hecho de que uno de estos riesgos se materializó (asunción de riesgo). Estas defensas, aunque han sido limitadas

por las leyes y por los tribunales de diversos modos [17], aún son armas poderosas de defensa en manos de un abogado bien preparado.

RESPONSABILIDAD DE ARRENDADORES Y ARRENDATARIOS

En situaciones en que está involucrada la propiedad inmobiliaria, el dueño o el arrendatario debe tener un cierto grado de cuidado en sus relaciones con las personas que entren en los locales. El grado de cuidado se rige por el *status* de la persona afectada. La ley reconoce tres clases de individuos o miembros del público que entran en locales fijos: invitados, licenciatarios y los intrusos. El grado de cuidado que se debe a un invitado es el más alto; a un intruso, el más bajo.

Un *invitado* es un individuo a quien se ha llamado a los locales en su propio beneficio así como también en beneficio del arrendador o del arrendatario. Invitados típicos son los clientes en una tienda al detall, los huéspedes en un hogar privado, y los huéspedes de un hotel o de una reunión política [18]. Los *licenciatarios* son aquellas personas que están en los locales para un fin legítimo pero que no han sido específicamente invitados a ello. Típicos licenciatarios son los policías y los bomberos; otros que pueden ser tanto licenciatarios como invitados, son los lecheros, los mensajeros y los lectores de contadores. Los *intrusos* incluyen a aquellos otros que no sean invitados ni licenciatarios, pero que están en los locales.

Ninguna norma positiva de cuidado es debida respecto a un intruso, pero el propietario no puede ponerle una trampa o lesionarle de un modo deliberado. Si el intruso se lesiona él mismo por o a través de algún riesgo escondido, ni el arrendador ni el arrendatario son responsables. En sólo un *status* ligera-

[17] Véase C. A. KULP, *Casualty Insurance* (3rd ed.; New York: Ronald Press Company, 1957), pp. 62-64, para una buena discusión sobre estas modificaciones.

Una de las más importantes áreas de limitación es la ley de la responsabilidad del patrono, promulgada en ciertos Estados. Estas leyes explican las normas de cuidado exigidas a un patrono y eliminan o ponen limitaciones sobre las defensas de derecho común.

[18] Algunas autoridades legales mantienen que los huéspedes de una casa son licenciatarios en lugar de invitados. Véase W. L. PROSSER and Y. B. SMITH, *Torts, Cases and Materials* (3rd. ed.; New York: Foundation Press, 1962), p. 509.

mente más alto se encuentra el licenciatario, a quien el arrendador debe la obligación de advertirle de los peligros, pero a quien por otra parte no se le deben ningunas normas positivas de cuidado. El cuidado ordinario se le debe a un invitado. No es suficiente con advertirle sobre los peligros; se deben tomar, además, medidas positivas para protegerle de los riesgos conocidos.

Para ilustrar los conceptos descritos anteriormente, consideremos al dueño de una tienda al detall que acaba de pulir el suelo en un grado tal que constituye un verdadero riesgo para andar con seguridad. Un ladrón penetra en la tienda por la noche, da un resbalón y se fractura una pierna. Es evidente que el dueño no está obligado a pagar ninguna clase de facturas de médicos ni a indemnizar a este intruso. Si un hombre que viene a entregar mercancía sufre un acidente similar, los tribunales mantendrían con toda probabilidad que el dueño es inocente de negligencia siempre y cuando hubiera tomado las medidas razonables para advertir a la gente que el suelo está resbaladizo. Por último, si un cliente resbala y se fractura una pierna en un suelo resbaladizo, los tribunales con toda probabilidad le adjudicarían daños y perjuicios, a menos que se pudiera mostrar que habían sido puestas algo más que sólo unas señales de peligro. Si el dueño ha proporcionado pasamanos para agarrarse a ellos, o ha tomado medidas similares, se reduce la posibilidad de una demanda con éxito.

Una ilustración adicional de acciones legales por negligencia que afectan a la responsabilidad del arrendador y del arrendatario es el caso del huésped de una casa que se cae por la escalera, tomando por error la puerta de la escalera hacia el sótano como la de un armario empotrado donde estaba colgado su abrigo [19]. El resultado fue una demanda con éxito por daños y perjuicios. En otro caso, un pintor se había subido a un dosel para terminar un trabajo de pintura; sufrió lesiones cuando el dosel se derrumbó bajo su peso [20]. A pesar de que el pintor era un licenciatario, sostuvo una acción legal con éxito contra el dueño de la casa debido a la negligencia de éste al poner apoyos defectuosos para el dosel y no advertirlo al pintor. En otro caso, al salir de un servicio religioso, una mujer fue empujada en la escalera por la multitud y sufrió lesiones; basó su demanda en que era una invitada y que la iglesia había sido negligente

[19] Maher v. Voss, 2 CCH Neg. 2d. 320 (1953).
[20] Hall v. Holland, 18 CCH Neg. 794 (1950).

al no proporcionar medidas contra accidentes tales como ése. El tribunal decidió que la señora era legalmente una licenciataria y que no se le debía ningún grado especial de cuidado [21]

Asunción de la responsabilidad por el arrendatario

Si un arrendador alquila su edificio, surge la cuestión de hasta qué punto es responsable de las lesiones que sufran los arrendatarios, aunque ya él no ejerza el control de los locales. En general, cuando el arrendador delega la custodia del edificio, el arrendatario adquiere cualquier obligación que aquél deba al público. El arrendatario es el licenciatario del dueño en el edificio y este último no debe ninguna norma particular de cuidado, excepto advertir los peligros. Con mucha frecuencia, sin embargo, los tribunales mantienen que el propietario no logra transferir con tanta facilidad su responsabilidad al inquilino o arrendatario porque se mantiene que el arrendador no abandona totalmente los locales al inquilino. Pongamos un ejemplo: en el mantenimiento general de un edificio, el dueño puede ser responsable por negligencia hacia los inquilinos y hacia el público en general. En un caso relativo a un inquilino que tropezó y se cayó a causa de una grieta en una losa de cemento en el camino a su apartamento, se dio una decisión contra el propietario cuando hubo que amputar la pierna del inquilino [22]. En otro caso, el arrendador fue responsabilizado cuando un inquilino se lesionó con una tabla del suelo de la terraza que había sido reparada de mala manera [23].

En la gran mayoría de los Estados es común y legal exigir, en base a los términos del arrendamiento, que el arrendatario o inquilino asuma cualquier responsabilidad que el arrendador haya podido tener (o reembolsar al dueño por la responsabilidad que se le exija aceptar) por las lesiones que sufran el público en general o los empleados del inquilino. Sin embargo, existen algunos tipos de responsabilidad del dueño que no se pueden alterar, tales como la violación de una ordenanza de seguridad, el fallo de un subcontratista en cumplir con estas ordenanzas o su negligencia en las excavaciones, voladuras o el uso del fuego.

[21] McNulty v. Most Reverend Bishop of the Diocese of St. Augustine, 7 CCH Neg. 2d. 473.
[22] Petrillo v. Maiuri, 20 CCH Neg. 572.
[23] Koleshinske v. David, 20 CCH Neg. 264.

Doctrina de la «molestia atractiva»

De acuerdo con esta doctrina, la responsabilidad de un arrendador hacia los niños se puede cambiar de modo que un intruso, que además sea un niño, es considerado, en muchas jurisdicciones, como un invitado. Diversas ficciones legales han sido inventadas para llegar a este resultado, entre las que están las que dicen que un niño no es capaz de una negligencia contribuyente o concurrente, que existe una invitación implícita a los niños y que hay una intención de hacer daño debido al hecho de que el arrendador ha colocado algún medio de cualquier clase que se sabe sirve de atracción a los niños, incapaces de reconocer o apreciar el riesgo existente. Los tribunales, al utilizar la doctrina de la molestia atractiva, por lo general consideran la edad del niño al adoptar una decisión. Las resoluciones a este respecto son contradictorias entre los diversos Estados, y en algunas jurisdicciones la doctrina ni siquiera se reconoce. Se han pronunciado decisiones favorables a los niños por las lesiones sufridas por ellos al entrar en una vía de ferrocarril que se suponía estaba cercada [24], y en un caso en que un niño estaba encendiendo cerillas sobre el depósito de gasolina de un vehículo abandonado en un solar vacío. En estos casos está claro que un intruso ordinario no tendría derecho a reclamación, pero debido a que el intruso era un niño se concedieron daños y perjuicios.

RESPONSABILIDAD DE PRODUCTOS

Un fabricante, mayorista o detallista está obligado a ejercer un cuidado razonable y a mantener ciertas normas en el manejo y selección de las mercancías en que trabaja. Si resultan lesiones o daños debido al uso de un producto defectuoso, puede que existan razones para una acción legal contra ellos en los tribunales. Estas acciones por lo general se basan en una de las siguientes razones: violación de garantías o negligencia.

[24] Sin embargo, un tribunal rehusó acusar de negligencia a una compañía de ferrocarril cuando un niño de once años de edad se lesionó en un alambre aéreo mientras se subía sobre uno de los vagones de carga del ferrocarril. El tribunal dijo que sería pedir demasiado exigir al ferrocarril que hiciera su propiedad «a prueba de niños» en las 275 millas de vías. Dugan v. Pennsylvania Railroad, 6 CCH Neg. 32d 443.

Violación de garantías

Una garantía, como se indicó en el Capítulo 8, puede ser expresa o implícita. Con frecuencia, un determinado vendedor da una garantía escrita o expresa sobre las mercancías o servicios vendidos por él, y es la violación de este contrato lo que puede dar lugar a una acción ante los tribunales. Sin embargo, de acuerdo con las disposiciones del Uniform Commercial Code (Código Comercial Uniforme) el vendedor se entiende que otorga ciertas garantías no escritas o implícitas respecto a sus productos. Estas garantías son dos: (1) que las mercancías son razonablemente aptas para el fin que tienen destinado, y (2) que cuando las mercancías han sido compradas por descripción en vez de por inspección real, las mercancías son vendibles en manos del comprador.

Las acciones por violación de la garantía implícita de que las mercancías son aptas para el fin a que van destinadas, por lo general van contra la persona que vendió las mercancías, que se presume ha de conocer tal fin. Confiando en los superiores conocimientos del vendedor, el comprador, que toma las mercancías y es lesionado por ellas, puede reclamar contra el vendedor.

En un caso famoso se mantuvo que un fabricante o un vendedor no tiene responsabilidad por negligencia, a menos que haya una relación contractual con la parte lesionada [25]. De este modo, una persona perjudicada sólo puede ejercitar una acción legal contra un detallista con quien ha tenido una relación contractual, y no contra el fabricante. Casos posteriores han debilitado esta posición, conocida como la falta de coparticipación entre el lesionado y el fabricante. Un caso que se considera como un hito, *MacPherson v. Buick Motor Company* [26], relativo a la rotura de una rueda defectuosa, estableció el precedente de que «si la naturaleza de una cosa es tal que es razonablemente cierto que ponga la vida en peligro cuando ha sido elaborada con negligencia, entonces tal cosa es un objeto de peligro». Se debe poner énfasis, sin embargo, cuando un fabricante o un vendedor no garantiza el *uso seguro* de su producto. Por ejemplo, un tribunal rehusó indemnizar por daños y perjuicios cuando una bengala incendió el traje de un niño. El tri-

[25] Winterbottom v. Wright, 10 M. & W., 109, Eng. Rep. 402 (Ex. 1842).
[26] 217 N. Y. 382.

bunal argumentó que hubiera habido muy poco peligro si el artículo hubiera sido usado de modo adecuado [27].

Los casos que siguen ilustran la responsabilidad de un fabricante por productos defectuosos. Estos casos se pueden iniciar por el consumidor lesionado de un modo directo, o por el detallista que ha vendido un producto defectuoso, de modo muy particular en el caso de alimentos, medicinas, explosivos o armas de fuego. Por ejemplo, un fabricante pagó una reclamación de 111.000 dólares al producirse un incendio por el calentamiento de un producto para la limpieza de techos [28].

El fabricante no había hecho ninguna clase de advertencia en el sentido de que el producto liberaría gases explosivos al ser calentado. A causa de acciones similares, algunos fabricantes han pagado las reclamaciones que se indican a continuación: 11.330 dólares cuando un pienso contaminado causó la muerte de cinco caballos; 35.609 dólares cuando 2.138 corderos murieron de una enfermedad contra la cual habían sido vacunados recientemente con un suero defectuoso; 312.000 dólares cuando una muela abrasiva en una sierra de banco cayó en los ojos de su operador, causándole la pérdida de la vista.

Algunos detallistas han pagado pérdidas en los casos que se indican a continuación como resultado del manejo de sus productos: Un talador de árboles se cayó al suelo al romperse el gancho de metal sujeto a su cinturón de seguridad; se consideró que el detallista había asumido lo que por otro lado hubiera sido la responsabilidad del fabricante, debido al hecho de que el detallista manifestó que el gancho era capaz de sostener el peso de un hombre. En otro caso, un comerciante vendió pintura para el suelo (de otro fabricante) utilizando su propia marca; debido a una fabricación defectuosa, la mezcla explotó, causando daños al usuario, pero el tribunal mantuvo que el comerciante era responsable ya que debe responder por un producto que ha aceptado y vendido como suyo. La violación de la garantía implícita de la calidad ha sido la base de la gran mayoría de las reclamaciones contra restaurantes que sirven productos alimenticios contaminados, y contra farmacias que venden medicinas o cosméticos defectuosos.

[27] SUEL O. ARNOLD, *Products Liability Insurance*, «Insurance Law Journal» (octubre 1957), p. 618, citando Beznor v. Howell, 203 Wis. 1, 233 N. W. 758.

[28] Panther Oil & Grease Mfg. Co. v. Segerstrom, 224 Fed. 2d 216.

La negligencia

Muchos pleitos por responsabilidad sobre productos se basan en el principio común de la negligencia, así como también en la violación de una garantía expresa o implícita. Debido al hecho de que, por lo general, es muy difícil probar la negligencia en casos en que el demandante reclama que se encontró, por ejemplo, un clavo o un trozo de cristal en el pan, o un ratón en una botella de una bebiba carbónica, y ha sufrido lesiones a causa de ello, se usa por lo común la doctrina de la *res ipsa loquitur*. Como se ha dicho anteriormente, esta doctrina permite al demandante *deducir* la negligencia de los hechos observados y puede llegar a ser muy difícil para el demandado probar que él *no* tenía la culpa del defecto alegado [29].

Ejemplos de acciones legales de esta naturaleza, ejercitadas con éxito, se ilustran con un caso en que se sostuvo que un fabricante y un comerciante de peines de material plástico eran culpables de negligencia al no advertir a una usuaria que sufrió quemaduras cuando los peines se incendiaron mientras estaba en la peluquería. El tribunal dijo:

> «Es evidente que quien vende un artículo que sabe es peligroso para la vida humana o para la salud de otra persona, que no tiene ningún conocimiento de su verdadero carácter, y no informe de ello al comprador, es responsable de los daños y perjuicios causados a un tercero que, mientras actúa con el debido cuidado, resulta lesionado por el uso de tal artículo» [30].

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

En estrecha relación con la responsabilidad por los productos está el campo de la negligencia relativo a la responsabilidad profesional. Así como un fabricante está obligado a elaborar un producto que sea razonablemente apto para el fin a que está destinado, también lo está quien presta unos servicios a

[29] ARNOLD, *op. cit.*, p. 648, citando Ryan v. Zureck-Wollenberg Co., 3 CCH Neg. 2d 724, 226 Wis 630 (1954).

[30] Farley v. Lower Co. (Mass), núm. 18431 (1930).

usar un razonable cuidado para no lesionar a otras personas en el desempeño de los mismos. Existen dos variantes de este tipo de responsabilidad: (1) la de quienes prestan un servicio profesional, como por ejemplo los médicos, contables, agentes de seguros, abogados o farmacéuticos, y (2) la de los contratistas que llevan a cabo obras que, una vez terminadas, originan lesiones a alguna persona. El seguro contra el primer caso se conoce como *seguro contra una conducta ilegal o inmoral en el ejercicio de una profesión o seguro contra errores y omisiones*, mientras que los contratos que cubren los segundos supuestos se conocen como *seguro contra operaciones terminadas*.

Responsabilidad por la conducta ilegal o inmoral en el ejercicio de una profesión

La norma de cuidado que se exige a un médico, un contable, un abogado o cualquier otro profesional se interpreta de modo muy amplio, para significar que el individuo debe poseer el grado de destreza, juicio y conocimientos apropiados a su profesión y que se debe comportar en consecuencia. Esta norma, como es natural, varía de una profesión a otra y cambia constantemente según se desarrolla cada campo en particular. El no tomar una radiografía de la cadera de un paciente costó a un médico una reclamación de 38.000 dólares. La lesión se diagnosticó como una contusión en lugar de una fractura, y tuvo como resultado graves consecuencias[31]. Es dudoso que el mismo fallo se hubiera interpretado como negligencia antes del momento en que se comenzó a considerar como un procedimiento normal el tomar radiografías después de un accidente.

En el campo de la conducta ilegal o inmoral en el ejercicio de una profesión, las reclamaciones por daños y perjuicios son especialmente graves en los últimos años. En cierta jurisdicción se estimó que alrededor de uno de cada treinta y cinco médicos es demandado anualmente por conducta ilegal o inmoral en el ejercicio de su profesión. A pesar de que en sólo siete u ocho casos examinados por un grupo especial de estudios existió evidencia de negligencia por parte del médico, sin embargo en casi una cuarta parte de los pleitos el médico-demandado perdió[32]. Las sentencias por conducta ilegal o inmoral en el ejercicio de la profesión han sido con frecuencia enormemente graves[33] y las normas impuestas han tenido la tendencia a convertirse cada vez más estrictas. Por ejemplo, en un caso en el Estado de California, el médico, un especialista en cirugía vascular, empleó un procedimiento normal de diagnóstico para determinar la naturaleza específica de la lesión del paciente; este procedimiento entrañaba la inyección de ciertas drogas, las cuales, por razones que se desconocen, causaron una parálisis permanente al paciente desde la cintura para abajo. El médico había efectuado anteriormente 50 de estas inyecciones sin efectos adversos. Se empleó la doctrina *res ipsa loquitur*, lo que permitió al jurado juzgar en favor del demandante, a menos que el médico pudiera probar que no hubo negligencia. Se pronunció un veredicto de 250.000 dólares, que más tarde se redujo a 215.000 dólares. El uso de la doctrina *res ipsa loquitur* en casos de conducta ilegal o inmoral en el ejercicio de la profesión médica aparentemente ha tenido el efecto de convertir al médico en un asegurador, y puede traer como resultado su renuncia a utilizar nuevos procedimientos por miedo a las pérdidas económicas en caso de que el tratamiento sea ineficaz[34].

Incluso los mismos agentes de seguros con frecuencia se han visto como responsables de negligencia profesional. Por ejemplo, si un agente está de acuerdo en obtener seguro para un cliente y luego, por negligencia, deja de hacerlo, se le puede considerar responsable por las pérdidas en que incurra el cliente debido a la falta de una adecuada cobertura[35]. Si se obtuvo la póliza, pero más tarde resulta que no tiene ningún valor porque el asegurador era insolvente, también el agente puede ser responsable[36]. Algunos agentes han sido considerados responsables en casos en que sus clientes dejaron de cumplir con alguna condición de la póliza y el asegurador quedó por ello relevado de su responsabilidad[37]. En un caso de sumo interés, un cliente dijo a su agente que estaba a punto de arrendar un edi-

---

[31] Agnew v. Larson, 5 CCH Neg. 2d 23.

[32] R. Crawford Morris, *Medical Malpractice. A Changing Picture*, «Insurance Law Journal» (mayo 1956), p. 319.

[33] *Ibid.*, Morris cita casos que ocurrieron a lo largo de un período de dos años que involucraban veredictos de los tribunales en la forma que sigue: San Francisco, 250.000 dólares; San Diego, 210.000 dólares; Tennessee, 200.000 dólares; Texas, 100.000 dólares; Wisconsin, 97.000 dólares; Jurado Federal, 123.000 dólares.

[34] *Ibid.*, Morris da una excelente bibliografía de casos sobre la conducta ilegal o inmoral en el ejercicio de la profesión médica con la inclusión de 61 supuestos en los que se mantuvo que la doctrina de «res ipsa loquitur» es aplicable a los médicos.

[35] Adkins and Ainley v. Busada, 270 A. 2d 135 (DC App. 1970).

[36] Annot., 29 ALR2d 174 (1953).

[37] *Ibid.*

ficio en otro Estado; el agente no solicitó ver una copia del contrato de arrendamiento o hacer ninguna otra investigación. Más tarde el cliente se encontró con que era responsable por 41.000 dólares de pérdida en el incendio del edificio, ya que los términos del arrendamiento así lo establecían. El agente fue considerado responsable de la pérdida por no haber advertido a su cliente de la potencial responsabilidad en el arrendamiento, ni tampoco recomendarle un seguro adecuado [38].

Un agente de seguros también está sujeto a demandas por daños y perjuicios por los aseguradores a quienes representa por fallos en una obligación de derecho común, como es, por ejemplo, la lealtad o la obediencia que debe a su representado. Supongamos que un asegurador prohiba al agente que otorgue cobertura sobre cierta clase de bienes. El agente, desobedeciendo estas instrucciones, suscribe la póliza y se produce una pérdida antes de que el asegurador tenga la oportunidad de cancelar el seguro. Debido a que el agente era el representante autorizado del asegurador y tenía la facultad de obligarlo, y debido también a que el público en general no está obligado por las instrucciones privadas de un representado a su agente, la persona asegurada tiene derecho al cobro. El asegurador puede, no obstante, iniciar una acción legal en contra del agente que le ha desobedecido para recobrar la indemnización.

Responsabilidad de las operaciones terminadas

Si un contratista instala por descuido una caldera de agua o un aparato eléctrico que más tarde explota o es causa de un incendio del que resultan daños a un tercero, puede ser considerado responsable por la negligencia que surge de su instalación defectuosa. Esto recibe el nombre de responsabilidad por operaciones terminadas, de acuerdo con lo cual el daño debe ocurrir después de que el contratista haya terminado su obra y ésta haya sido aceptada por el dueño o abandonada por el contratista. Este tipo de responsabilidad se rige por las mismas normas que se aplican a la responsabilidad por los productos. Veamos los ejemplos siguientes: Un contratista fue considerado responsable por graves daños a la propiedad cuando la conexión de una manga de caucho, en un sistema de aire acondicionado,

[38] Hardt v. Brink, 192 F. Supp. 879, 881 (D Wash., 1961). Véase también Joseph R. O'Connor, «Liability of Insurance Agents and Brokers». (Madison, Wisconsin: Defense Research Institute, 1970.)

se rompió varios meses después de su instalación y se vertieron muchos litros de agua sobre el ático del edificio [39]. En otro caso. un contratista se vio implicado en un caso diecisiete años después de haber reparado un pasamanos de hierro: se alegó que el trabajo defectuoso de su reparación causó lesiones a una persona que se apoyó en tal pasamanos [40]. Un contratista tuvo que pagar 12.000 dólares por la muerte de un niño de tres años que se electrocutó en un enchufe instalado inadecuadamente diecisiete meses antes del accidente [41].

Se debe hacer notar que si la negligencia es causa de una lesión mientras el contratista está llevando a cabo la operación, la responsabilidad es similar a la del dueño o inquilino de un inmueble. Los contratos de seguro diferencian, sin embargo, entre ambos tipos de responsabilidad.

RESPONSABILIDAD POR ACTOS DE LOS AGENTES

De acuerdo con la doctrina del *respondeat superior*, según la cual el patrono responde por los actos de sus empleados y el principal o representado por los del representante o agente, un patrono es responsable por los actos que llevan a cabo sus agentes bajo dos condiciones: (1) que el sirviente o agente esté actuando dentro del alcance de su autoridad, (2) que el sirviente o agente esté actuando dentro del alcance de su empleo [42]. Sobre estas bases, un empleado obliga al patrono por su negligencia hacia terceras personas, aun en el caso de que esté actuando en contra de las instrucciones que haya recibido, en tanto en cuanto esté llevando a cabo su trabajo. Si a un empleado se le dice que vaya a solicitar pedidos de un producto, y al hacerlo causa lesiones a un cliente por pegarle cuando éste rehúsa el pago, el patrono estará obligado, con toda probabilidad, a responder del acto de su agente. Si el empleado recibe instrucciones de no visitar a *X*, pero le visita y le causa lesiones, el patrono no puede alegar en su defensa que el agente actuó en contra de las instrucciones que recibió. Sin embargo, si el empleado también representa a otra firma (en violación de su contrato de empleo con su primer patrono) y está tratando de ven-

[39] Saunders v. Walker, 86 Sou2d 89.
[40] Hanna v. Fletcher, 8 CCH Neg.2d 1017.
[41] Kurdziel v. Van Es, 6 CCH Neg.2d 1080.
[42] Singer Mfg. Co. v. Rahn, 132 U.S. 158.

der a *X* el producto de la otra firma, el tribunal puede decidir que el empleado está actuando fuera del alcance de su autoridad y fuera del alcance de su empleo con el primer patrono y mantener que éste es inocente. Hay que tener en cuenta que cuando un sirviente o agente deja el negocio de su patrono y está llevando a cabo el suyo propio, ya no obliga a su anterior patrono por ninguna clase de negligencia.

Existe una distinción entre actuar como agente o sirviente y hacerlo como contratista independiente. En el caso primero, el patrono no sólo controla lo que se ha de hacer, sino que además dirige la manera en que se ha de hacer. En el segundo caso, el patrono paga al contratista por terminar una obra determinada, pero no ejerce ninguna clase de control sobre la manera en que se lleva a cabo. Es lógico que el patrono no se considere responsable por la falta de cuidado de un contratista independiente como, en cambio, lo sería por la falta de cuidado de su agente o sirviente.

RESPONSABILIDAD DE LOS DUEÑOS Y CONDUCTORES DE AUTOMOVILES

De acuerdo con el derecho común, el dueño o conductor de un automóvil está obligado a ejercer un cuidado razonable en su manejo. Se pueden distinguir tres situaciones en este campo tan importante de la negligencia:

A. La responsabilidad del conductor.

B. La responsabilidad del dueño por negligencia de otras personas que conduzcan su automóvil.

C. La responsabilidad de los no dueños por negligencia de sirvientes o agentes que usen automóviles en el negocio de su patrono.

Responsabilidad del conductor

Igual que en otras áreas de responsabilidad, es imposible plantear una declaración exhaustiva de lo que constituye negligencia en la conducción de un coche, pues ello varía de acuerdo con las leyes de la judisdicción en que ocurre el accidente, la interpretación de los acontecimientos por parte de los testigos,

la actitud de los jurados y otros muchos factores. Por ejemplo, en algunas áreas una infracción de tráfico es casi suficiente para ser considerada negligencia, pero en otros sitios solamente es un elemento de evidencia a considerar. A pesar de que el conductor puede tratar de confiar en la defensa por negligencia contribuyente o concurrente, algunas jurisdicciones limitan esta defensa adoptando la regla de la negligencia comparativa y la doctrina de la responsabilidad del último culpable en el caso de negligencia mutua [43]. Existe una tendencia a permitir que los casos automovilísticos sean sometidos al jurado para determinar quién es el culpable, en lugar de permitir «un veredicto dirigido» por medio del cual un juez determina la culpa cuando no existe un conflicto sustancial en el testimonio en lo que concierne a los hechos del caso [44]. En ciertos supuesto las leyes huésped-anfitrión se aplicaron para aminorar el grado de cuidado a exigir de parte de los conductores que van buscando pasajeros.

Responsabilidad del dueño que no es el conductor

¿Bajo qué condiciones puede el dueño de un coche ser considerado responsable por daños y perjuicios cuando no era personalmente culpable de la negligencia que se alega? Si una persona entrega una pistola cargada a un niño, le dice que se entretenga con ella y el niño accidentalmente causa lesiones o mata a otra persona, el dueño de la pistola puede muy bien considerarse culpable de negligencia. ¿Se mantiene la misma situación en el caso de que una persona preste su coche a otra sin investigar las cualificaciones de ésta para manejar el coche y hay una posterior lesión a un tercero a causa de negligencia del conductor? En el derecho común, los tribunales han estado generalmente de acuerdo en que el coche no es «un instrumento peligroso» por sí mismo y que una persona está justificada en suponer que quien le toma prestado su coche es competente para conducirlo, a menos que exista una evidencia obvia de incapacidad. Para ilustrar esto existe el caso de un patrono que se defendió con éxito frente a una acción judicial en que se le imputaba negligencia al no examinar a un conductor de autobús, después de haber vuelto al trabajo tras una enfermedad, que

---

[43] Véase la página 329 para una discusión de estos conceptos.

[44] C. A. KULP, *Casualty Insurance* (3rd ed.; New York: Ronald Press Company, 1957), p. 65.

sufrió un ataque al corazón y tuvo un choque con su autobús, causando lesiones a los demandantes [45].

Existen, sin embargo, varias excepciones a la regla general de que un dueño no es responsable por los actos de los conductores de sus coches. En veinticinco Estados [46] las llamadas leyes de responsabilidad subsidiaria tiene el efecto de hacer al padre de un menor de edad responsable por los daños causados por éste en la conducción negligente del vehículo. Por lo general, el dueño-padre ha firmado la solicitud del menor de edad para el permiso de conducir, y al hacerlo se considera a sí mismo como responsable por la negligencia de dicho menor. En seis Estados [47] cualquier persona que facilite un coche a un menor de edad es responsable por la negligencia de este último. En trece jurisdicciones [48], el dueño es responsable de las lesiones personales o los daños a la propiedad causados por la negligencia de *cualquier* conductor.

Además, existe una tendencia por parte de los tribunales a confiar más y más en la doctrina *respondeat superior* respecto a la responsabilidad del dueño por la negligencia de un conductor que conduzca con permiso de aquél. No hay duda alguna en lo que concierne al derecho de un tercero lesionado para recuperar del patrono de un empleado negligente en el curso de su empleo, pero algunas personas han puesto en duda la oportunidad de hacer a un dueño responsable por los actos de un prestatario gratuito de su coche. Sin embargo, existe una tendencia de los tribunales para decidir que el usuario con permiso es en realidad un agente del dueño y, por lo tanto, éste debe responder por la falta de cuidado de su agente [49]. La inconsistencia de este punto de vista se manifestó de la forma que se indica a continuación:

> Si yo estoy de acuerdo en llevar a unos amigos en mi coche a visitar a sus familiares, lo cual, por otra parte, es algo para su conveniencia y beneficio, es duro ver que exista en ello una relación de agencia, o mucho menos de patrono y sirviente. Cualquier beneficio que me resulte o cualquier «negocio» que pueda yo tener es el fin puramente social de satisfacer no a mí mismo sino a mis amigos. De acuerdo con estos hechos, ¿cómo puedo convertirme de pronto en patrono por ceder la conducción del coche al amigo? Sin embargo, las decisiones que así se toman son casi universales, incluyendo el calificativo de «sirviente o agente gratuito» [50]

Otra aplicación de la relación de agencia al establecer la responsabilidad de un dueño por la negligencia de un conductor es lo que se llama *doctrina del fin familiar*. De acuerdo con ella, un coche se considera como un instrumento para llevar a cabo los fines comunes de una familia. Por lo tanto, el dueño debe ser la persona responsable de su uso cuando cualquier miembro de la familia lo utiliza, debido al hecho de que este miembro de la familia es en realidad un agente del cabeza de familia y está llevando a cabo una función familiar. Sin embargo, los tribunales no han visto con buenos ojos extender esta doctrina a cualquier instrumento o posesión, como por ejemplo una bicicleta, en el uso común por parte de una familia. Parecería que la doctrina del fin familiar es una ficción legal para establecer la responsabilidad de una persona como la más probable en poder responder financieramente por los daños y perjuicios incurridos en el uso del coche. En apoyo de esta conclusión se pueden citar otros ejemplos. En el Estado de Illinois, el dueño de un coche llegó a ser considerado responsable frente a un tercero por la conducción negligente de un ladrón que tomó su coche, que había dejado con las llaves del encendido, violando con ello una ordenanza existente en sentido contrario [51]. De la misma forma, algunas leyes exigen especiales requisitos a los dueños, tales como a los comerciantes de coches de segunda mano para que ejerzan cuidado en la inspección de los vehículos que venden, por miedo a que un tercero inocente resulte lesionado debido a algún defecto mecánico.

---

[45] General Electric Company v. Rees, 5 CCH Auto Cases 2d 330.

[46] Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Delaware, Florida, Hawaii, Idaho, Indiana, Kentucky, Louisiana, Maryland, Mississippi, Montana, Nevada, New Mexico, No. Dakota, Ohío, Okla., Rhode Island, Tenn., Texas, Utah, Winconsin.

[47] Delaware, Idaho, Kansas, Maine, Pennsylvania, and Utah. Arizona y Virginia disponen que la responsabilidad existe sólo si el menor de edad no tiene licencia.

[48] California, Connecticut, District of Columbia, Florida, Idaho, Iowa, Massachusetts, Michigan, Minnesota, New York, North Carolina, Rhode Island y Tennessee.

[49] R. PARKE and M. ORONA, *Automobile Owner's Liability: Anomaly or Enigma?*, «Insurance Law Journal» (marzo 1957), p. 155.

[50] *Ibid.*, citando Mazur v. Klewans, 34 CCH Auto Cases 180; Droppelman v. Willingham, 17 CCH Auto Cases 421; Flynn v. Kurn, 1 CCH Auto Cases 387.

[51] Ney v. Yellow Cab Company, 3 CCH Auto Cases 2d 888.

Responsabilidad de los no dueños

Aun las personas que no son dueños de coches pueden resultar responsables por daños y perjuicios si por medio de alguna construcción legal se puede mostrar que el no dueño es responsable. La construcción legal empleada por lo general es el *respondeat superior*. El patrono es responsable por las acciones negligentes de sus empleados tanto si sus actos ocurrieron dentro como fuera de un coche. La propiedad del coche es irrelevante en estos casos. En un famoso caso, a una compañía de seguros de vida se le consideró responsable en una reclamación de 10.000 dólares que surgió de la negligencia de uno de sus vendedores que conducía su propio coche en el camino hacia una convención [52]. El argumento del demandado, en el sentido de que el vendedor era en realidad un contratista independiente cuyas acciones no obligan al asegurador, fue desestimada. En términos generales, los tribunales no sienten una gran simpatía hacia el argumento del contratista independiente. De este modo, cuando el empleado del titular de una concesión de aparcamiento en un hotel se vio envuelto en una acción judicial por negligencia después de estacionar un coche que pertenecía a uno de los huéspedes, se decidió que el hotel era responsable [53]. Un tribunal del Estado de California mantuvo que la organización central de una iglesia era responsable cuando, debido a la negligencia de un trabajador voluntario de una pequeña iglesia, un niño resultó lesionado mientras se le llevaba de la iglesia a un parque de recreo [54].

OTRAS RESPONSABILIDADES

Los anteriores ejemplos ilustran las áreas más importantes de responsabilidad por negligencia. De modo similar, las decisiones legales forman el marco del derecho común de la negligencia en muchos otros tipos de relaciones en la sociedad moderna. Por ejemplo, existe todo un cuerpo de decisiones en torno a la responsabilidad del padre por los actos negligentes de

[52] Dillion v. Prudential Insurance Co., 242 Pac. 736 (1926).
[53] Stuyvesant Corporation v. Stahl, 62 Sou. 2d 18 (1953).
[54] Malloy v. Fong, 232 Pac. 2d 24 (1951).

los niños, la responsabilidad de un síndico frente a los beneficiarios por el mal uso de fideicomisos, y la responsabilidad de los dueños de animales por la destrucción o lesiones causadas por éstos. Una investigación detallada del derecho de responsabilidad en éstas y otras áreas está fuera del alcance de este texto. Sin embargo, los mismos principios que rigen el desarrollo del derecho de la responsabilidad en las áreas que se ilustran anteriormente son de aplicación por lo general en todas las relaciones culturales de la sociedad. En todo caso es evidente que la imprevisible naturaleza de los juicios por jurado y sus resultados sugieren que una amplia protección mediante el seguro contra las sentencias por responsabilidad es vital para la solvencia comercial y personal.

● RESUMEN

1. Negligencia es el dejar de ejercer el grado de cuidado que normalmente se espera de un individuo razonablemente prudente en las mismas circunstancias. La negligencia, que es la causa próxima de lesiones o daños a otra persona, puede, en ausencia de defensas efectivas, dar lugar a decisiones de importancia por los tribunales contra la parte responsable.
2. Por lo general, tres defensas, que se conocen como defensas de derecho común, son viables para cambiar un acto negligente en un acto excusable. Estas defensas son: la negligencia contribuyente o concurrente, el riesgo asumido y la regla sobre la responsabilidad por las lesiones causadas por negligencia de otro compañero de trabajo. También hay otras defensas legales y contractuales.
3. Existe una inequívoca tendencia por parte de los tribunales a ser cada vez más severos en su interpretación de lo que constituye negligencia; es decir, existe una tendencia hacia la responsabilidad «absoluta». La evidencia de esta tendencia incluye un debilitamiento de las defensas de derecho común, indemnizaciones por daños y perjuicios sucesivamente incrementadas y definiciones más amplias de las situaciones que permiten la iniciación de reclamaciones por negligencia.

4. Un patrono debe a sus empleados ciertas normas de cuidado, cuya violación puede dar lugar a demandas contra él por daños y perjuicios.
5. El grado de cuidado que debe un arrendador o un arrendatario al público en general y a otras personas que estén en una propiedad privada depende de que la persona sea lo que se conoce como invitado, un licenciatario o un intruso. El grado más alto de cuidado se debe a un invitado; el más bajo, a un intruso.
6. La responsabilidad de un vendedor por los daños causados por productos defectuosos está muy bien establecida. Las acciones por negligencia se basan tanto en un fallo por parte del vendedor para ejercer un cuidado razonable en la fabricación de su producto, como en la violación de un garantía expresa o implícita en lo que concierne a su idoneidad para el uso que se intenta hacer de él.
7. La responsabilidad profesional corresponde a quienes se consideran cualificados para prestar un servicio profesional, pero dejan de aplicar las normas de cuidado o práctica que se estiman como normales por otros miembros de su profesión.
8. Está establecido que bajo la norma *respondeat superior* un patrono es responsable por los actos negligentes de sus sirvientes o agentes llevados a cabo mientras actúan dentro de los límites de su empleo. Ello es verdad aun en el caso de que el empleado esté actuando de modo contrario a las instrucciones recibidas. El patrono queda relevado de responsabilidad solamente cuando el empleado abandona el negocio de su patrono y comienza el suyo propio. De acuerdo con esta doctrina, un patrono por lo general es considerado responsable por la negligencia de un empleado que conduzca un coche mientras desempeña el negocio de su patrono.
9. El conductor de un coche es responsable por negligencia en la conducción del mismo, incluso en muchos casos el dueño del coche, aún no siendo el conductor, también puede ser considerado responsable. Las doctrinas de la responsabilidad del último culpable en caso de negligencia mutua y del *respondeat superior*, junto con las leyes sobre responsabilidad subsidiaria,

han entrado en juego para ampliar el ámbito de la responsabilidad aplicable a los dueños y conductores de vehículos.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. En 1466 se vio ante un tribunal un proceso conocido como «el caso de las espinas», en el que se dijo: «El demandado alega que tiene un acre al lado de los citados cinco acres, y en él una verja de espinas, que al cortarlas cayeron en terreno del demandante, y aunque el demandado las recogió tan pronto pudo... el asunto fue decidido a favor del demandante; porque aunque un hombre haga una cosa lícita, sin embargo, si debido a ella recae algún daño sobre otra persona, el primero responderá de ella... Si un hombre dispara y lesiona a otro sin darse cuenta, hay responsabilidad... Si un hombre me asalta, y yo levanto mi cayado para defenderme y al levantarlo le pego a otro, esa persona puede reclamar, y, sin embargo, yo hice una cosa lícita. Y la razón de todos estos casos es que el perjudicado debe ser recompensado...».
   (a) ¿Qué «norma de cuidado» se exigía durante el período en que se decidió este proceso? ¿Cómo compara esta norma con la que normalmente se insiste en los tribunales actuales?
   (b) Exponga los antecedentes sociales y económicos que pueden haber justificado la actitud del tribunal en el caso de las espinas.
   (c) ¿Observa usted alguna evidencia de que los tribunales actuales están volviendo a la filosofía expresada en el caso de las espinas?
2. Un escritor manifestó, «Al principio, los tribunales tenían extremadas sospechas sobre el contrato de seguro sobre la responsabilidad. Algunos tribunales mantenían que iría contra la política pública permitir a una persona que se asegurara ella misma contra los resultados de su negligencia, basándose en la teoría de que dicho seguro tendría el efecto de estimular la imprudencia».
   (a) ¿Qué actitud caracteriza a los tribunales en la sociedad moderna sobre esta materia?

(b) ¿Cómo compara esta actitud con la expresada en la cita? Razónelo.

3. Muchos Estados han promulgado leyes huésped-anfitrión, que tienen el efecto de transformar el status de invitado (huésped) del pasajero de un coche al status de licenciatario. ¿Representan estas leyes una evidencia adicional de la «tendencia hacia la responsabilidad absoluta»? ¿Por qué?

4. En relación con las leyes huésped-anfitrión, a las que se hace referencia en la pregunta 3, un tribunal mantuvo que un propietario no es un huésped en su propio coche aunque el viaje sea puramente social.
   (a) Si no es un huésped, ¿qué status se presume que ocupa?
   (b) ¿Qué consecuencias tiene ello respecto a la posibilidad de un dueño de demandar por daños y perjuicios si un amigo suyo conduce el coche y se ve implicado en un accidente en el que se prueba que hubo negligencia?
   (c) ¿Cómo variaría la situación si el dueño condujera y el amigo demandara por daños y perjuicios?
   (d) Analice las implicaciones de este caso con relación a la «tendencia hacia la responsabilidad absoluta».

5. Algunos tribunales han mantenido que si la «Junta de Indemnización a los Trabajadores» promulga una ordenanza de seguridad para regular la conducta de los obreros en su trabajo, y si un miembro del público se lesiona como resultado de la violación de esta orden por un empleado, éste es responsable, a menos que pueda probar que su negligencia fue excusable. ¿Es éste un ejemplo de la «tendencia hacia la responsabilidad absoluta», o es una consecuencia normal de la obligación de derecho común que tiene un patrono de proteger de peligro al público en general? Razónelo.

6. Examine las leyes sobre la responsabilidad del patrono en su Estado. ¿Hasta qué punto eliminan o cambian las defensas de derecho común del patrono?

7. En un famoso caso en Inglaterra, en 1837 *(Priestly vs. Fowler,* 3 M and W 1; 150 Eng. Rep. 1.030), un trabajador resultó lesionado cuando el carro de su patrono en que él viajaba se rompió y volcó. El empleado demandó a su patrono por daños y perjuicios y tuvo éxito en un tribunal inferior, pero en el tribunal superior el juez dictaminó: (1) que el que prosperase la acción por daños y perjuicios determinaría que en una inmensa cantidad de casos se considerara a un patrono responsable por casi cualquier negligencia u omisión por parte de cualquiera de sus empleados; (2) que ello significaría que el patrono tendría que tener más cuidado con su sirviente que él mismo, y además, (3) que el empleado no estaba obligado a aceptar servicio con el patrono y que si quería evitar un peligro a sí mismo debería rehusar tomar ese servicio.
   (a) ¿Cuál de las tres defensas de derecho común ilustra este caso?
   (b) ¿Puso esta decisión al empleado en una mejor o peor posición que a un miembro del público?
   (c) Se había sugerido que esta decisión nació de la filosofía económica del *laissez faire* (dejar hacer) que estaba en todo su apogeo en los momentos en que se emitió esta decisión. Explique por qué esto puede ser verdad.

8. En un reciente estudio llevado a cabo por el Dr. Hanz Zeisel, a 500 jueces se les pidió que llevaran un registro de los casos de lesiones personales, tomando nota de la manera en que el jurado decidía el caso y cómo lo hubiera decidido el juez sin un jurado. Los resultados fueron: (1) en un 79 por ciento de los casos, tanto el juez como el jurado estaban de acuerdo, en favor del demandante en un 50 por ciento de los casos, y a favor del demandando en un 29 por ciento de ellos. (2) En un 21 por ciento de los casos no estaban de acuerdo, el juez decidiendo en favor del demandante en un 10 por ciento de los casos, mientras que el jurado decidía en favor del demandado, y viceversa, en el 11 por ciento restante. En caso de desacuerdo se encontró que si el demandado era una sociedad anónima, el jurado tenía la tendencia a favorecer al demandante por un margen sustancial; y si el demandado era un organismo del gobierno, el jurado favorecía al demandante por un margen aún mayor.
   (a) Si usted fuese el demandante en un juicio por lesiones personales, ¿cree usted que, por lo general, sería más ventajoso para usted tener un jui-

cio por jurado, de acuerdo con los resultados indicados anteriormente? ¿Por qué o por qué no?
(b) ¿Cree usted que el estudio indicado anteriormente apoya la tan oída manifestación de que los jurados tienen una actitud de «sacarle a los ricos»? ¿Por qué o por qué no?
(c) ¿Qué relación, si es que la hay, tiene este estudio respecto al seguro sobre la responsabilidad y su influencia en el resultado de los juicios por jurado? Discútalo.

9. En el caso de *Union Carbide vs. Stapleton* (6 CCH Neg. 2d 337), el patrono hizo a su empleado un examen médico al dejar el empleo debido a enfermedad. Se encontró que el trabajador sufría de tuberculosis, pero no se le informó de ello. En su opinión, ¿fue ésto una violación de las normas de derecho común sobre el cuidado que se exige a los patronos?
10. Un trabajador fue contratado para cortar un césped con una cortadora mecánica y se lesionó cuando su pie se metió debajo de la cortadora. Demandó a su patrono y al vendedor de la máquina, alegando que la cortadora carecía de ciertas condiciones específicas de seguridad, tales como protecciones que hubieran evitado el accidente.
    (a) En su opinión, ¿debe el trabajador ganar su caso?
    (b) Si ello es así, ¿qué implicaciones tendría esto para el fabricante de mercancías destinadas a compradores de mercaderías de bajo precio?
11. Los dueños de un playa fueron demandados por los padres de un niño que murió ahogado al nadar en aguas profundas y no llegarle a tiempo el salvavidas. Los demandantes argumentaban que los demandados debían haber tenido más salvavidas. Los demandados argumentaban que tenían suficientes para las necesidades normales y que el niño era culpable de negligencia concurrente al nadar en aguas profundas, lo que fue la causa de su muerte y no la ausencia de un número suficiente de salvavidas (Spiegel v. Silver Beach Entrerprises, 6 CCH Neg. 2d 874).
    (a) Decida quién debe ganar este caso. ¿por qué?
    (b) ¿Cómo ilustra este caso los requisitos básicos de un acto negligente?
12. En el caso de *Jamieson vs. Woodward & Lothrop* (6 CCH Ne. 2d 1172) un fabricante de cuerdas de caucho con ojales en cada extremo, diseñadas para hacer ejercicio, fue demandado por un usuario de su producto. El ojo de la demandante se lesionó cuando el extremo de la cuerda de caucho se salió de su pie mientras ella estaba haciendo un ejercicio ilustrado en el libro de instrucciones. La demandante alegaba que el fabricante no había advertido la posibilidad de tal peligro en sus instrucciones. ¿Quién debe ganar este caso? Dé razones basadas en sus conocimientos sobre la responsabilidad por productos.
13. En el caso *Stewart vs. Rudner* (Mich Sup. Ct (7 CCH Neg. 2d 325), la reclamación se refería al caso de una mujer que acusaba que el fallo de su médico al no llevar a cabo una cesárea le había causado angustía mental. La mujer había tenido dos partos de niños muertos anteriormente y había convenido con su médico que su tercer hijo naciera por cesárea. El médico no llevó a cabo lo convenido. El médico se defendió sobre la base de que la muerte de la criatura no estaba relacionada con no haber practicado la cesárea, y que la demandante no debía ser indemnizada por angustia mental porque la criatura no nació viva.
    (a) Decida quién debe ganar este caso, dando sus razones.
    (b) ¿Qué implicaciones tiene este caso respecto a: (1) la tendencia hacia la responsabilidad absoluta y (2) el crecimiento de las reclamaciones por responsabilidad profesional?
14. En el caso *Carter vs. United Novelty & Premium Co.* (7 CCH Neg. 2d 325), se mantuvo que tanto el arrendatario como el dueño del edificio eran responsables de la muerte de uno de los empleados del arrendatario cuando un ascensor se rompió por las cuerdas. Se averiguó que ambos demandados sabían que eran inoperantes ciertos dispositivos de seguridad. ¿Qué ilustra este caso acerca de la responsabilidad por negligencia de un dueño por los accidentes ocurridos en una propiedad arrendada? Discútalo.
15. ¿Cuál es la principal distinción entre lo siguiente: (a) la responsabilidad por el producto y (b) la responsabilidad por operaciones terminadas? Explique con ejemplos.
16. En 1958, a una firma de contables del Estado de Illinois se le ordenó por el tribunal supremo pagar 24.265 dó-

lares a una firma cuyas cuentas había intervenido durante varios años. Durante este tiempo un contable había desfalcado una gran suma de dinero, que los interventores no habían detectado. ¿Fue básica esta decisión para convertir a las firmas de contadores públicos titulados en compañía de seguros? Discútalo.

17. En el caso *Ward vs. Arnold* (8 CCH Neg. 2d 790), una mujer contrató a un abogado para que redactara un testamento para su marido, dejándole a ella beneficiaria de sus bienes. El abogado redactó el testamento y se lo mandó al marido por correo, con instrucciones de que lo firmara en presencia de dos testigos. El marido lo firmó, pero no había testigos presentes. Cuando el marido murió, su testamento se juzgó inválido y la propiedad se distribuyó como si el marido hubiera muerto sin haber hecho testamento. Como resultado de esto, el hermano del marido heredó 15.262 dólares, la mitad del caudal hereditario, que de no haber sido así hubiera ido a la mujer. La mujer demandó al abogado por conducta ilegal o inmoral en el ejercicio de su profesión. ¿Cree usted que su acción debe triunfar? ¿Por qué?

18. La doctrina de la negligencia compensada ha sustituido a la regla de la negligencia contribuyente o concurrente en algunas jurisdicciones y se ha usado durante mucho tiempo como un método informal de resolución. Considere la equidad de esta doctrina en el caso que sigue: Un demandado rico causa 100 dólares de daños al coche de un demandante pobre, quien ha sido juzgado con el 10 por ciento de la culpa por el accidente. Hay 4.000 dólares de daños en el coche del demandado que tuvo el 90 por ciento de la culpa.
    (a) ¿Cuánto pagará cada una de las partes, de acuerdo con la doctrina de la negligencia compensada?
    (b) ¿Es esto justo? Discútalo.

19. Un demandante alegó que mientras cruzaba una calle fue atropellado por un coche que previamente había sido golpeado por el coche del demandado. El demandante sufrió una conmoción, la torcedura de un pie y magulladuras. Las cuentas del médico sumaron 118 dólares. El coche del demandado había sido robado y el demandante acusó de negligencia y de la violación de una ordenanza municipal debido que el demandado había dejado las llaves del encendido puestas, haciendo que fuera fácil para un ladrón robarse el coche. Decida este caso.

20. Localice algunos casos en cada una de las áreas que se relacionan más adelante (consulte una fuente como el *Insurance Law Journal* (Revista del Derecho de los Seguros)) y escriba un resumen de estos casos junto con su evaluación de lo que constituye una norma razonable del cuidado.
    (a) La responsabilidad de los síndicos.
    (b) La responsabilidad de los padres.
    (c) La responsabilidad por los daños causados por animales.

21. Una mujer compró un refrigerador y tres años más tarde recibió una descarga eléctrica al agarrar el tirador de la puerta. El fabricante argumentó que después de la compra, el mango de la puerta había sido reparado porque no cerraba de un modo adecuado y que, por lo tanto, él no tenía el control exclusivo de la máquina y, que por ello, no podía ser el responsable directo de los daños *(Ryan vs. Zweck Wollenberg Co.* (3 CCH Neg. 2d 724). Decida el caso, indicando los principios de negligencia en que basa su contestación.

22. El coche *A* fue golpeado por un vehículo que venía en dirección contraria que pertenecía a *B*, quien se había salido de su carril para evitar golpear a otro coche cuyo conductor *C* salía negligentemente en marcha atrás de su casa. *A* demandó a *B* por daños y perjuicios, pero *B* se defendió sobre la base de que no había negligencia. *A* manifestó que fue el coche de *B* el que en realidad causó los daños. ¿Quién debe ganar este caso? ¿Por qué?

23. ¿Se puede establecer que la violación de una ordenanza de tráfico, *per se*, debe constituir prueba de negligencia? Discuta los pros y los contras.

24. ¿Existe alguna «justicia» en hacer responsable a un padre de que su hijo conduzca descuidadamente, y absolver a otro padre, cuyo hijo causa lesiones a otra persona en el uso descuidado de un caballo que monta? Discútalo.

25. Un escritor manifestaba: «El seguro de automóviles se basa en los principios de derecho común de la responsabilidad. Sin embargo, el mero hecho de que una persona sea dueño de un coche no establece respon-

sabilidad en el caso de que las personas o la propiedad reciban lesiones debido a la negligencia de otra persona».

(a) Si la mera propiedad de un coche no es evidencia directa de la responsabilidad por lesiones a las personas o la propiedad, ¿qué *constituiría* dicha evidencia? Explíquelo.

(b) ¿Qué clase de personas serían con mayor probabilidad compradores de un seguro contra la responsabilidad de no propiedad en relación con la responsabilidad automovilística? ¿Por qué?

26. En el caso *Gothberg vs. Nomorowski* (108 N. E. 2d 12, III App (1965), un menor de edad telefoneó a un corredor de seguros, encargándole que lograra cobertura para su coche. La oficina del corredor escribió al solicitante y le dijo que el seguro se había ordenado a partir de la fecha de la conversación telefónica. Más tarde, el solicitante llamó al corredor para preguntar si su cobertura estaba en vigor entonces, y al obtener una contestación afirmativa, le preguntó a la persona que había contestado el teléfono (el corredor estaba fuera de la oficina) que le repitiera esto a la madre del solicitante, que no le dejaba conducir el coche hasta que ella supiera que estaba asegurado. Antes de la fecha que el solicitante envió el pago de su prima, tuvo un accidente y se pronunció contra él sentencia por 20.000 dólares. El solicitante demandó al corredor por tal cantidad pero éste negó tener responsabilidad sobre la base de que no estaba bajo ninguna obligación legal de conseguir seguro hasta que el pago de la prima hubiera sido recibido. Decida este caso; explique su razonamiento, basado en su idea sobre la forma en que la responsabilidad profesional se aplica a los agentes y corredores de seguros.

15

Contratos de Seguro de Responsabilidad Civil

El seguro de responsabilidad civil es la consecuencia y, en realidad, el resultado inevitable de las relaciones sociales de carácter legal de la sociedad que permiten entablar con éxito pleitos por negligencias contra las personas. Este es un factor clave para comprender las razones y la envergadura de los contratos de responsabilidad civil que se estudian en este capítulo. La necesidad de protegerse de las consecuencias económicas de tales pleitos surgió cuando se fue reconociendo que la negligencia era la causa de los pleitos por daños basados en el agravio.

Al principio los tribunales desaprobaban el seguro de responsabilidad civil en la creencia de que los contratos de esta naturaleza estimularían la conducta temeraria, dando como resultado mayores daños a las personas y a las cosas. Más adelante se reconoció que había una auténtica necesidad de protección financiera y que la existencia del seguro no causaba un grado injustificado de conducta irresponsable. Hoy día, la ley estima que carecer de un seguro de responsabilidad civil contra las consecuencias de una negligencia constituye en sí un comportamiento irresponsable. Por ejemplo, todos los Estados han promulgado leyes que imponen multas por la falta de alguna clase de protección económica contra la negligencia en la conducción de automóviles.

PRINCIPALES CLASES DE CONTRATOS DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Los contratos de seguros de responsabilidad civil tienden a cubrir las principales clases de responsabilidad legal, de acuerdo con lo estudiado en el Capítulo 14. Como puede suponerse, la industria del seguro ha creado cientos de pólizas, pero sería superfluo considerarlas todas. La clasificación siguiente proporciona ejemplos típicos de cada una de las clases de contrato más importantes. Para este estudio se han elegido sólo unas cuantas pólizas, haciendo hincapié en los elementos comunes a todas ellas.

Las clases más importantes de seguros de responsabilidad civil son:

1. Responsabilidad comercial.
   a) Responsabilidad de los patrones por accidentes del trabajo.
   b) Responsabilidad de los propietarios, patrones e inquilinos.
   c) Responsabilidad de fabricantes y contratistas.
   d) Responsabilidad de operaciones terminadas y de los productos.
   e) Responsabilidad civil contractual.
   f) Responsabilidad civil contingente.
   g) Responsabilidad civil general combinada.

2. Responsabilidad profesional.
   a) Error de médicos, cirujanos y dentistas.
   b) Responsabilidad profesional de abogados.
   c) Responsabilidad por errores y omisiones de agentes y corredores de seguros.

3. Responsabilidad personal.
   a) Responsabilidad personal combinada.
   b) Contratos de responsabilidad especial.

4. Seguro de automóviles.

En la clasificación anterior se ha hablado del seguro de automóvil, al que dedicamos una atención especial en el Capítulo 16 debido a su importancia económica y a los riesgos y problemas que esta clase de seguros presenta. En efecto, el riesgo de automóvil es, por supuesto, un tipo de riesgo que presenta en cada uno de los otros tres: responsabilidad comercial, profesional y personal. Además, los tipos de cobertura aparte de la

responsabilidad civil, como por ejemplo, daños físicos y pagos médicos, son analizados según se aplican en el seguro de automóvil.

ALGUNOS ELEMENTOS COMUNES A TODOS LOS CONTRATOS DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Hay ciertas características que figuran en todos los contratos de seguros de responsabilidad civil, sea cual sea el tipo de responsabilidad a que la póliza se refiere.

Convenios de seguro

Casi todos los contratos de seguros de responsabilidad incluyen tres convenios: la cláusula de seguro, la defensa, liquidación y pagos suplementarios y la definición del asegurado.

La cláusula del seguro. Algunos convenios de seguro estipulan en cláusulas separadas la lesión corporal y los daños materiales a las cosas, y algunas veces las dos se combinan en una sola cláusula de seguro, veamos un ejemplo:

«A abonar, por cuenta del asegurado, todas las sumas que el asegurado esté legalmente obligado a pagar por daños debidos a lesión corporal, enfermedad, incluyendo muerte en cualquier momento, como resultado o consecuencia de lesión o destrucción de la propiedad, incluyendo pérdida por desocupación de la misma, sufrida por cualquier persona y causada por accidente.»

La interpretación de este convenio se hace de acuerdo con los siguientes criterios:

1. La póliza de seguro de responsabilidad establece casi invariablemente que el asegurado se compromete a abonar sólo aquellos importes a que legalmente esté obligado. Las indemnizaciones voluntarias, aun hechas de buena fe y por considerarlas obligación moral hacia la parte lesionada, no están cubiertas en esta póliza, a menos que así se haga constar. Esto no quiere decir, por supuesto, que para determinar una obligación legal sea necesario presentar todos los casos ante los tribunales (más del 95 por 100 se solucionan privadamente), pero sí significa que para que exista un proceso por negligencia, ésta ha tenido que darse previamente.

2. No hay limitación ni restricción de cobertura en cuanto a la persona con la que se contrae obligación legal. En otras palabras, la póliza cubre los daños que el asegurado pueda inferir a un individuo, sea rico o pobre, importante o no, compatriota o extranjero, loco o cuerdo, siempre que se determine que ha existido un caso de negligencia susceptible de procesamiento.
3. El acto que causa el daño debe ser accidental. Sin embargo, se puede cubrir al asegurado por daños, aunque no hayan sido causados por negligencia tales como el libelo, la calumnia y violencias físicas no accidentales. Debe recordarse que un requisito básico para que un riesgo sea asegurable es su naturaleza fortuita. A pesar de esto, la mayoría de las pólizas de responsabilidad aparecen actualmente sin la cláusula de «a causa de accidente». En cambio, se reemplaza el texto que hace responsable al asegurado por cualquier «acontecimiento» que dé lugar a una responsabilidad legal (véase el estudio del seguro de responsabilidad general combinada más adelante). Aun cuando estas pólizas declaran excluidos los daños causados intencionalmente por el asegurado, existe la probabilidad de que el uso del término «acontecimiento» dé una mayor cobertura que la redacción «a causa de accidente». La palabra «accidente» sugiere un suceso repentino, inesperado y anormal, mientras que la palabra «acontecimiento», cuando se modifica para excluir actos intencionales, se refiere a sucesos inesperados y anormales, pero no necesariamente «repentinos». Supongamos, por ejemplo, que un contratista está utilizando dinamita en la excavación de cimientos para la construcción de un edificio nuevo y, aunque no se observe ningún daño inmediato a la propiedad vecina, transcurridos unos días, la tierra se ha removido tanto que los cimientos de los edificios colindantes sufren daños. La redacción de «a causa de accidente» puede dar lugar a dudas en cuanto a la cobertura de este daño, puesto que el contratista debiera saber las consecuencias probables de sus acciones y no hay un daño repentino ocasionado por la explosión. Bajo la redacción de «acontecimiento» se recupera la responsabilidad por daños, a no ser que se demuestre que el contratista continuó deliberadamente sus acciones, a sabiendas de que serían destructivas.

Defensa, liquidación y pagos suplementarios. Con respecto al seguro que esta póliza proporciona por responsabilidad por daños corporales y materiales, la compañía:

1. Defenderá cualquier reclamación contra el asegurado, en que se alegue agravio, enfermedad o destrucción que ocasionen daños, aun

cuando dicha reclamación fuese infundada, falsa o fraudulenta; pero la compañía hará la investigación, negociación y liquidación que estime oportuna sobre cualquier reclamación o pleito.
2. Pagará todas las primas sobre fianzas para librar embargos por un importe que no exceda del límite de responsabilidad aplicable a esta póliza y todas las primas sobre fianzas de apelación en cualquier pleito que se defienda, pero sin obligación de solicitar o proporcionar tales fianzas.
3. Pagará todos los gastos en que haya incurrido la compañía, todas las costas impuestas al asegurado en cualquier litigio y todos los intereses acumulados después de la sentencia hasta que la compañía haya pagado o depositado en el tribunal la parte de dicha sentencia que no exceda del límite de responsabilidad de la compañía.
4. Pagará los gastos en que haya incurrido el asegurado por los auxilios médicos y quirúrgicos prestados a otros que fueran necesarios en el momento del accidente.
5. Reembolsará al asegurado todos los gastos razonables en que haya incurrido a solicitud de la compañía, aparte de la pérdida de utilidades; las cantidades así desembolsadas, excepto las liquidaciones de reclamaciones y pleitos son pagaderas por la compañía, además del límite de responsabilidad aplicable a esta póliza.

En términos sustancialmente similares a los anteriores, todos los contratos de seguro de responsabilidad civil estipulan en su clausulado el pago de la defensa legal del asegurado y las de las costas del proceso. La importancia de este convenio queda demostrada por el hecho de que al seguro de responsabilidad civil se le llama frecuentemente seguro de «defensa» porque en la mayoría de los casos las reclamaciones de responsabilidad se resuelven privadamente entre los abogados, y el asegurado sabe que es el asegurador quien asume la preocupación y tramitación de las negociaciones. Conviene tener en cuenta los siguientes principios relacionados con la cláusula de defensa:

1. El hecho de que el asegurador acepte defender cualquier reclamación, aunque sea infundada, falsa o fraudulenta, releva al asegurado de la preocupación y gastos de los casos molestos, en los que el demandante confía en el hecho de que en muchos casos una firma comercial de prestigio atenderá una reclamación pequeña, aunque sea infundada, antes que entrar en los gastos que produciría su defensa ante los tribunales. El asegurador dispone de personal jurídico cuyo coste distribuye entre las reclamaciones similares que se produzcan a lo largo del año, pudiendo de esta forma tramitar cada caso de manera más económica. Sin seguro, el de-

mandado puede preferir contratar un abogado, aunque el importe comprometido sea pequeño. Debe advertirse que la palabra «cualquier» no significa que el asegurador vaya a defender una causa ante los tribunales que no esté dentro del ámbito de una acción culpable. Así, si el asegurado fuere demandado por bigamia, no puede esperar protección de su póliza de responsabilidad civil, aunque pueda ser responsable ante alguien por daños.

2. Algunas veces los tribunales exigen que el autor del daño deposite una fianza que garantice que mientras está pendiente el resultado de un proceso por negligencia él no puede disponer de los bienes sujetos a embargo, si el caso le resultare adverso. En los casos en que se ha perdido una causa ante los tribunales ordinarios y hay apelación al Tribunal Supremo, se debe prestar fianza para garantizar que el demandado pagará la sentencia si pierde ante dicho Tribunal. El asegurador conviene en pagar la prima sobre estas fianzas, más cualquier interés acumulado después de la fecha de la sentencia.
3. Según otras condiciones de la póliza de responsabilidad civil, el asegurador tiene el derecho de exigir al asegurado que se persone en el tribunal en los procesos legales que se deriven de la póliza.
4. El asegurador conviene en pagar a terceros los primeros auxilios médicos que fueren necesarios al ocurrir el accidente.
5. El asegurador no descuenta del límite de la responsabilidad por daños las costas de la defensa, sino que paga éstas costas, aunque excedan de todos los límites de la responsabilidad. Puede ocurrir que las mismas sean superiores al importe del fallo definitivo.

Definición del asegurado. Todos los contratos de seguro de responsabilidad civil establecen específicamente la persona a quien debe considerarse como asegurado. El criterio de «asegurado» es generalmente muy amplio y la redacción varía en cada clase de póliza. En el caso de una firma comercial, la intención es incluir a todos los socios, funcionarios, directores o propietarios como representantes del negocio en particular. En el seguro de responsabilidad personal, las pólizas incluyen como asegurados a todos los miembros de la familia que residen permanentemente en una misma casa. Es frecuente suscribir contratos de responsabilidad nombrando asegurados adicionales mediante el pago de una sobreprima.

Exclusiones

Entre los diversos contratos de seguro de responsabilidad, aparecen ciertas exclusiones de tipo casi general. Entre éstas, se citan:

1. En el caso de pólizas comerciales se excluyen todas las actividades no comerciales que den lugar a reclamaciones por daños. En los contratos personales se excluyen todas las actividades comerciales que den lugar a tales reclamaciones.
2. En toda póliza existe la intención de excluir todas las causas de responsabilidad que puedan cubrirse mediante otros contratos o por una estipulación especial mediante una prima adicional. Así, la póliza de responsabilidad civil combinada cubre los productos o la responsabilidad contractual solamente si se hace un pago específico por esta cobertura y excluye la responsabilidad profesional, puesto que ésta está asegurada bajo contratos separados.
3. Casi todos los contratos de responsabilidad excluyen los daños a las cosas pertenecientes o alquiladas al asegurado, o a las cosas que estén bajo su cuidado, custodia o control, bajo el principio general de que una persona no puede ser responsable ante sí misma por su propio descuido o negligencia. Se espera del asegurado que contrate un seguro por daños materiales, como seguro de incendio o rayo, para cubrir la pérdida accidental de bienes de su propiedad o por los cuales sea legalmente responsable en caso de pérdida.

A menudo surge la interrogante sobre las condiciones bajo las cuales las cosas están al cuidado, custodia o control del asegurado. Por ejemplo, si un mecánico está trabajando en la correa del ventilador del motor del coche de un cliente y la hoja del ventilador se rompe accidentalmente y hace un boquete en el radiador, ¿está el daño cubierto por la póliza de responsabilidad del garaje o bajo la interpretación de que el coche está al cuidado y custodia del propio asegurado está excluido el daño a cualquiera de sus partes? Una interpretación liberal de la póliza mantendría que el daño está cubierto y que sólo está excluido el daño a la pieza en la que se estaba trabajando. Así, en una ocasión, un contratista estaba instalando un aparato de calefacción; mientras lo estaba probando, antes de abandonar el trabajo, se produjo un daño. El tribunal mantuvo que el daño

estaba cubierto[1]. En otro caso, sin embargo, el tribunal sentenció que estaba excluido el daño causado por un bulldozer a un muro de contención de hormigón armado, porque el muro estaba «al cuidado, custodia y control» del contratista en el momento de producirse el daño[2]. Parece que no existe ninguna regla general aplicable a tales casos, excepto la de que «las ambigüedades en el lenguaje contractual se interpretaban siempre en contra del asegurador». En otras palabras, si el tribunal tiene dudas, el asegurador tendrá por lo general que pagar la reclamación.

Algunos asegurados ofrecen pólizas ampliadas en las que la exclusión de «el cuidado, la custodia y el control» está considerablemente liberalizada. De interés especial para los contratistas es el programa llamado de *responsabilidad de daños a las cosas ampliada* que detalla con bastante claridad qué cosas cubre y bajo qué términos. Bajo este programa —por ejemplo— un contratista cuenta con cobertura sobre herramientas o equipo prestados mientras él no los usa.

Límite de responsabilidad

En todas las pólizas de seguro de responsabilidad civil hay límites de responsabilidad de varias clases. Por ejemplo, en un contrato de responsabilidad general combinada, los límites pueden ser de 100.000 dólares por lesiones corporales a una sola persona y 300.000 por cada accidente. Para responsabilidad de daños materiales puede haber una limitación de 50.000 por cada accidente. Esto significa que si en un solo accidente se lesionan tres o más de los clientes de un asegurado, hay una limitación en conjunto de 300.000 dólares, sin cobertura por cada reclamación individual que exceda de 100.000. Si hay más de un asegurado designado en la póliza, surge la duda de si son aplicables estos límites de responsabilidad a cada asegurado, duplicando o triplicando así los límites establecidos: la respuesta es negativa.

La duda surge, también, sobre si un accidente determinado puede interpretarse como una serie de accidentes para poder aplicar el límite de responsabilidad por persona o por accidente

[1] Boswell v. Travelers Indemnity Company, 8 CCH. Casos de Incendio y Accidentes, 936.

[2] Jarrell Construction Company v. Columbia Casualty Company, 8 CCH. Casos de Incendio y Accidente, 642.

a cada «accidente» en particular, aumentando así enormemente la responsabilidad del asegurador. En un caso famoso, una camión chocó, por descuido, con un tren, causando el descarrilamiento de dieciséis vagones[3]. En su demanda judicial contra el propietario del camión asegurado, los ferrocarriles alegaban que puesto que los vagones pertenecían a catorce dueños distintos, hubo, en realidad, al menos catorce accidentes distintos y debía aplicarse a cada uno de ellos el límite de responsabilidad del del asegurado. El tribunal rechazó este argumento manteniendo que, según el significado ordinario de la palabra, el accidente había sido uno solo. Este principio se aplica también al campo del seguro de responsabilidad por los productos, en el que los límites se refieren a todas las reclamaciones derivadas de una partida o lote de mercancías o productos. Digamos que un fabricante, con un límite de cobertura de 50.000 dólares de responsabilidad por los productos, vende un lote en mal estado de cierta medicina y durante los seis meses siguientes 1.000 clientes perjudicados por su empleo hacen reclamaciones por valor de 1.000 dólares cada uno. El importe máximo que pagará el asegurador por daños provenientes de estas 1.000 reclamaciones es de dólares 50.000, no un millón. Un accidente queda circunscrito, pues, a un lote de mercancías.

Dado que pueden darse muchas reclamaciones derivadas del uso de un lote de mercancías y que se aplican los límites de responsabilidad a la suma de las mismas, se hace evidente la necesidad de contratar límites muy superiores a los que suscriben normalmente en el seguro de responsabilidad por los productos. El fabricante, sin embargo, puede estar seriamente infraasegurado en la creencia errónea de que sus límites de responsabilidad cubren cada reclamación.

Subrogación

Casi todos los contratos de seguro de responsabilidad civil están sujetos al derecho de subrogación por parte del asegurador para actuar contra cualquier tercer responsable. Este derecho es muy importante. Por ejemplo, puede darse el caso de que mientras el asegurado es legalmente responsable por algún acto de negligencia, otra persona ha aceptado asumir esta responsabilidad mediante contrato o se le hace responsable, por-

[3] St. Paul-Mercury Indemnity Co. v. Rutland Railroad. 5 CCH Auto 2d. 894.

que el asegurado es agente o empleado de una tercera persona. Si el asegurador paga la reclamación, tiene derecho a cualquiera de las reclamaciones que pudieran corresponderle al asegurado contra terceros.

Aviso del siniestro

Como todas las pólizas de seguros, los contratos de responsabilidad civil requieren notificación inmediata del accidente y comunicación de reclamación o juicio. Es muy importante que se cumpla esta condición ya que de otro modo los testigos disponibles pueden dispersarse desapareciendo la evidencia, lo que haría difícil o imposible determinar más tarde lo que sucedió en realidad. Tal información es vital para el éxito de la defensa del asegurado y sin una notificación inmediata, el asegurador se ve sumamente perjudicado.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD COMERCIAL

Entre los contratos de responsabilidad comercial antes expuestos, sólo examinaremos un tanto detalladamente la póliza de responsabilidad general combinada debido a que este contrato incluye todos los riesgos cubiertos por las demás pólizas, excepto la responsabilidad de los patronos y la póliza de accidentes del trabajo, que se estudian en un capítulo posterior.

Responsabilidad general combinada

La póliza de responsabilidad general combinada (RGC) consiste en un formulario cuya redacción permite al asegurado combinar en un solo contrato varias clases de cobertura. Se emite en base a todo riesgo, de manera que la cobertura queda prevista si la responsabilidad legal surge de alguno de los sucesos no detallados, pero no excluidos específicamente. Esta póliza está programada para abarcar una gran variedad de empresas comerciales.

En la RGC pueden asegurarse las siguientes clases de responsabilidad:

1. La responsabilidad derivada del uso de los locales.

2. La responsabilidad derivada de la fabricación, la contratación u otras actividades comerciales del segurado.
3. Los gastos médicos.
4. La responsabilidad contingente (contratistas independientes).
5. La responsabilidad de operaciones terminadas y la responsabilidad por los productos.
6. La responsabilidad contractual.

Normalmente, es posible, además, asegurar toda la responsabilidad del automóvil bajo una forma que constituye una combinación de la RGC y la póliza de responsabilidad de automóvil combinada. El seguro sobre riesgos detallados más arriba puede también suscribirse bajo contratos separados. Por ejemplo, la primera clase de responsabilidad que se menciona es, esencialmente, la cobertura proporcionada por la póliza de responsabilidad de propietarios, patrones e inquilinos, que asegura la responsabilidad que se deriva de la propiedad, mantenimiento y uso de un local. La segunda cobertura relacionada es la que proporciona la póliza de los fabricantes y contratistas, que asegura la responsabilidad procedente de las operaciones de fabricación o contratación.

En el Capítulo 14 se dan ejemplos de reclamaciones originadas por estas causas. La terminología de la cobertura en la RGC es tal que quedan cubiertas las reclamaciones procedentes de cualquier operación relacionada o exigida por el negocio del asegurado. De este modo una reclamación causada por una señalización al lado de un camino estaría cubierta por que la señalización podría interpretarse como «incidental o necesaria» para la operación del negocio. La responsabilidad de ascensores queda cubierta automáticamente.

Es significativo que para cada uno de los riesgos citados, la RGC proporciona cobertura automática sobre locales recién adquiridos, ascensores u otros riesgos que surjan durante la vigencia de la póliza. Así, si se compra o alquila un edificio nuevo, se instala un nuevo ascensor o se inicia o compra un tipo nuevo de negocio, el seguro queda automáticamente ajustado para otorgar la debida cobertura. Naturalmente, al revisar la póliza al cierre del ejercicio, se cobra una prima adicional por cualesquiera de los nuevos riesgos. La cobertura automática se aplica solamente a los riesgos de la clase ya asegurada. Por ejemplo si el asegurado hubiera optado por no tomar el seguro de responsabilidad por los productos, no habría cobertura automática para las reclamaciones que se derivasen de ella.

La cláusula del seguro. Base del acontecimiento

En la RGC el acto que causa el daño debe ser accidental en el sentido de que un «acontecimiento» produce resultados que para el asegurado son accidentales e involuntarios. El acontecimiento en sí no necesita ser accidental. La última revisión de la RGC (1966) define el mismo como «un accidente, incluyendo la exposición al riesgo que causa durante la vigencia de la póliza lesión corporal o daño material inesperado e involuntario desde el punto de vista del asegurado». Así, el asegurado podría realizar algún acto deliberado, pero si los resultados de este acto causaren una pérdida o un daño, tal como se ha definido inesperado e involuntario, la póliza por su parte otorgaría la cobertura. No existe el requisito de que la pérdida o daño resulten de algún acto súbito del asegurado, dado que está cubierta la exposición a un riesgo durante un período de tiempo determinado.

Los tribunales sostienen que bajo el concepto de accidente son indemnizables por los aseguradores los siguientes daños: pérdida o daño debido a exposición de radium durante un período de siete meses en el cual el empresario no haya facilitado un equipo protector adecuado [4], pérdida o daño debido a envenenamiento por berilo durante un período de ocho años [5], y daños causados a las ventanas por ácido hidrofluórico debido a insuficientes precauciones en la limpieza [6].

Los gastos médicos

Una cláusula típica sobre pagos médicos de la RGC señala lo siguiente:

> «Para pagar todos los gastos prudenciales en que se haya incurrido dentro del año a partir de la fecha del accidente, por servicios médicos, quirúrgicos y dentales necesarios, incluyendo aparatos protésicos y servicio de ambulancia, hospital, enfermera profesional y funerales para cada persona que sufra lesión corporal, enfermedad o daños causados por accidentes derivados de la propiedad, mantenimiento o uso de los locales o las operaciones inherentes o incidentales a los lesionados.»

La cobertura de pagos médicos se aplica sólo a los gastos en que se haya incurrido dentro del año a partir del accidente, y los pagos se hacen sólo a los individuos que no sean el *asegurado*, sin consideración a la responsabilidad legal de éste por el accidente. El objeto de la cobertura de pagos médicos es compensar al asegurado de los gastos en que incurriría normalmente si cualquier persona fuera lesionada en su propiedad, sin contar su responsabilidad legal. Por supuesto, que la persona lesionada puede pensar que tiene derecho a una reclamación legal por daños posteriores, en cuyo caso no hay obstáculo que le impida presentar una demanda aun después de haber recibido atención médica, de acuerdo con la sección de pagos médicos de la póliza. Las reclamaciones por pagos médicos no afectan a las secciones de responsabilidad de la RGC.

La cobertura de pagos médicos que se adjunta generalmente a la RGC tiene ciertos límites y exclusiones importantes. Existe un límite de dólares por persona, generalmente de 250 ó 350, y un límite de dólares por accidente, normalmente de 25.000 ó 50.000. Las reclamaciones por pagos médicos por uso de productos defectuosos están normalmente excluidas porque estas reclamaciones quedarían cubiertas por la cobertura de responsabilidad de los productos. No hay cobertura aplicable a los inquilinos no residentes en los locales ni tampoco a aquellos que vivan fuera de los mismos, por accidentes ocurridos en las partes alquiladas. Todas las reclamaciones médicas derivadas del uso de automóviles están excluidas por existir cobertura aparte para dicho seguro, que se estudia en el capítulo siguiente. La cobertura de pagos médicos de automóvil es, en general, mucho más amplia que cualquier otro seguro de pagos médicos.

La responsabilidad contingente

La responsabilidad contingente es la impuesta al asegurado por la ley en razón de actos realizados por sus contratistas independientes. Como se hizo notar anteriormente, un propietario no puede transferir toda la responsabilidad al contratista, aunque éste esté dispuesto a asumirla mediante convenio. El dueño

---

[4] Canadian Radium & Uranium Corp. v. Indemnity Insurance Co. of North America. 108 N. E. 2d. 515.

[5] Beryllium Corp. v. American Mutual Liability Insurance Co. 223 Fed. (Ind.) 71.

[6] Cross v. Zurich General Accident and Liability Insurance Co. 184 Fed. (Ind.) 609.

de un edificio, por ejemplo, sigue siendo responsable ante cualquier persona si un contratista independiente se ocupa de actividades peligrosas, como cargas explosivas. El seguro de responsabilidad contingente cubre este riesgo.

Responsabilidad por productos

Tal como estipula la RGC, *la responsabilidad por los productos* incluye la responsabilidad del fabricante o vendedor por la manipulación de productos o envases defectuosos, así como también por operaciones terminadas. Esta cobertura es vital para la mayoría de los asegurados y ello justifica un cuidadoso estudio de la misma.

La responsabilidad por los productos se distingue de la responsabilidad general porque la lesión o daño debe ocurrir *fuera* de los locales del asegurado y después de que éste ha dejado de tener posesión y control del producto que causó el daño [7]. Por ejemplo, en cierta ocasión, un demandante golpeó ligeramente un frasco de vidrio que explotó, cortándole seriamente. El tribunal declaró responsable al fabricante ya que la explosión fue debida a un proceso de recocido defectuoso en la fabricación del vidrio [8]. Si un accidente similar a éste hubiera ocurrido *en los locales* del vendedor, la sección de responsabilidad de la RGC para locales en general, habría cubierto el daño. Dado que es frecuente suscribir diferentes límites de cobertura para distintos tipos de riesgos de responsabilidad, hay que distinguir qué cobertura de responsabilidad se aplica a un daño determinado. Una empresa puede tener límites de 100.000 dólares para la cobertura de locales en general, pero sólo de 25.000 de responsabilidad por el producto.

Para los servicios realizados por el asegurador en locales ajenos existen criterios similares. Si una pérdida o daño tiene lugar cuando el trabajador está ocupado en sus labores la cubriría la cláusula de responsabilidad general de la RGC. Abandonado el trabajo, la pérdida o daño está cubierta por la cláusula de responsabilidad por los productos (operaciones terminadas u operaciones abandonadas). Sin embargo, las pérdidas

[7] Hay una excepción a esta regla general para el caso de restaurantes, en los que el seguro cubre las pérdidas que ocurran mientras se consumen alimentos en el local.

[8] Trani v. Anchor Hocking Glass Corp. Conn. Sup. Ct. of Erros (12 julio 1955), 5 CCH Neg. 2d 34.

o daños en operaciones de recogida o entrega, o por existencia de herramientas dejadas en la obra y equipo sin instalar o materiales abandonados, están cubiertas por la sección de responsabilidad civil general mediante una cláusula contractual.

El hecho de que el asegurado tenga intención de realizar un trabajo adicional en el futuro no da carácter de inconclusa a la obra y, por tanto, sigue protegida por la sección de responsabilidad civil de la póliza. Por ejemplo, si un contratista de suelos instala un piso nuevo en un salón con la intención de enlosar el comedor más adelante pero abandona temporalmente la obra, se considerará terminado el salón y cualesquiera pérdidas o daños derivados de un trabajo defectuoso se cubren por el seguro de responsabilidad de operaciones terminadas.

En cierta ocasión un vendedor hizo una demostración encerando el piso de un cliente olvidándose de quitar la cera. Más tarde alguien resbaló en el suelo y presentó una reclamación por lesiones. El patrón del vendedor tenía cobertura de responsabilidad general, pero no tenía el seguro de responsabilidad de operaciones terminadas. El tribunal dictaminó que la instación quedaba bajo el seguro de responsabilidad de operaciones terminadas y que no existía ninguna responsabilidad bajo la póliza de responsabilidad general [9]. Debido a que existe una distinción muy sutil entre la cobertura de responsabilidad general y la de responsabilidad por los productos, es aconsejable que una empresa tenga ambos tipos de seguro para evitar posibles discusiones respecto quién, en caso de indemnización, debe hacerse cargo del pago del daño.

La sección de responsabilidad por productos de la RGC establece claramente que existe cobertura por pérdida o daños debidos a «errores de producción» al fabricar el producto, pero no por los fallos en el comportamiento del producto por errores de diseño, fórmula o especificación del mismo. Esto se llama exclusión del «riesgo comercial». Si un fabricante vende un pesticida ineficaz debido a una mala especificación de la fórmula, no existe cobertura bajo la RGC por pérdidas o daños ocasionados al comprador de este pesticida. Por el contrario, no existió error en la formulación sino que un empleado del asegurador no mezcló debidamente el pesticida siendo este error la causa del daño, en tal caso rige la cobertura.

Si un fabricante descubre una partida defectuosa de productos e incurre de determinados gastos para retirarlos del mer-

[9] United States Sanitary Specialties Corporation v. Globe Indemnity Company, 7 CCH. Casos de Incendio y Accidentes, 1.193.

cado, la RGC no cubre dichos gastos. Para cubrir este riesgo existe en el mercado un seguro independiente, conocido como «seguro de retiro». Sin embargo, hay estipulaciones concretas en el contrato que exigen al asegurado tomar todas las medidas necesarias para evitar una pérdida o daño mayor una vez que se haya localizado una partida de productos en mal estado procediendo a subsanar el trabajo defectuoso. Bajo la exclusión llamada «exclusión de hermandad», la cobertura de responsabilidad por los productos excluye la pérdida causada por daños al retirar la mercancía y por gastos tales como volver a abastecer una tienda de ultramarinos.

El seguro de responsabididad por los productos se aplica tanto a los daños causados por el envase de las mercancías como por ellas mismas. Así, cuando una botella explota y el vidrio causa lesiones al que la sostiene, la póliza cubre los daños producidos.

El seguro de responsabilidad por los productos se aplica a todos los accidentes que causen daños durante la vigencia de la póliza, sin tomar en cuenta la fecha en que se vendió el artículo o se prestó el servicio que originó el accidente. Es frecuente que las reclamaciones de responsabilidad por los productor tengan lugar varios años después de haberse vendido la mercancía.

Exclusiones principales de la RGC. La RGC excluye el riesgo automovilístico, a menos que esté combinado con dicha cobertura suscrita, generalmente, como contrato separado. (Sin embargo, cubre la pérdida de responsabilidad debido al manejo de equipo móvil o por aparcamiento de automóviles ajenos a los lugares del asegurado). La responsabilidad de aviones está excluida como también la responsabididad de manipulación de embarcaciones fuera del establecimiento. De igual modo, con tiene exclusiones generales por guerra, reclamaciones de accidentes del trabajo, y a las cosas bajo el cuidado, custodia y control del asegurado.

No se incluye la responsabilidad relacionada con máquinas distribuidoras automáticas, a menos que este tipo de protección se haga constar específicamente mediante el pago de una prima adicional. Toda la responsabilidad asumida bajo contrato se excluye de la sección de responsabilidad por productos de la RGC, excepto las garantías concedidas a mercancías o productos; dicha responsabilidad está cubierta por la responsabilidad contractual que se estudia más adelante. Finalmente, se excluye el riesgo por la responsabilidad impuesta por la Ley de

Licores. Esta disposición, conocida como «exclusión de venta de licores», figura en la mayoría de los contratos de responsabilidad ya que las leyes de algunos Estados para la venta de alcohol responsabilizan al vendedor o distribuidor de estas bebidas por daños que puedan ser achacados al uso del alcohol que él ha vendido o distribuido. Así, pues, una persona intoxicada que abandona un lugar donde se vende licor puede dañar a alguien o destruir bienes. De acuerdo con la ley del Estado para la venta de alcohol la responsabilidad puede llegar a recaer en el establecimiento asegurado. La póliza excluye esta responsabilidad que puede cubrirse mediante el pago de una prima adicional.

Suplementos de vendedores. Debido a la importancia del riesgo de la responsabilidad por los productos, muchos comerciantes al por menor rehúsan mercancías de un fabricante o mayorista, a menos que conste que están protegidas por el seguro contra responsabilidad por productos. Esto se consigue, generalmente, designando al comerciante como asegurado adicional en la póliza de responsabilidad por los productos del mayorista o fabricante. Este suplemento cubre no sólo las reclamaciones basadas en la violación de la garantía del fabricante, sino también aquellas fundadas en la negligencia del comerciante, o sobre la propia garantía sobre mercancías del comerciante. Naturalmente, se cobra una prima adicional por este suplemento. Puesto que el comerciante tiene también, frecuentemente, su propio seguro de responsabilidad por los productos, el propósito de este suplemento es proveer mayores márgenes de responsabilidad ante las posibles reclamaciones por los productos.

Responsabilidad contractual

Una causa que da origen a responsabilidad es la que se deriva de que las firmas comerciales descuidan frecuentemente convenios suscritos con terceros por los que se asume una responsabilidad que, de otro modo, sería imputable a otros. Como ejemplos típicos, tenemos los convenios para ciertos ramales de ferrocarril, convenios de arrendamiento, convenios de servidumbre, contratos con proveedores de mercancías o servicios, contratos de servicios para las municipalidades (por ejemplo, remoción de nieve) o la construcción, convenios para el mantenimiento de ascensores y de órdenes de compra. La responsabilidad asumida en ellos no se limita necesariamente a negli-

gencia sino que también puede deberse a cualquier acontecimiento casual, como un incendio.

Convenios de ramales de ferrocarril. Una de las más antiguas y conocidas fuentes de responsabilidad contractual es la de los acuerdos con el ferrocarril. «Liberación de responsabilidad» por ciertas pérdidas originales por la instalación, mantenimiento o uso de un ramal ferroviario que penetre en la propiedad del asegurado, por comodidad del mismo para la carga y descarga de materiales y provisiones. Estos contratos no están uniformados, pero estipulan, generalmente, que si una de las locomotoras del ferrocarril ocasiona incendio a la propiedad de un tercero o si, del uso del ramal, se derivaran daños accidentales, el dueño de la propiedad será responsable de los daños y pérdidas resultantes.

Aunque tanto el ferrocarril como el dueño de la propiedad tengan un seguro de responsabilidad civil general, el propietario de dicha propiedad no estará cubierto contra estas reclamaciones, a menos que tenga una cobertura de responsabilidad contractual que cubra tales contratos. Supongamos que debido a la negligencia de los empleados de ambos una de las máquinas mata a alguien. La sentencia condenará a los dos, ferrocarril y dueño de propiedad, el pago lo hace el asegurador de responsabilidad civil de cada una de las partes.

Seguidamente el asegurador de los ferrocarriles demanda al dueño de la propiedad para la recuperación de los importes pagados en nombre de los ferrocarriles, alegando que la responsabilidad de éstos fue asumida por el dueño de la propiedad conforme al convenio de «liberación de responsabilidad». El dueño de la propiedad tiene que pagar este importe y no puede esperar una defensa legal por parte de su asegurador, a no ser que haya suscrito el seguro de responsabilidad contractual, bajo la póliza de RGC o por separado. Obsérvese que las dos partes estaban protegidas por el seguro de responsabilidad general, pero debido al convenio de «liberación de responsabilidad», el dueño de la propiedad sufre una pérdida adicional [10].

Convenios de contratos de arrendamiento. Según el contrato de arrendamiento típico, el arrendatario conviene en asumir cualquier responsabilidad correspondiente al arrendador respecto a cualquier daño causado por el arrendatario o cualquier otra persona, por mantenimiento deficiente o negligencia de cualquier persona, incluyendo ésta los inquilinos u ocupantes del edificio. Es significativo observar que el convenio estipula que las pérdidas causadas por personas dependientes del arrendador se pagarán por el arrendatario. De este modo, aun cuando ante la Ley el arrendatario es el responsable directo de negligencia, el arrendatario o su asegurador deben reembolsarle. El mismo principio se aplica a la mayoría de los convenios de responsabilidad contractual. En cierto juicio famoso, un contratista eléctrico asumió la responsabilidad de un contrato de construcción con la ciudad de Nueva York. Debido a la negligencia de uno de los empleados municipales, se falló contra ésta por la cantidad de 85.000 dólares, que pudo cobrar del contratista eléctrico de acuerdo con el convenio de «liberación de responsabilidad» de su contrato de construcción [11].

Normalmente, la RGC estipula y asegura sin cobro adicional diversas clases de convenios de responsabilidad contractual llamados «contratos incidentales»: arriendo de locales, contratos de mantenimiento de ascensores y escaleras móviles, convenios de servidumbre de paso a nivel de ferrocarriles y los contratos exigidos por las ordenanzas municipales relacionados con trabajos realizados para la municipalidad. La póliza cubre automáticamente todos los convenios citados que se suscriban durante la vigencia de la póliza. Cualesquiera otros convenios, tales como los originados por el uso de equipo arrendado, deben cubrirse por suplemento independiente y pagando la prima adicional respectiva. Generalmente, los aseguradores no están dispuestos a emitir suplementos abiertos que puedan cubrir todo tipo de convenio suscrito durante la vigencia de la póliza.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Esta importante forma de responsabilidad se cubre en póliza separada debido a que las de responsabilidad general excluyen normalmente todas las reclamaciones procedentes de error o fallo de un profesional en el desempeño de sus funciones. A estos contratos se les llama frecuentemente «de fallo profe-

[10] Un caso muy similar a este ocurrió en la realidad y se describe en el expediente de St. Louis Police Relief Association versus Aetna Life Insurance Co. 154 S. W. 2d. 782.

[11] Triebault v. City of New York, citado en el periódico «Law Journal». Ley de Nueva York 135 («New York Law Journal»), 108.

sional» y algunas veces «pólizas de errores u omisiones», según la clase de profesional que las tiene. Los dos contratos son en esencia muy similares, y tienen muchas disposiciones comunes. Citamos a continuación tres ejemplos de estas pólizas analizando las características particulares de cada una.

Contratos de responsabilidad profesional frente a otros contratos de responsabilidad

Existen diferencias importantes entre los contratos de seguros de responsabilidad profesional y otras clases de responsabilidades:

1. En el seguro de responsabilidad profesional, el asegurador necesita, frecuentemente, permiso del asegurado para liquidar las reclamaciones en forma privada, ofreciendo ciertas sumas a cambio de que el demandante libere al asegurado de responsabilidad. Esta práctica de convenios privados es muy común en otras reclamaciones de responsabilidad, pero es obvio que consentirla en el seguro de responsabilidad profesional conduciría a perjudicar la reputación de un médico, por ejemplo, a quien se conozca como persona que acepta arreglar de este modo sus errores profesionales. Por lo tanto, aunque sea menos oneroso para el asegurador pagar una reclamación sin investigar su validez, el profesional tiene el derecho de insistir ante el asegurador sobre una defensa en los tribunales.
2. La póliza de responsabilidad profesional se extiende, generalmente, con una sola cláusula principal de seguro, y no hace distinción entre la responsabilidad por lesiones corporales y daños a las cosas, sin límite alguno «por accidente». Generalmente hay un límite de responsabilidad establecido «por cada reclamación», de forma que si la póliza tiene un límite de responsabilidad de 25.000 dólares por reclamación y un límite total de 100.000, y se entablan dos reclamaciones por daños debido a un solo error, digamos una por el paciente y otra por su esposa, los límites de responsabilidad serían 50.000 dólares (25.000 por reclamación). En otros casos, las pólizas de responsabilidad establecen, invariablemente, los límites de responsabilidad en una cantidad determinada por accidente o por suceso.
3. La póliza de responsabilidad profesional no restringe su cobertura a aquellos sucesos «causados por accidente» dado que el acto que da lugar a una reclamación es generalmente deliberado. El suceso tiene un resultado involuntario, pero no siempre puede describirse como accidental. Por ejemplo, un farmacéutico vende una medicina patentada como remedio contra la picazón. Si esta medicina causa una reacción alérgica grave al cliente, el resultado es ciertamente involuntario, pero el acto de vender el medicamento fue deliberado. El seguro por fallo médico cubriría tal pérdida. No obstante, los actos criminales o ilegales se excluyen siempre de la cobertura de esta póliza.
4. La póliza de responsabilidad profesional no excluye normalmente el daño a las cosas bajo el cuidado, custodia o control del asegurado, como los contratos de responsabilidad general. Generalmente esta clase de pérdida será mínima, pues casi siempre los contratos cubren lesiones personales.
5. A diferencia de otras pólizas de responsabilidad, especialmente la de productos, los contratos de responsabilidad profesional protegen al asegurado contra toda reclamación basada en actos realizados durante la vigencia de la póliza. No es necesario que dicha reclamación sea hecha durante la vigencia de la misma, pero sí que el error profesional deba haberse cometido durante su vigencia.
6. La póliza de responsabilidad por productos asegura las reclamaciones derivadas del incumplimiento de la garantía del vendedor sobre las mercancías. Si un comerciante detallista afirma que un producto es bueno para cierto fin y resulta todo lo contrario, «existe demanda» por la cual debe responder la póliza. No obstante, en la póliza de responsabilidad profesional hay generalmente una exclusión para todo convenio que garantice el resultado de cualquier tratamiento. La reclamación de un paciente por un tratamiento fallido que no tuvo el éxito prometido por el médico no está, por tanto, protegida por la póliza. La póliza responde por reclamaciones basadas en el error, falta o fallo del médico al prestar el servicio, pero no por cualquier garantía suya respecto al éxito de sus resultados, lo que, después de todo, no es garantizable. Cláusulas similares se dan en otras clases de contratos de responsabilidad profesional.

Seguro de errores médicos

Uno de los contratos principales de responsabilidad profesional es la póliza de responsabilidad civil de médicos, cirujanos y dentistas. En ella el asegurador conviene en indemnizar:

«Toda suma que el asegurado esté obligado legalmente a pagar por daños derivados de fallo, error o falta al prestar servicios profesionales, en la práctica de la profesión del asegurado descrita en las declaraciones. Es necesario que el asegurado o cualquier otra persona por

cuyos actos el asegurado sea legalmente responsable, hayan cometido dichos actos durante la vigencia de la póliza.»

La cláusula del seguro se refiere a «lesión» y no a lesión corporal. Así. la cláusula cubre un amplio campo de reclamaciones, como la angustia mental, detención ilegal, calumnia y libelo, basados en actos profesionales. El convenio de seguro se refiere a actos provenientes de la «práctica o ejercicio de la profesión del asegurado». Por ello, si un paciente resbala en el felpudo de la entrada al local, esto no se considera parte del servicio profesional y la póliza de fallo profesional no cubriría los daños que el cliente pudiera haber sufrido por dicha causa. El profesional necesita, pues, tanto el seguro de responsabilidad de los locales como la cobertura de responsabilidad profesional. El seguro de responsabilidad profesional cuenta muy a menudo con un suplemento a la póliza de responsabilidad general, de modo que en la práctica no ha lugar a dificultades derivadas de tales problemas.

El convenio del seguro cubre la responsabilidad del asegurado por los actos de una enfermera, ayudante, técnico, etc., pero no la responsabilidad personal que pudiera afectar a tales personas. Se supone que la enfermera, el ayudante o el técnico tienen su propia cobertura profesional. A menudo, este asegurado permite que su cobertura se endose a la póliza del profesional que utiliza sus servicios.

Responsabilidad profesional de abogados

Otro ejemplo del seguro de fallo profesional es el contrato más o menos uniforme que cubre la responsabilidad de abogados y procuradores.

La mayoría de los aseguradores de responsabilidad civil dispone actualmente de este contrato en formulario preparado por el National Bureau of Casualty Underwriters. El contrato tiene una redacción similar a la de otros relativos a la responsabilidad profesional, con las adaptaciones adecuadas a las necesidades de los abogados. El convenio de seguro es muy amplio, cubriendo la responsabilidad «debido a cualquier acto u omisión del asegurado, o de cualquier otra persona por cuyos actos u omisiones éste sea legalmente responsable, derivados del desempeño de los servicios profesionales prestados a otros en su calidad de abogado». Al igual que en otros contratos de responsabilidad profesional, no se hace referencia a «accidentes» y el asegurador no podrá liquidar una reclamación sin el permiso del asegurado.

El contrato cubre las reclamaciones derivadas de cualquier acto u omisión ocurrido durante la vigencia de la póliza, pero sin límite de tiempo respecto a la fecha de presentación de la reclamación. Por lo que, si un abogado no tramita adecuadamente el proceso de divorcio de un cliente y diez años más tarde resulta que el mismo, casado ilegalmente por segunda vez, es acusado de bigamia, el asegurador se hará cargo de la defensa del juicio y pagará la indemnización que corresponda aunque ya no esté en vigor la póliza que cubría al abogado. Por otro lado, si el abogado nunca suscribió una póliza de seguro de responsabilidad, y durante la vigencia de la póliza suscrita posteriormente lo demanda el cliente por daños, el actual asegurador de responsabilidad pagará la reclamación, siempre que se pruebe que cuando la póliza entró en vigor el abogado no sabía ni siquiera podía prever que su antigua omisión daría lugar a una reclamación. Sin embargo, si el abogado anula su póliza al cabo de un año y la reclamación se efectúa cuando dicha póliza ha caducado, no existe cobertura, como hubiera habido en el caso de que el error inicial hubiera ocurrido durante el período de vigencia de la misma. Si en el momento de producirse la reclamación, el abogado tiene concertada una póliza con otro asegurador, el primer asegurador es el responsable siempre y cuando el error profesional hubiera tenido lugar dentro de la vigencia de esa primera póliza, considerándose la cobertura del segundo asegurador como excedente, en caso de que los límites de responsabilidad del primero fuesen insuficientes.

Responsabilidad civil por errores u omisiones de agentes y corredores

La póliza por errores u omisiones de agentes y corredores asegura a los mismos contra toda pérdida que deban satisfacer a su clientela por casos de negligencia, errores y omisiones de sus empleados. Aunque estos contratos no son uniformes, la mayoría de los aseguradores dan al agente la opción de protegerse contra reclamaciones similares de la compañía que representan. El contrato se realiza, generalmente, con un descuento sustancial, digamos de 500 ó 1.000 dólares. La póliza responde solamente si puede probarse la responsabilidad legal del agente, y no por pagos hechos voluntariamente a los clientes con el fin de conservar sus buenas relaciones. Al igual que otros contratos de responsabilidad profesional, el seguro por errores y omisiones cubre solamente los errores «profesionales».

Lo único que el agente nccesita para cobrar es demostrar que la reclamación en su contra se produjo durante la vigencia de la póliza, sin tenerse en cuenta la fecha en que ocurrió el error profesional. Sin embargo, para proteger al agente, el contrato estipula que si el asegurador rehúsa renovar el seguro, la cobertura se extiende por un año más, cubriendo las reclamaciones provenientes de errores que hayan tenido lugar durante la vigencia de la póliza. Podría suceder, por ejemplo, que un agente se diese cuenta el 28 de diciembre de que ha cometido un error, por el cual es responsable, del que se derivó un daño que, a causa de ese error, queda sin seguro. El asegurador de responsabilidad profesional, al conocer el caso, podría rechazar la renovación de la póliza por errores y omisiones sabiendo que la reclamación no se presentaría antes del 31 de diciembre, fecha de caducidad de dicha póliza. La cláusula que concede cobertura a estas reclamaciones, protege así al agente ante una negativa injusta de vigencia de su contrato contra errores y omisiones.

Las características más importantes que deben tenerse en cuenta en estas pólizas son:

1. La extensión de la cobertura para actos de los agentes anteriores a la fecha de vigencia de la póliza.
2. La cobertura para los actos realizados por agencias externas, tales como compañías de tasación.
3. La existencia de limitaciones territoriales, especialmente respecto a coberturas para clientes internacionales.
4. Limitaciones al período establecido para la denuncia del daño.
5. La facultad del asegurador para liquidar una reclamación sin el consentimiento del agente y la facultad del agente para admitir la responsabilidad.
6. El efecto de actos ilegales o injustificados por parte de los empleados del agente o subagentes.
7. Las condiciones bajo las cuales el asegurador asume la responsabilidad.

En estas materias no todas las pólizas contienen disposiciones que satisfacen las exigencias del asegurado.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD PERSONAL

Con excepción del seguro del automóvil, la mayoría de las coberturas de responsabilidad por negligencia individual (no comercial) están incluidas en la póliza de responsabilidad personal

combinada (en abreviatura, RPC), establecida por vez primera en 1944 y actualmente incorporada en los formularios de riesgos de hogar.

No vamos a analizar aquí los contratos individuales sobre clases especiales de responsabilidad personal, como responsabilidad de jugadores de golf, deportistas y responsabilidad por perros, aunque se suscribe alguno de vez en cuando. La póliza de responsabilidad personal combinada es un contrato a todo riesgo con pocas exclusiones, creado para cubrir los riesgos de responsabilidad legal derivados de la conservación del hogar, pero que cubre también la responsabilidad no comercial del asegurado que se encuentra fuera de su residencia.

Convenios del seguro

Los convenios del seguro de la póliza de responsabilidad personal combinada se asemejan, en muchos aspectos, a los de la RGC, pero difieren de aquéllos en que:

1. El convenio de seguro no hace referencia a hechos «causados por accidente». Por lo tanto, la cobertura se entiende sobre la base de un acontecimiento.
2. La responsabilidad por daños a las cosas y lesiones corporales está cubierta en una cláusula de seguro y se aplica un solo límite a ambas clases. Este procedimiento se está generalizando en las pólizas de responsabilidad, aunque hubo un tiempo en que sólo se suscribían en esta forma las de RPC.
3. La cobertura de pagos médicos no es opcional, como lo es en la RGC, y asciende a 250 ó 500 dólares por accidente, a menos que la póliza lleve suplementos con límites mayores. En la cobertura de pagos médicos se cubren las siguientes reclamaciones que deben basarse en un accidente: *a*) Daños sufridos por las personas que están en los locales del asegurado con su permiso; *b*) daños sufridos fuera de los locales, cuando los motivaren las actividades del asegurado, sus hijos, sus criados o uno de sus animales, y *c*) daños en los locales donde el asegurado vive provisionalmente (siempre que no sea dueño de ellos) o en una finca desocupada propiedad del mismo. Los pagos médicos en la RPC no cubren el coste de los accidentes del propio asegurado o de cualquier persona que conviva con él. Según se verá en el capítulo siguiente, esta restricción no se aplica a los pagos médicos, como estipulan los contratos de responsabilidad de automóviles.

4. Al definir al asegurado, la RPC incluye no sólo al asegurado designado, sino también a su esposa y a los parientes de cualquiera de ellos, que tengan carácter de residentes. Incluye también a cualquier persona menor de veintiún años que viva en la casa y también a los empleados, respecto al uso de ciertos instrumentos de granja y jardín.
5. Está cubierta la responsabilidad por lesiones sufridas por los empleados, salvo cuando exista una póliza de accidentes del trabajo o ésta sea requisito de las leyes del Estado.

Exclusiones

Las exclusiones principales de la RPC son las siguientes:

1. Están específicamente excluidas las actividades comerciales y profesionales, tal como lo están en la responsabilidad personal de la RGC. No obstante, la RPC cubre las actividades comerciales normalmente concurrentes con otras ocupaciones no comerciales. Así, si el asegurado va a la ciudad a resolver un asunto personal, pero pasa por su oficina para realizar una gestión y tropieza con otra persona al doblar una esquina, su póliza de RPC cubre cualquier reclamación que pudiera resultar de este hecho.
2. La responsabilidad proveniente del uso de aviones u automóviles fuera de los locales. Sin embargo, si un vehículo, en razón a su función, no necesita licencia (por ejemplo, una máquina corta césped, un quitanieves, los carros de golf), la póliza lo cubre mientras esté en los locales.
3. La responsabilidad proveniente del uso de barcos grandes. La póliza cubre, generalmente, los botes de placer pequeños, siempre que no excedan de ciertas dimensiones. No obstante, la responsabilidad proveniente del uso de embarcaciones grandes debe cubrirse mediante contrato aparte o ser objeto de un suplemento especial a la póliza de RPC.
4. La destrucción de las cosas bajo el cuidado, custodia o control del asegurado.
5. La responsabilidad contractual, excepto la de aquellos contratos relativos a los locales, como pudiera ser el caso de un arrendamiento normal.
6. La responsabilidad derivada de actos intencionados del asegurado. Surge la duda sobre si están cubiertos los actos voluntarios de los niños cuando dan lugar a responsabilidad por parte de los padres. Se sostiene que en tales casos la RPC se aplica en cuanto a la responsabilidad de los padres se refiere [12], por no haber sido ellos quienes cometieron el acto intencional y no se aceptarían reclamaciones contra el «niño», aunque haya causado daño intencional, ya que debido a su edad, ignora las consecuencias que pueden derivarse de su acción.
7. La responsabilidad por otras residencias como casas de playa o cabañas en la sierra sí pertenecen al asegurado. En estos casos se supone que el asegurado suscribe una póliza aparte para este tipo de propiedad. Dado que en casi todo el país las tasas de una RPC con límites mínimos son inferiores a 15 dólares al año, este requisito no supone un coste excesivo.

● RESUMEN

1. Los tipos principales de contratos de responsabilidad son los comerciales, profesionales, personales y de automóviles. Esta última clase tiene aplicaciones en cada una de las tres primeras, pero debido a su particular importancia se ha reservado para un estudio especial en el capítulo 16.
2. Todos los contratos de responsabilidad tienen ciertos elementos comunes. Los convenios de seguros, por ejemplo, están suficientemente uniformados. Las diferencias principales residen en determinar si un hecho que da lugar a una reclamación legal se considera «un suceso» o un «accidente». Desde el punto de vista del asegurado, la redacción de «suceso» resulta preferible por ser más amplia que la de «accidente». La definición de la persona del asegurado varía en los contratos de responsabilidad. Todos ellos garantizan que el asegurador sufragará las costas de la defensa, además de pagar la sentencia correspondiente, dentro de los límites de responsabilidad.
3. Las exclusiones normales, características de los contratos de responsabilidad, incluyen: (a) las actividades no comerciales en el caso de pólizas de responsabilidad comercial, las actividades comerciales en el supuesto de contratos de responsabilidad no co-

[12] Arenson versus National Automobile & Casualty Insurance Co. p. 286 2d. 816.

mercial; y (b) los daños a las cosas bajo el cuidado, custodia y control del asegurado. Debido a su ambigüedad, la última exclusión ha dado lugar a muchos litigios.

4. El contrato de responsabilidad general combinada (RGC) es una de las formas principales de seguro de responsabilidad comercial. En un formulario programado, suscrito sobre la base de todo riesgo, la RGC puede asegurar la responsabilidad de los locales; de los procesos de fabricación, contratación u otras actividades comerciales del asegurado; la responsabilidad contingente; los pagos médicos; la responsabilidad por productos y operaciones terminadas y la contractual. Cualquiera de estas coberturas puede obtenerse bajo contratos separados.
5. El seguro de responsabilidad por productos, que puede suscribirse mediante la RGC, se distingue del seguro de responsabilidad general en varios apartados, siendo el principal, entre otros, que el accidente que dé lugar a una reclamación debe ocurrir fuera del establecimiento principal del negocio y provenir de la venta de un producto defectuoso o de un servicio prestado por el asegurado después de terminado su trabajo. El seguro de responsabilidad por productos cubre la pérdida sin tomar en cuenta la fecha de venta del producto o servicio defectuoso. No cubre nunca el daño al producto en sí, sino solamente el causado por su fabricación defectuosa.
6. El seguro de responsabilidad contractual es una exigencia de la existencia de convenios en los que una parte asume la responsabilidad de la otra, mediante un pacto contractual, denominado frecuentemente «acuerdo de liberación de responsabilidad». Dicha obligación no está protegida por el criterio de la responsabilidad legal que rige las disposiciones generales de los contratos de responsabilidad y, por tanto, necesita una cobertura especial.
7. El seguro de responsabilidad profesional es aquel que cubre la responsabilidad por reclamaciones procedentes de errores o equivocaciones profesionales y difiere, en muchos aspectos, de los otros contratos de responsabilidad. En general, los contratos de responsabilidad profesional no permiten los arreglos extrajudiciales sin autorización del asegurado; se extienden en base de reclamación en lugar de accidente, y no restringen su cobertura a los acontecimientos accidentales. Las pólizas de responsabilidad profesional no cubrirán actos deshonestos o criminales ni asegurarán aquellas reclamaciones que tengan como base cualquier garantía de que los servicios profesionales prestados darán un resultado específico.
8. La mayoría de las coberturas de los seguros de responsabilidad personal están incluidas en las pólizas de responsabilidad personal combinada (RPC). Este contrato, cuya redacción es similar a la de la póliza RGC, se propone satisfacer las necesidades del típico dueño de una casa respecto a la responsabilidad que pueda derivarse de ella, cubriendo también otras, derivadas de la ocupación normal no comercial, como deportes, aficiones y posesión de animales. Casi todas las coberturas están comprendidas en la póliza «todo riesgo del hogar».

PREGUNTAS DE REVISION

1. En el caso de la Employers Insurance Company of Alaba Inc. versus Rives (8 CCH Casos de Incendio y Accidentes 676-1955), un contratista instaló unas bombas de gasolina y ésta tuvo una fuga subterránea que, debido a que no se ajustaron bien las conexiones, contaminó un pozo del vecino.
   (a) La póliza de responsabilidad por los productos suscrita por el contratista, ¿cubrirá esta pérdida?
   (b) Si usted fuera el abogado del asegurador, ¿en qué se basaría para tratar de rechazar la responsabilidad de la póliza? Explíquelo.
2. En el caso de la Great American Indemnity Company of New York v. Saltzman (8 CCH Casos de Incendio y accidente 388), un asegurado tenía concertada una póliza de responsabilidad general. Sin estar autorizado a inspeccionar un avión perteneciente a otra persona entró en el mismo y puso en marcha el motor. Debido a su desconocimiento de los controles, el asegurado no pudo detenerlo y éste se estrelló contra un hangar, causando importantes daños. El asegurador rehu-

só defender al asegurado en el juicio de daños resultante.

(a) ¿En qué posibles razones se apoyaría el asegurador? Explíquelo basándose en las estipulaciones apropiadas de la póliza básica de responsabilidad comercial.

(b) ¿Cree usted que la defensa en (a) podría prosperar? Analícelo.

3. La póliza de responsabilidad farmacéutica es una combinación de la de responsabilidad profesional y de la de productos con la parte de la responsabilidad profesional que cubre errores de mezclado, entrega u otras manipulaciones en las recetas o drogas. Esta póliza da a la compañía de seguros el derecho exclusivo de liquidar las reclamaciones. ¿Es esta estipulación típica de la mayoría de los contratos de responsabilidad profesional? En caso afirmativo, ¿qué peligros hay en ello? En caso negativo, sugiera una razón por la que el asegurador puede estipularlo de esta forma.

4. Un agente local, *A*, colocó el seguro de responsabilidad general de *Y* en la Shifting Sands Insurance Company. *Y* tiene un accidente en el cual se le hace legalmente responsable por daños que ascienden a 5.000 dólares. Al presentar la reclamación, se comprueba que la Shifting Sands Insurance Co. está en quiebra. Por esta razón *Y* demanda a *A* por 5.000 dólares alegando que colocó negligentemente su seguro con un asegurador insolvente y es culpable, por lo tanto, de incumplimiento de deber profesional.

   (a) En su opinión, ¿es negligente *A*? Razone su postura.

   (b) Suponiendo que *A* es culpable, ¿cubriría su póliza de errores y omisiones esta reclamación?

   (c) Suponiendo que *A* no es legalmente culpable pero entrega los 5.000 dólares porque estima que es una obligación moral, ¿cubriría este pago la póliza por errores y omisiones?

5. Al acudir a una reunión con un cliente, un abogado causa daños a un tercero en un accidente automovilístico.

   (a) ¿Puede considerarse que tal acontecimiento se deriva del ejercicio profesional del abogado? Si es así, ¿respondería la póliza de responsabilidad profesional por los daños? ¿Por qué?

   (b) ¿Sería su respuesta diferente si el accidente ocurriera porque el abogado y su cliente estuvieran tratando un asunto legal mientras aquél conducía y como resultado de no poner la debida atención a la conducción? Razónelo.

6. En cierto caso, el paciente *P* alegó que el médico convino en extirparle un tumor por un método conocido como fulguración, con unos honorarios que no excederían de 150 dólares. El médico prometió al demandante que le curaría en el plazo de pocos días y que podría volver a su trabajo, porque el método a emplear no implicaba cortar las paredes abdominales. El procedimento falló y, como consecuencia, *P* tuvo que someterse a una operación y gastar una importante suma. Además, estuvo hospitalizado durante un mes y no pudo volver a su trabajo hasta después de un largo período. *P* basó su querella en incumplimiento de contrato. Robins v. Finestone (5 CCH, casos de negligencia 2d 16).

   (a) ¿Cubriría la póliza de responsabilidad profesional del médico este daño?

   (b) ¿Habría sido su respuesta la misma si la reclamación se hubiera basado en el hecho de que el médico hubiera efectuado la operación en forma torpe e inexperta? Explíquelo.

7. ¿Qué diferencias existen entre los contratos de responsabilidad profesional y los demás contratos de responsabilidad? Analícelas.

8. ¿Excluyen generalmente las pólizas de seguro de responsabilidad profesional los daños a las cosas bajo el cuidado, custodia y control del asegurado? Analícelo.

9. En el caso de la Providence Washington Indemnity Co. v. Varella (8 CCH, Casos de Incendio y Accidentes 117) el asegurado tenía una póliza de RPC que cubría su residencia y su peluquería, situada en otro local. Más tarde, trasladó el negocio a su casa y después de este traslado una cliente se lesionó en un accidente en la escalera. El asegurador rehusó la responsabilidad bajo la RPC. El asegurado alegó que la RPC cubre todas las actividades relacionadas con ocupaciones no comer-

ciales. Por lo tanto, sus actividades de peluquería estaban realmente relacionadas con la marcha de su casa y debería tener cobertura. ¿Tenía el asegurador fundamentos sólidos para negar la responsabilidad? ¿Por qué?

10. En un viaje de negocios, *C* alquila un bote con motor fuera borda para dedicarse a la pesca. Debido a un descuido, el bote arrolla a un nadador causándole lesiones graves. ¿Pagará la reclamación la RPC? Razone su respuesta.
11. Un establecimiento está acogido a una póliza de RGC con cobertura de responsabilidad por productos. Una mujer entra en la tienda a comprar una lavadora automática. Después de haberla comprado solicita ver, por segunda vez, cómo funciona el distribuidor del detergente. Durante la demostración se suelta una banda metálica y le magulla la mano. Fue necesario prestarle atención médica, derivándose de ello una reclamación por daños.
    (a) ¿Bajo qué sección de la póliza de RGC, si la hubiere, se pagaría esta reclamación, si se prueba que existió negligencia?
    (b) ¿En qué diferiría su respuesta si el accidente hubiese ocurrido después de hallarse la lavadora en casa de la compradora?
    (c) Es importante definir qué parte de la póliza cubre este daño. Razone su respuesta.
12. La ciudad de *Y* contrata a un contratista, *C*, para realizar un trabajo, y pone como condición que *C* designe a *Y* como asegurado adicional en su póliza de RGC, exigiendo, además, que *C* firme también un convenio de «liberación de responsabilidad», con el fin de que *C* asuma cualquier responsabilidad que pudiera recaer sobre *Y*, por el trabajo que realiza *C*. *C* puntualiza que tal convenio es innecesario e incluso peligroso, ya que la municipalidad quedaría de hecho libre de cualquier responsabilidad procedente del trabajo.
    (a) ¿Está usted de acuerdo? ¿Por qué?
    (b) En su opinión, ¿debería la ciudad no sólo exigir el acuerdo de «liberación de responsabilidad» sino también su inclusión como asegurado adicional? Analícelo.
13. A un empleado portuario contratado para la manipulación de partidas de armamento se le pide que firme un contrato que, en parte, establece que: Durante la vigencia del contrato el contratista deberá suscribir y mantener a su cargo los siguientes seguros:
    (1) Seguro de responsabilidad por daños corporales, en cantidad no inferior a 50.000 dólares por una sola persona y 250.000 por un solo accidente.
    (2) Seguro de responsabilidad por daños a las cosas, que incluirá a cualquiera o a todas ellas, estén o no bajo el cuidado, custodia o control del contratista, por importe no inferior a 250.000 dólares por un solo accidente.

    ... Queda expresamente convenido que las estipulaciones contenidas en este artículo no limitarán de ninguna forma la responsabilidad o extensión de responsabilidad del contratista...
    (a) ¿Debe el empleado firmar este contrato? Razone su respuesta.
    (b) Si lo firma, ¿qué dificultades puede encontrar cuando trate de cumplir el contrato? Explíquelo.
14. Un suscriptor decía: «si tanto los compradores como los vendedores, contratistas, como propietarios, caseros e inquilinos, convinieran simplemente en asumir cada uno la total responsabilidad por sus propias obligaciones según la Ley y cada uno confiara en su propio seguro para su protección, cesaría instantáneamente la necesidad de establecer cualquier tipo de cláusula de liberación de responsabilidad para órdenes de compra, contratos y arrendamientos». ¿Está usted de acuerdo? En caso afirmativo, ¿por qué? En caso negativo, ¿por qué no?
15. ¿Cuál de las siguientes reclamaciones, si las hubiere, están cubiertas por la RPC? (Dé sus razones para cada caso.)
    (a) Un niño andando en bicicleta choca con un peatón, causándole lesiones. Se demandó a los padres del niño, pero el Tribunal Supremo decidió que el niño era el responsable, no los padres.
    (b) Un niño golpea a otro niño y lo lanza por un terraplén, rompiéndosele una pierna. El Tribunal encontró culpable a los padres porque ellos sabían las propensiones perversas del niño.
    (c) Dos cazadores, disparan a una codorniz simultámente, resultando herido un tercer cazador, el

cual consiguió un fallo a su favor por 10.000 dólares de cada una de las partes.

(d) Un asegurado fue demandado porque en una cabaña cerca del mar, que el asegurado mantenía como residencia secundaria, un invitado suyo dio un traspiés en la empinada escalera que conducía a la playa.

(e) El perro del asegurado mordió a un «intruso» que resultó ser el lector del contador de la luz.

(f) El perro del asegurado, un perro policía, mató a otro perrito en una pelea.

16. El cliente de un establecimiento compró un calentador eléctrico que se recalentó excesivamente debido a un fallo en su circuito e incendió la casa. El cliente demandó a la tienda por daños exigiendo, además, el valor de un nuevo calentador. ¿Hasta qué punto responderá de esta reclamación la póliza de responsabilidad por los productos del establecimiento? ¿Por qué?

17. Un cliente de la tienda de la pregunta anterior contrata a uno de los trabajadores de la misma para que le coloque unos azulejos de cerámica en la pared de su cuarto de baño. Tres semanas después de haberse terminado el trabajo, una parte de los azulejos se desprende y cae en la bañera. ¿Responderá de esta reclamación la póliza de responsabilidad por los productos del establecimiento? Razone su explicación.

18. La XYZ Manufacturing Company suscribe una póliza de RGC, que no incluye cobertura de responsabilidad contractual. Un día, el propietario del edificio informa a XYZ que una firma vecina ha presentado una demanda en su contra, basada en el mantenimiento de los locales por parte de XYZ. Parece ser que el residuo de los humos producidos por la falta de control de salida de los mismos por XYZ había arruinado ciertas materias primas del demandante. El propietario hace notar que XYZ había convenido en el contrato de arrendamiento librarle de responsabilidad por cualquier reclamación derivada del mantenimiento de los locales. ¿Tiene cobertura XYZ contra esta reclamación en su póliza RGC? Razone su respuesta.

19. Qué importancia tiene el hecho de que la subrogación sea un privilegio casi exclusivo del asegurador en los contratos de responsabilidad. Analícelo.

20. ¿Cuál de las siguientes reclamaciones por pagos médicos, si las hubiere, serían pagadas por la RPC? Razone cada caso.

(a) Un estudiante de bachillerato es contratado por día para realizar ciertos trabajos y mientras limpia un canal, se cae de la escalera, lesionándose.

(b) Un pintor sindicado, de un equipo de cuatro contratado por un asegurado para pintar su casa, sufre lesiones al caerse de la escalera.

(c) El hijo de un asegurado lesiona a un compañero en un partido de hockey.

16

El Seguro de Automóviles

El automóvil, dudoso acierto de la América del siglo XX, apareció en Estados Unidos en una época en que los métodos de producción masiva comenzaban a ser técnicamente realizables. El resultado fue la producción y venta de una enorme cantidad de automóviles antes de que se construyeran las carreteras necesarias y se dispusiera de los medios que pudieran resolver los problemas del tráfico. La industria ha logrado acelerar el proceso de fabricación de los vehículos a un ritmo y energía tales que han dejado atrás la pericia de los conductores y la capacidad de las carreteras. Estas dos realidades, unidas al hecho de que los automóviles eran lo suficientemente baratos como para que cualquier persona pudiera poseer el suyo propio, crearon un clima ideal para que los daños por reclamaciones de responsabilidad civil, colisión y lesiones corporales y muertes por accidente aumentaran de manera considerable. Las primas de seguro, insignificantes al principio, han sufrido tal incremento que, actualmente, están consideradas como el mayor gasto que se deriva de la posesión y conducción de un automóvil. Medido por el volumen de primas, el seguro del automóvil es, con mucho, el de mayor producción de todos los ramos del seguro de las cosas y de responsabilidad civil, alcanzando casi el volumen de todas las otras modalidades combinadas [1].

[1] Véase la tabla 5-2, página 158.

EL ALTO COSTE DE LOS ACCIDENTES DE AUTOMOVIL

A través de datos obtenidos por el Consejo Nacional de Seguridad, puede observarse el grado de desarrollo de la industria del automóvil y el alto coste de los accidentes causados por el mismo. Se estima que en 1969 había en Estados Unidos cerca de 107 millones de conductores autorizados, de los cuales, el 25 por ciento se vio envuelto en algún accidente. Es muy significativo que, aproximadamente, el 4 por 100 sufrieran lesiones o muerte a consecuencia de accidentes de automóvil o por utilización del mismo. En el cuadro siguiente [2] se muestran las probabilidades de accidente que un conductor normal puede sufrir a lo largo de varios períodos de tiempo. Estos datos están basados en información recopilada por los actuarios del Departamento de Seguros del Estado de Nueva York.

Años de riesgo	Probabilidad de estar implicado en un accidente de automóvil por lo menos
1	0,24
3	0,56
5	0,75
10	0,94
20	0,99

En 1969 se produjeron 56.400 muertes y 5.010.000 lesiones en accidentes de tráfico. Las muertes en accidentes de tráfico constituyeron casi la mitad de las muertes accidentales de 1969, y por segmentos aislados, la mayor, correspondiendo el resto a muertes accidentales en el trabajo y en el hogar. Es interesante observar que desde 1951 hasta 1961, hubo alrededor de 38.000 muertes de tráfico al año, cantidad que comenzó a aumentar considerablemente a partir de 1962, no hallándose explicación que justifique este fenómeno. La pérdida económica total por accidentes de tráfico, gastos legales, médicos, quirúrgicos, hospitalización, pérdida de ingresos, daños a las cosas y seguros generales se estima que ascendió en 1969 a 16.500 millones de dólares, es decir, 80 dólares por habitante [3].

[2] «Seguro de automóvil..., por cuyo beneficio» (*Automobile Insurance..., for Whose Benefit*). XI Informe Anual del Departamento de Seguros del Estado de Nueva York (Nueva York: Superintendente de Seguros, 1970), p. 157.

Como se indica en la Tabla 16-1, el índice de mortalidad por accidentes automovilísticos ha ido disminuyendo en el curso de los años si se compara con el número total de millas recorridas por vehículo. No obstante, en proporción a la población, las pérdidas por muerte en 1969 son casi las mismas que en 1940, habiéndose elevado sobre los niveles de 1950 y 1960. El mayor número de víctimas del tráfico corresponde a los jóvenes, que representan cerca de un tercio del total de muertes en dicho año. El índice desciende invariablemente a medida que la edad aumenta. Aunque los choques con otros vehículos constituyen las mayores pérdidas de tipo individual, es significativo el hecho de que los accidentes debidos a otras causas, como derrapar y volcar, son casi tan importantes en cuanto a mortalidad, como la colisión con otro vehículo.

Reclamaciones de seguro

Actualmente los aseguradores se enfrentan con el incremento paulatino de las indemnizaciones en todo tipo de cobertura del seguro del automóvil. Las siguientes estadísticas ilustran elocuentemente el nivel alcanzado por tales reclamaciones.

Reclamaciones por lesiones corporales. El promedio pagado para reclamaciones por lesiones corporales aumentó de 1.070 dólares a 1.687 durante el período 1960 a 1970, equivalente a un aumento del 57,6 por 100 [4]. Los factores principales que afectan a las reclamaciones por lesiones corporales son: la frecuencia de accidentes, los costes médicos y el importe de la pérdida de ingresos. No es sorprendente, pues, que el costo del seguro de responsabilidad por lesiones corporales haya sufrido un aumento paralelo.

Reclamaciones por daños a las cosas. Durante el período antes indicado, las indemnizaciones por daños a las cosas aumentaron más rápidamente que las de daños corporales, pasando

[3] *Estadísticas del Seguro de* 1970 («Insurance Facts») (Nueva York: Instituto de Información de Seguros, 1970).

[4] *Estadísticas del Seguro de* 1971 (Nueva York: Instituto de Información de Seguros, 1971), p. 52.

Tabla 16-1

PERDIDA DE VIDA POR ACCIDENTES AUTOMOVILISTICOS EN 1969

Edad	Muertes	Porcentaje del total
0-4	2.100	3,7
5-14	4.100	7,3
15-24	17.700	31,4
25-44	13.900	24,6
45-64	11.300	20,0
65-74	4.100	5,7
75 y más	3.200	
TOTAL	56.400	

Clase de accidente	Muertes	Porcentaje del total
Colisión entre vehículos	24.000	42,6
No colisión	16.000	28,4
Peatones	9.800	17,4
Colisión con objetos fijos	4.200	7,4
Colisión con trenes	1.500	2,6
Colisión con bicicletas	820	1,4
Otras colisiones	80	—0,2
	56.400	

Indice de mortalidad	Por cada 100 millones de millas de vehículo	Por cada 100.000 habitantes
Promedio 1923-27	18,2	18,8
1940	11,4	26,1
1950	7,6	23,0
1960	5,3	21,2
1969	5,3	27,9

Fuente: *Estadística de Accidentes, edición* 1970 (Consejo Nacional de Seguridad, 1970), pp. 40-59.

el promedio de 167 dólares a 306, o sea, el 83 por 100. Estos costes resultan del aumento creciente de los accidentes y de los costes de reparación, así como de la mayor tendencia al siniestro total del vehículo. Los estudios hechos por el Instituto de Seguros para la Seguridad en Carreteras arrojan alguno, interesantes resultados sobre la importancia de los daños. Se realizaron una serie de pruebas en las cuales cuatro coches de 1970 y cuatro de 1971 chocaron a velocidades bajas contra barreras fijas. A 10 millas por hora, la reparación de los vehículos de 1971 costó un promedio de 735 dólares, lo que significa un aumento del 30 por 100 sobre los de 1970. En las pruebas de 15 millas por hora, el costo de reparación aumentó en un 48 por ciento, debido principalmente, a cambios realizados en el diseño que aumentaron la susceptibilidad a los daños[5].

El gobierno federal ha comenzado a adoptar límites mínimos de seguridad en los vehículos y normas contra la contaminación, en un esfuerzo por mejorar el ambiente en que debe desenvolverse la circulación. Por ejemplo, la norma 215 de Seguridad de Vehículos, Protección Exterior, declara que para cumplir los criterios sobre daños establecidos[6], a partir del 1 de septiembre de 1973, todos los coches nuevos deben resistir el impacto a una velocidad de cinco millas por hora, tanto frontal como por detrás.

Causas de los accidentes de automóviles

No existe, en realidad, una razón básica que haya sido probada o aceptada sobre el accidente, sea éste del tipo que sea, incluyendo, naturalmente, el automovilístico. Son interesantes, aunque no están comprobadas, las explicaciones que se dan en el sentido de que los accidentes de automóvil son el resultado de la inseguridad psicológica que se traduce detrás del volante en un comportamiento irracional. Todo lo que se puede decir es que algunos factores, ya identificados, influyen en la frecuencia y gravedad del accidente.

Las estadísticas revelan las condiciones bajo las cuales ocurren los accidentes, los tipos de conductor implicados en la mayoría de los accidentes, etc. En la Tabla 16-2, por ejemplo, la

[5] WILLIAM HADDON, JR., testimoniando ante el Comité del Senado para el Comercio (12 mayo 1971).

[6] *Regulaciones y Standards Federales de Seguridad en Vehículos Motorizados, suplemento* 15 (Washington, D. C.: Oficina de Imprenta del Gobierno de los Estados Unidos, 15 marzo 1972).

información que aparece sobre los factores principales relacionados con los accidentes mortales de automóvil demuestra que la conducción demasiado rápida y el caso omiso a la preferencia de paso de otros motivan casi la mitad de los casos, las causas aparentes en los daños sufridos por cerca de las tres cuartas partes de la totalidad de los accidentes mortales son debidas, principalmente, a errores en la conducción. Otros estudios muestran que a estos errores contribuye sin duda, y de forma vital, el consumo de alcohol, sobre todo en cuanto a exceso de velocidad se refiere [7].

Tabla 16-2

FACTORES CAUSALES EN ACCIDENTES MORTALES DE AUTOMOVIL

Factor	Porcentaje de accidentes en que se citó la causa
Exceso de velocidad	33,4
Infracción de preferencia de paso	16,4
Conducción por la izquierda	15,1
Otros errores de conducción	9,1
No se cita el error en la conducción	16,0
Casos no determinados	10,0

Fuente: *Estadística de Accidentes, edición de* 1970 (Consejo Nacional de Seguridad, 1970), p. 48.

Los estudios indican también que aunque la mayoría de los coches tienen cinturones de seguridad, solamente se hace uso de ellos en un 40 por 100. Si se utilizaran habitualmente en los Estados Unidos, podrían salvarse entre 8.000 y 10.000 vidas. Se estima que, actualmente, se salvan 3.300 vidas al año cuando los conductores usan el cinturón de seguridad [8].

Otros factores que contribuyen a los accidentes automovilísticos, según información obtenida por el Consejo Nacional de

[7] *Alcohol. Un factor de la mitad de los casos mortales,* «Estadística de Accidentes, edición 1970» (Consejo Nacional de Seguridad, 1970), p. 52.
[8] *Ibid.*, p. 53.

Seguridad, llevan a las siguientes conclusiones sobre la naturaleza de los factores casuales de accidentes.

1. La frecuencia de accidentes en autopistas y carreteras de peaje supone el 37 por 100 del índice de los caminos rurales.
2. Aproximadamente el 12 por 100 de todos los accidentes en las autopistas de peaje se deben a fallos del vehículo, como neumáticos o frenos defectuosos.
3. Las muertes por accidentes de automóvil tienen una frecuencia del 50 al 100 por 100 mayor en los fines de semana.
4. El índice de mortalidad tiende a aumentar durante el transcurso del año, llegando a su punto álgido en octubre y noviembre, pero en relación con el número de millas recorridas el incremento no guarda proporción exacta con las variaciones mensuales.
5. Aunque el 25 por 100 de todos los conductores sufre algún accidente, el 40 por 100 de los menores de veinticinco años están implicados en accidentes en un año determinado. El porcentaje de conductores mayores de veinticinco años que se ve implicado en accidentes disminuye paulatinamente del 29 por 100 a cerca del 18 por 100 hasta la edad de cuarenta años. Entre cuarenta y setenta años, el índice permanece más o menos constante en el 18-20 por 100. Para los conductores de 70-75 años, el índice baja al 12 por 100. El índice de accidentes vuelve a aumentar a cerca de un 20 por 100 para los conductores de 75 años y mayores.
6. El índice de mortalidad en accidentes de motocicletas es alrededor de cuatro veces superior al de los accidentes de vehículos motorizados.
7. Menos del 25 por 100 de la totalidad de los accidentes tienen lugar en caminos mojados o helados.
8. La conducción de noche es ligeramente más peligrosa que la conducción de día.
9. Las mujeres sólo alcanzan alrededor de las tres cuartas partes del índice de accidentes de los hombres, y el 42 por 100 de accidentes mortales.
10. Solamente Australia, Austria, Francia y Alemania tienen un índice de mortalidad más alto que los Estados Unidos en materia de accidentes automovilísticos. Comparando el índice de mortalidad con la población, algunos países, como Méjico, Irlanda, España, Noruega, Suecia y el Reino Unido, alcanzan la mitad o menos del índice de los Estados Unidos.
11. En los Estados Unidos ha encontrado la muerte más personas en accidentes de automóvil (1.800.000 en el período 1900-1969) que en

el campo de batalla durante todas las guerras libradas por este país, desde la Guerra de la Independencia en 1775 hasta la del Vietnam en 1969 (1.146.000 en campos de batalla o a consecuencia de la guerra).

No se deben sacar conclusiones precipitadas de los hechos ariba expuestos sobre las causas que originan los accidentes automovilísticos. Por ejemplo, hay más gente expuesta a accidentes de automóvil que a una guerra, por lo que no se puede afirmar que las carreteras son más peligrosas que el campo de batalla. El riesgo de accidentes de automóvil es mucho menor en algunos países que en otros, de manera que sería incorrecto manifestar categóricamente que Méjico es más seguro que los Estados Unidos como lugar para conducir, basándose en la frecuencia registrada allí. Sin embargo, parece acertada la conclusión de que las buenas carreteras, el conducir sin aglomeraciones, los vehículos equipados con elementos de seguridad, la luz diurna y los caminos secos, son los factores que ayudan a disminuir los accidentes de automóvil. Al hecho de ser menor de 25 años se le vincula con factores que, aparentemente, tienden a aumentar la incidencia de accidentes, mientras que al de ser mujer se le asocia factores que tienden a reducir esa incidencia, comparando ambas con la de conductores mayores de 25 años, o masculinos, respectivamente.

Otra conclusión podría ser que el aumento de los accidentes de automóvil va unido al desarrollo industrial, mayores ingresos y carreteras demasiado concurridas. Si no se pueden suprimir los factores que causan mayor número de accidentes, puede, tal vez, ayudarse a reducir los daños una vez producidos. Entre las medidas indispensables se encuentran las siguientes:

Mayor atención a la seguridad y solidez de los coches, educar a los conductores para que hagan un uso más frecuente de las medidas de seguridad, aumento de vehículos dotados de elementos de primeros auxilios, que presten ayuda inmediata y eficaz a las víctimas de accidentes y hacer mayor hincapié en los métodos de rehabilitación de los lesionados. Se ha prestado poca atención a estos puntos aunque medidas similares con buenos resultados se han aplicado en otras zonas.

Para finalizar es obvio que si disminuye la seguridad en carretera, los ciudadanos deben cumplir estrictamente el Código de la Circulación, especialmente en cuanto se refiere a la velocidad y obediencia de las señales de tráfico.

NECESIDAD DEL SEGURO

De cara al incremento de coste de los accidentes de automóvil y la posibilidad más que probable de verse involucrado en uno de ellos, ¿qué debe hacer el conductor medio para protegerse contra las consecuencias económicas del riesgo? El seguro ha sido la respuesta general, a pesar de su creciente precio. Como veremos, no sólo es casi un requisito legal en la mayoría de los Estados sino también una solución muy superior a la de correr con los riesgos económicos sin ninguna protección (asunción del riesgo). Dado que la mayoría de las personas tiene como máximo dos automóviles hay un riesgo insuficiente para que el método de auto-seguro sea aplicable[9]. El seguro es la única solución factible dado el peligro de pérdida personal catastrófica que se puede dar en el riesgo de responsabilidad civil.

En cuanto a la cobertura de daño físico, el tipo de la misma irá en relación al volumen de riesgo. La mayoría de las personas, por ejemplo, no pueden permitirse el lujo de, en un choque, perder un automóvil que vale 3.000 dólares, pero sí el de comprarse un coche de segunda mano de 300 dólares cuya total posible pérdida no significaría un problema tan serio como para justificar un seguro de colisión que le costaría 50 dólares o más, incluso el de una cobertura con una franquicia de 50 dólares. De hacerlo, la tasa resultaría mucho más alta que la de un coche de 3.000 dólares cuya prima podría ser de 75 dólares.

LA POLIZA FAMILIAR DE AUTOMOVILES (PAF)

La mayoría de los contratos de seguros de automóvil se suscriben de dos maneras principales —la póliza familiar de automóviles (PAF) y la *versión de 1955 de la póliza standard de automóviles*. La PAF se estableció en 1956 revisándose en 1958 y en 1963, utilizándose como cobertura básica de vehículos no comerciales. La póliza standard de automóviles de 1955, que cubría a los propietarios de vehículos tanto particulares como comerciales se emplea ahora, principalmente, para meros vehículos comerciales. Las disposiciones de los dos contratos son similares

[9] Véase el Capítulo 1 para el estudio de los métodos de tratamiento del riesgo.

en muchos aspectos. Aquí se estudia la PFA en razón de su amplio uso general. Los aseguradores individuales tienen con frecuencia formularios ligeramente distintos bien para fines determinados o con objeto de hacerlos más atractivos o simplificados. Hablando en términos generales, una explicación de la PFA permitirá al lector analizar casi cualquier tipo de contrato de automóviles. Las cinco partes básicas del impreso de esta póliza son:

Sección 1. Responsabilidad civil.
Sección 2. Pagos médicos.
Sección 3. Protección del automovilista no asegurado.
Sección 4. Daños físicos.
Condiciones.

Sección 1. Responsabilidad civil

Existe gran similitud entre los contratos de seguro de la Sección 1 de la PAF y los de responsabilidad civil estudiados en el Capítulo 15. La cobertura funciona en base de un suceso. El compromiso de defender al asegurado en cada juicio que se derive de la propiedad, mantenimiento, o uso del automóvil propio o ajeno, constituye parte esencial del convenio general de seguro para el pago de todas las reclamaciones contra el asegurado por lesión corporal o daños a las cosas El fin que se persigue con esto es el de prever la posibilidad de que se exija al asegurador defender al asegurado en un juicio cuando los límites de responsabilidad, de acuerdo con el contrato, ya están agotados o cuando el juicio ni siquiera tenga relación con el automóvil. Algunos tribunales han sostenido que, en las pólizas de responsabilidad civil, el convenio de defender al asegurado es distinto del convenio de pagar los perjuicios que el asegurado esté obligado a abonar legalmente. Como consecuencia de una decisión de este tipo [10], la PAF ha confeccionado sus contratos de seguro de modo que queda reflejada la intención real del asegurador.

Para ilustrar estos principios, supongamos que John tiene límites de responsabilidad de 10.000/20.000 dólares por lesiones corporales (10.000 por cada persona y 20.000 por cada accidente) y de 5.000 dólares por daños a las cosas. En un accidente de automóvil se le declara culpable exigiéndosele unas indemnizaciones de 4.000 dólares a Jim, 3.000 a Sam, 11.000 a Harry por lesiones corporales más 5.000 por daños al edificio de Sam que se incendió al estrellarse John contra él. La PAF cubre la suma de 17.000 dólares en concepto de responsabilidad por lesiones corporales, por lo que las reclamaciones de Jim y Sam serán atendidas, pero sólo 10.000 dólares en la reclamación de Harry. La reclamación de Sam de 5.000, por daños a las cosas, se pagará, así como todas las costas de los tribunales y los honorarios de los abogados correspondientes, si los hubiere. Supongamos que más tarde Sam presenta una demanda por 3.000 dólares adicionales, bajo el concepto de responsabilidad por daños a las cosas, al comprobar que en el incendió ardió también su automóvil nuevo. Los límites de la PAF para ese accidente se han agotado y al asegurador no se le exige defender el segundo juicio.

[10] American Employers Insurance Co. v. Goble Aircraft Specialities, Inc., 8 CCH Casos de Incendio y Accidentes, 437.

Personas aseguradas [11]. La PAF define al asegurado de una forma más amplia. No sólo están cubiertos automáticamente todos los miembros de la casa del asegurado especificado sino también cualquier persona que esté conduciendo su automóvil con permiso del mismo o su esposa [12].

La póliza autoriza también el uso facultativo del vehículo en el sentido de incluir aquellas situaciones en que el usuario tenía permiso expreso o una buena razón para creerlo así y que su utilización del automóvil estaba dentro del alcance de este permiso. Se hace notar que un usuario autorizado no tiene el derecho de dar a otra persona su permiso para conducir [13], ni tampoco el derecho de usar el coche para un fin no pensado por el dueño cuando otorgó el permiso.

La PAF no sólo cubre al asegurado nominal y a los usuarios autorizados, sino que también proporciona cierta cobertura a los responsables legales del uso del vehículo, siempre que se responsabilice primero al asegurado nominal o a cualquier otro adicional que use el auto en el momento del accidente de tal forma que si un asegurado conduce su coche particular en cumplimiento de un encargo de su patrón, y se le declara responsable por daños, mencionándose también al patrón en el juicio resultante, éste está protegido por la PAF.

Para los automóviles ajenos (definidos como coches no pertenecientes al asegurado ni facilitados al mismo para su uso re-

[11] La cobertura de individuos distintos al asegurado nominal se define, a veces, como «*cláusula de ómnibus*».

[12] La definición de «asegurado nominal» incluye a su esposa si es residente en la misma casa. Nadie más tiene facultades para dar dicho permiso.

[13] Haines v. Linder, 323 S. W. 2d. 505.

gular), la cobertura no es tan amplia como en el caso de los automóviles propios. El asegurado nominal y su esposa tienen cobertura para la conducción de cualquier vehículo de pasajeros, privado y ajeno, tanto para uso comercial como no comercial, siempre que éste no se le haya sido proporcionado para uso regular. También están cubiertos cuando conduzcan cualquier otro tipo de vehículo ajeno, un vehículo comercial por ejemplo, si su uso no tiene relación con el negocio del asegurado. El asegurado, pues, está cubierto por su póliza mientras conduce cualquier coche ajeno. De igual modo los parientes que residen en la casa del asegurado nominal también están cubiertos por la póliza cuando conduzcan un coche ajeno, siempre que la utilización del mismo no sea regular. Como ejemplo, supongamos que el hijo de un asegurado pide prestado el coche a un vecino para hacer un recado y sufre un accidente. El coche del vecino será un coche ajeno y, por lo tanto, el hijo del asegurado estaría cubierto. Sin embargo, si el coche del vecino fuera un camión, la situación sería diferente. El camión no es un vehículo de pasajeros privado y, en este caso, no se otorgaría cobertura pero, al haber sido autorizado para conducirlo, el muchacho estaría asegurado bajo la póliza del vecino.

Puede observarse que debido a la forma en que la PAF define a las personas aseguradas, es imposible que dos coches se aseguren por el precio de uno. Supongamos que A y B deciden tratar de ahorrarse costes de seguro y acuerdan que A tome un seguro sobre su coche, utilizando el de B, que no se ha asegurado, para ir a la oficina regularmente. B conducirá el coche de A y estaría asegurado como usuario autorizado bajo la póliza de A. Debido a las definiciones de la PAF, A no está asegurado cuando conduce el coche de B, ya que los vehículos ajenos utilizados para uso regular no están cubiertos por su póliza, que no tiene dado que el mismo no está asegurado y tampoco lo está como usuario autorizado del coche de B. La única persona que tiene cobertura en este caso es B, mientras conduce el coche de A.

A causa de tan amplia definición del asegurado, un asegurador puede verse obligado en muchos casos a pagar reclamaciones de responsabilidad que un asegurado pueda tener contra otro. Por ejemplo, el asegurado nominal presta su coche a un vecino que al echar marcha atrás descuidadamente, al salir del garaje golpea y hiere al asegurado. Este último puede demandar al vecino, asegurado también bajo la póliza. Se exige a la Compañía de Seguros que defienda al vecino y pague la indemnización que resulte en favor del asegurado nominal. En otros casos,

un asegurado nominal y su esposa pueden tener dos coches y chocar entre ellos. En tales casos un cónyuge puede demandar al otro; el asegurador debe, naturalmente, sostener el juicio.

¿Qué es un automóvil? La PAF define diversos tipos de automóviles, pero no el automóvil en sí. Según los reglamentos vigentes, no obstante, la PAF asegura los siguientes: coches de pasajeros privados, rancheras, jeeps, camionetas y camiones de granja con una capacidad de carga de 1.500 libras o menos, remolques para el uso con automóviles privados de pasajeros y rancheras o instrumentos agrícolas (para responsabilidad civil y pagos médicos únicamente), las motos, motocicletas y otros vehículos de menos de cuatro ruedas deben asegurarse por la póliza standard de automóviles de 1955. Los coches de nueva adquisición tienen cobertura automáticamente con primas devengadas desde la fecha de compra.

Exclusiones de la PAF. En general, las exclusiones de la PAF tienen la finalidad de eliminar una duplicidad inútil de seguro. Por ejemplo, el uso de un coche privado como taxi o como vehículo de alquiler público está excluido ya que esto representa un riesgo comercial para el cual existe una cobertura especial. (Pero obsérvese que si al asegurado se le hace responsable legal de un accidente mientras viaja como pasajero en un taxi, su PAF lo protege.)

Se excluye también la responsabilidad por daños a las cosas bajo el cuidado, custodia o control del asegurado ya que las pérdidas físicas de los bienes muebles están cubiertas generalmente por las pólizas del seguro de incendios (por ejemplo, la pérdida de objetos en el interior de los vehículos, se incluye en el suplemento de ampliación de cobertura). Las reclamaciones de accidentes del trabajo están excluidas, como también los accidentes por los cuales respondería normalmente una póliza de automóvil de responsabilidad comercial (por ejemplo, responsabilidad de garaje). De esta forma, si el empleado de una estación de servicio conduce en prueba el coche de un asegurado y tiene un accidente, no hay cobertura bajo la PAF, puesto que se presume que la póliza de responsabilidad del garaje de la estación de servicio cubrirá este tipo de reclamación. No obstante, no se excluye el uso por el asegurado en su ocupación o profesión de su coche particular de pasajeros ni un uso similar de un coche ajeno de pasajeros particular.

Cancelación. El asegurador puede cancelar la cobertura de la PAF con diez días de pre-aviso, y con devolución a prorra-

ta de la prima. La revisión de la PAF de 1963 estipula sin embargo, que este privilegio de cancelación del asegurador no rige siempre sino en casos tales como falta de pago de las primas, declaración falsa y fraudulenta en la solicitud, infracción de las condiciones de la póliza, cancelación del permiso de conducir y ciertas clases de comportamiento criminal o invalidez física.

Leyes de responsabilidad financiera. La PAF estipula que en los Estados donde existen leyes de responsabilidad financiera «se cumplirá con las disposiciones que fijen las mismas en cuanto a la extensión de cobertura y límites de responsabilidad exigidos por ellas». Puede darse el caso, por ejemplo, que el asegurado haya violado algunas condiciones de la póliza, anulando así su cobertura, pero bajo las leyes del Estado se exige al asegurador el indemnizar a una persona lesionada, pese a su derecho a declinar la responsabilidad del asegurado, por violación de las condiciones [14]. En un caso así, el asegurador efectuará el pago exigido a la parte perjudicada pero puede demandar al asegurado el reembolso de la suma abonada. El objeto de esta clausula de la póliza, es que la PAF esté de acuerdo con las leyes del Estado, que regulan la responsabilidad financiera de los conductores cuando se hallan dentro del mismo.

Otros seguros. Otra cláusula de seguro muy importante es la que dispone que si un siniestro determinado en el que un coche propio está involucrado está cubierto por más de una póliza, la PAF contribuirá a él mediante un prorrateo con los otros contratos. Sin embargo, con respecto a coches ajenos o a aquellos que provisionalmente sustituyen a los propios, la PAF se considera como un excedente, de tal modo que si Henry pide prestado el coche a Joe y lesiona a alguien por nigligencia, estando ambos dueños cubiertos por la PAF, la póliza de Joe responde hasta los márgenes de responsabilidad asegurados, pero si los daños exceden de dichos márgenes, entonces la póliza de Henry contribuirá a la cobertura del resto.

Sección 2. Pagos médicos

«El seguro de pagos médicos» es un seguro de automóvil destinado a pagar las reclamaciones médicas de los ocupantes, derivadas de accidentes automovilísticos, sin tomar en cuenta la culpa. El pago a efectuar será por los «gastos "prudenciales" en los que se haya incurrido dentro del año, a partir de la fecha del accidente, en concepto de servicios médicos, quirúrgicos, dentales y rayos X que hayan sido necesarios, incluyendo el coste de los funerales, si el accidente ha resultado mortal».

El seguro de pagos médicos cubre a todas las personas, incluyendo al asegurado nominal y a los residentes en su casa, que hayan sufrido lesiones mientras «ocupaban» el automóvil (es decir, al entrar o salir de él o mientras se encontraban en su interior) sin reparar en si ha existido o no negligencia.

Hay tres razones importantes que justifican la cobertura de pagos médicos. *Primera.* Es frecuente el hecho de que los ocupantes de un automóvil titubeen antes de presentar una demanda contra el dueño del coche, por conducción culpable, para recuperar el importe de las facturas médicas. Sin embargo, dicha acción es técnicamente obligatoria de acuerdo con la cláusula de responsabilidad legal del contrato. En muchos Estados los estatutos dueño-invitado impiden que prosperen las demandas por negligencia contra los conductores de automóviles, a menos que pueda probarse la existencia de culpa grave. De este modo, sin la cobertura de pagos médicos, no se pagarían muchas de las facturas. *Segunda.* Un dueño de automóvil culpable siente normalmente la obligación moral de hacerse cargo, por lo menos, de las facturas de los gastos médicos de sus invitados, aunque se determine que él no fue culpable del accidente. Pero, si no existiere culpa, el asegurador no tiene obligación de pagar dichos gastos bajo la sección de responsabilidad del contrato de automóvil. *Tercera.* La experiencia indica que si se efectúa con rapidez la liquidación de los gastos médicos, hay mucha menos probabilidad de que los invitados lesionados presenten demanda por negligencia, que acarrearía los consiguientes gastos de defensa y la posibilidad de grandes indemnizaciones en concepto de pérdida de ingresos y angustia mental. La cobertura de pagos médicos tiende, pues, a minimizar las pérdidas por responsabilidad bajo la póliza, lo que se traduce en una prima más reducida para el asegurado.

Límites de responsabilidad. El seguro de servicios médicos se suscribe con límites de responsabilidad de 500 dólares a 5.000 dólares por persona. Si se encuentran seis pasajeros en un vehículo y el dueño ha decidido contratar límites de dos mil dólares, habría un límite total de 12.000 dólares para todos los gastos de servicios médicos que surjan de un solo accidente.

[14] United States Casualty Co. v. Timmerman, 180 Atl. 629 (1935) fue uno de los primeros casos en que se sostuvo esta disposición.

Puede darse que un pasajero sea indemnizado por pagos médicos y demandar también por negligencia al conductor, recuperando de nuevo los mismos costes [15]. El seguro de servicios médicos es realmente un contrato de seguro de salud, no un contrato de indemnización. El asegurador no se reserva el derecho de subrogación en las reclamaciones acogidas a la sección de pagos médicos, por lo que si un pasajero tiene éxito en su demanda contra el dueño, digamos por culpa grave, el asegurador no tiene derecho a reclamar ningún cobro hecho por el pasajero lesionado.

Personas aseguradas. El contrato por pagos de servicios médicos se divide en dos secciones: primera, para el asegurado nominal y miembros de su casa, y la segunda para otras personas.

La primera provee cobertura amplia, y los accidentes compensatorios no se limitan a situaciones en las que el asegurado es pasajero del coche, sino también cuando éstos ocurren mientras el asegurado está ocupando el coche, o es atropellado por un automóvil, un remolque o cualquier otro tipo de vehículo. La familia del asegurado está cubierta así en casi todo tipo de accidente automovilístico, ya sea como pasajero o como peatón.

La segunda que cubre los costes médicos de otros pasajeros, otorga cobertura total por lesiones ocurridas en el automóvil perteneciente al asegurado, cuando lo conduce una persona autorizada (ya sea el propio asegurado o personas autorizadas por él). En cuanto a coches ajenos, los pasajeros están cubiertos solamente si los conducen el asegurado, sus sirvientes o sus parientes.

Exclusiones. Existen ciertas limitaciones en la proposición del seguro de pagos médicos, según lo descrito en las exclusiones. Dado que el uso del automóvil como taxi o vehículo de alquiler está excluido, el seguro de pagos médicos no se aplica en tales casos. La intención de la póliza es denegar cobertura de pagos médicos al asegurado nominal que conduce un vehículo comercial (un camión, por ejemplo) para fines comerciales, pero no si atiende a un asunto personal. Si el asegurado conduce un coche de pasajeros ajeno para sus asuntos, sí disfruta de cobertura de pagos médicos.

Otros seguros. En la sección de pagos médicos se estipula que si dicho seguro se aplica a la pérdida sufrida por el asegurado cuando está conduciendo un automóvil ajeno o uno provisionalmente en sustitución del propio, rige, en primer lugar, la cobertura del otro dueño, si la hubiere, y la cobertura de pagos médicos del asegurado cubierto el exceso. Por ejemplo, si John, que tiene su PAF suscrita en 500 dólares por pagos médicos, pide prestado el coche a Jim, que tiene la cobertura por 1.000 y sufre un accidente como consecuencia del cual necesita efectuar un gasto de 1.250 dólares en facturas médicas, la póliza de Jim pagará 1.000 y la PAF de John pagará el saldo de 250 dólares.

[15] Este principio fue sustentado en el caso Severson v. Milwaukee. Automobile Insurance Co. 3 CCH Auto 2d. 10.11.

Sección 3. Protección de automovilistas sin seguro

La protección de automovilistas sin seguro tiene como finalidad defender al asegurado contra las pérdidas ocasionadas por conductores no asegurados o que huyen después de causar el accidente. Las razones que justifican la existencia de esta protección se estudian más adelante en este capítulo. Esencialmente, esta cláusula dice: «si usted sufriera un choque y resultase lesionado por un automovilista negligente que no tuviera seguro de responsabilidad, puede presentar demanda judicial contra su propio asegurador como si el mismo cubriera también a la otra parte».

En la mayoría de los Estados, la cobertura está limitada a las reclamaciones de responsabilidad por daño corporal, y se da por hecho que el asegurado tiene su propia cobertura por daños físicos para los ocasionados a sus bienes. En algunos Estados, no obstante, la protección del automovilista asegurado se aplica a los daños a las cosas (como excedente de cobertura de protección por daño físico) así como también a los daños corporales. En estos Estados se aplica una franquicia importante. En Georgia y Nuevo México, se aplica la franquicia de 250 dólares; en Carolina del Sur y Virginia, 200; en Virginia del Oeste, 300, y 100 en Nueva Jersey y Carolina del Norte. En algunos Estados [16] la protección contra automovilistas sin seguro es obligatoria. En Nueva York, la cobertura se aplica a todos los residentes, sean o no dueños de automóviles, por accidentes que ocurran en el Estado, al igual que una persona residente allí puede contratar

[16] Desde 1971 la cobertura se hizo obligatoria en Connecticut, Illinois, Maine, Massachusetts, Minnesota, New Hampshire, New York, Oregón, Pennsylvania, South Carolina, Vermont, Virginia y West Virginia.

la protección contra automovilistas sin seguro por accidentes que ocurran fuera del Estado.

La protección cubre al asegurado nominal y a cualquier pariente, como pasajeros del automóvil asegurado, así como a otras personas que puedan tener derecho legal e indemnización por daños corporales sufridos por culpa de un automovilista sin seguro. Por ejemplo, el padre de un menor que resulta lesionado como pasajero estaría cubierto. La definición de automóvil sin seguro incluye aquellos que huyen después del accidente, así como los que son conducidos sin estar debidamente protegidos por el seguro. A continuación explicamos detalladamente lo que es un «vehículo sin seguro». Por ejemplo, según se desprende del significado de la cobertura, los coches que pertenecen al asegurado nominal; los que pertenecen a entidades políticas u oficinas gubernamentales, las casas-remolque utilizadas como residencia, o los tractores o equipo de tipo agrícola, excepto cuando transitan por caminos públicos, no son «vehículos sin seguro».

La protección contra automovilistas sin seguro tiene ciertas limitaciones. Por ejemplo, si el asegurado tuviera derecho a ser indemnizado, según la ley de accidentes de trabajo, por lesiones corporales causadas por un automovilista no asegurado, cualquier responsabilidad de la póliza se verá disminuida por el importe de dicha compensación; la cobertura que proporciona la protección contra automovilistas sin seguro se considera en exceso de cualquier otra cobertura de que disfrute el asegurado como conductor de un vehículo ajeno.

Si el conductor negligente no asegurado tiene otros bienes que son más tarde incautados por el asegurado, el asegurador podrá recuperar los importes pagados hasta el límite de las recuperaciones obtenidas por el asegurado contra la parte culpable.

En la protección del motorista sin seguro, la cobertura está generalmente limitada a los mínimos básicos establecidos por la ley del Estado sobre la responsabilidad económica aplicable. Estos límites son normalmente de 10.000/20.000 dólares por lesión corporal y 5.000 por daños a la propiedad. Al conductor sin seguro o al que huye después del accidente debe declarársele culpable con anterioridad a que el asegurador satisfaga la indemnización. En caso de desacuerdo en materia de culpa o importe de la pérdida se requerirá a las partes para que se sometan a un procedimiento de arbitraje para resolver sus diferencias.

Sección 4. Daños físicos

La PAF combina las coberturas de responsabilidad civil y de pagos médicos con indemnización al asegurado en caso de daños a su automóvil causados por casi cualquier clase de peligro, sin tomar en cuenta si la culpa ha sido del asegurado. Es obvio que el asegurado no siempre podrá resarcirse por un tercero de los daños causados a su vehículo. Por ejemplo, el asegurado puede contribuir a la negligencia, o la pérdida puede derivarse de riesgos distintos de la colisión (ejemplo, robo). Así pues, la PAF es realmente una póliza programada mediante la cual el asegurado puede contratar un seguro de pérdidas por responsabilidad legal, riesgos de incendio y afines, costes médicos y robo. En otras palabras, la PAF asegura al dueño del automóvil contra la mayoría de los tipos de pérdidas que pueda sufrir su vehículo o el propio dueño, siempre que provengan del uso del mismo.

La cobertura por daños físicos incluye los tipos de indemnización siguientes:

Pérdida combinada.
Pérdida por colisión.
Pérdida por incendio, rayo y transporte.
Robo.
Cobertura adicional combinada.
Costes de remolque y mano de obra.
Pagos suplementarios.

La pérdida combinada. «La pérdida combinada» según estipula la PAF, cubre cualquier daño al vehículo asegurado menos colisión (con ciertas exclusiones). Para aclarar lo que ésto significa el contrato especifica ciertos tipos de pérdida que deben interpretarse como combinados y no como colisión. De este modo, serán pérdidas combinadas la rotura de cristales o el daño causado por proyectiles, caída de objetos, incendio, robo y/o latrocinio, explosión, terremoto, tormenta, granizo, agua, inundación, vandalismo o actos maliciosos, motín y conmoción civil. En cierta ocasión en que un vehículo se salió de la carretera y cayó a un río sufriendo daños a causa del agua, el Tribunal sostuvo que el daño fue por colisión y, por lo tanto, no estaba cubierto por el seguro combinado [17]. Debido a la falta de consistencia de

[17] Ringo v. Automobile Insurance Co., 22 Pac. 2d. 887.

tales casos y consiguiente dificultad en predecir lo que un jurado decidirá, sería aconsejable que si un asegurado desea total protección contra daños físicos, deba contratar los seguros de colisión y combinado a la vez.

Perdida por colisión. La colisión del automóvil con otro objeto o vuelco del mismo está sujeta normalmente a una franquicia fija de 50 ó 100 dólares. Se permiten franquicias mayores, aplicándose las rebajas de las primas correspondientes. La cobertura de colisión se aplica a un remolque utilitario hasta un límite de 500 dólares. Para remolques grandes de valor, tales como casas-móviles, debe contratarse por separado esta cobertura.

La cobertura contra colisión se amplía a los coches ajenos que conduzca el asegurado o cualquiera de sus parientes, pero dicha cobertura se considera en exceso de cualquier otro seguro de colisión válido.

La definición de colisión descrita en la póliza incluye el choque contra un obstáculo o vuelco del vehículo. A través de las varias interpretaciones de ella, ha quedado claro el hecho de que no es necesario que el coche asegurado esté en movimiento ni de que la colisión sea con otro vehículo precisamente. Por ejemplo, si un coche choca con la valla de cemento central de una carretera y a las 20 millas se comprueba que el motor se ha dañado por perforación del depósito del aceite, la pérdida estará cubierta por el seguro de colisión. De igual modo se considerarán colisión los daños sufridos por vehículos aparcados contra los que otro haya embestido.

Incendio, rayo y pérdida en el transporte. Si no se desea contratar una cobertura combinada amplia, como la descrita más arriba, se puede obtener una más limitada contra los peligros de incendio, rayo, o humo, por funcionamiento defectuoso del equipo de calefacción en los locales en que está situado el automóvil, y por el encallamiento, hundimiento, incendio, colisión o descarrilamiento del medio de transporte en que va el coche.

La PAF da una cobertura muy limitada sobre los efectos personales dañados mientras permanecen en el automóvil o sobre el mismo. La pérdida sólo se cubre si proviene de incendio o rayo mientras los efectos están en el automóvil propio o sobre él, con un límite de 100 dólares. De este modo, no tendrán cobertura las cosas quemadas mientras estén temporalmente fuera del automóvil, o las que pertenezcan a invitados, o las pertenecientes al asegurado mientras conduce un coche ajeno.

Remolque y costos de mano de obra. De acuerdo con la

póliza PAF, el dueño de un coche puede optar por asegurarlo contra remolque y costes laborales como consecuencia de una avería. En la mayoría de los Estados esta cobertura está limitada a 25 dólares. El trabajo debe realizarse en el lugar de la avería.

Pagos suplementarios. La PAF provee compensación al asegurado por pérdida de uso del automóvil robado con una tasa no superior a 10 dólares diarios sujeta a una limitación total de 300. El pago comienza después de un período de espera de 48 horas y cesa cuando se recupera el coche en estado de uso o cuando el asegurador indemniza al asegurado por pérdida del vehículo.

La PAF conviene en reembolsar al asegurado su responsabilidad en la avería general o reclamaciones de salvamento provenientes del transporte del automóvil. Dichas reclamaciones surgen, por ejemplo, cuando el vehículo es transportado en un ferry y durante una tempestad surge la necesidad del sacrificio voluntario de las mercancías para salvar el buque. A cada uno de los dueños del cargamento se le exigirá que indemnice a prorrata al dueño de los bienes arojados al mar. El asegurador del dueño del coche con dicha responsabilidad, debe satisfacer esta demanda [18].

Exclusiones de daños físicos. Entre los riesgos excluidos de la Sección 3.ª de la PAF está la guerra, el uso como vehículo de alquiler, el desgaste y deterioro, la congelación y la avería mecánica o eléctrica. El daño a los neumáticos está excluido de la cobertura combinada, salvo que el mismo sea causado por ciertos riesgos ya descritos, a saber, incendio, vandalismo, robo, a menos que concurran con algún otro daño cubierto por la póliza. Por ejemplo, habrá cobertura cuando el coche es robado y, a consecuencia de ello, el motor se congela o los neumáticos se estropean por circular con demasiada velocidad por rutas en mal estado. En cambio, el mismo daño estaría excluido si ha sido causado por descuido del asegurado.

Condiciones

Las principales condiciones de la PAF son similares a las de otras pólizas de seguro. Los comentarios siguientes se refieren

[18] Ver Capítulo 12 para examen de avería general.

a aquellas condiciones que se aplican sólo al seguro de automóviles

Prima. La PAF proporciona cobertura automática a todos los autos de nueva adquisición que reemplazan a los autos asegurados, sin el requisito de avisar al asegurador. Cualquier ajuste de prima tendrá efecto en la fecha de adquisición del nuevo vehículo. Sin embargo, las últimas adquisiciones de una flotilla no cuentan con cobertura automática, a menos que el asegurado tenga todos sus coches cubiertos por el mismo asegurador y notifique a éste, durante la vigencia de la póliza o dentro de los treinta días de la fecha de adquisición, su deseo de obtener la cobertura para el auto adicional.

Dos o más automóviles. La PAF pide que si hay más de un automóvil asegurado, los límites de responsabilidad se apliquen separadamente a cada vehículo, a menos que un coche y su remolque estuviesen implicados en el mismo accidente. En este caso, los límites de responsabilidad se aplicarán como en el caso de un vehículo único, pero los márgenes de los daños físicos se aplicarían como si fueran dos. La razón de esto es que cualquier franquicia por seguro de daños físicos se aplicarían separadamente al coche y al remolque, pero la existencia de ambos vehículos no sería motivo para duplicar los límites de responsabilidad.

Asistencia y cooperación. La cláusula de asistencia y cooperación es muy característica de todos los contratos de seguro. En el seguro del automóvil tiene especial importancia debido a una disposición que establece lo siguiente:

> «El Asegurado no efectuará voluntariamente ningún pago, a no ser a sus expensas, ni "asumirá ninguna obligación" o incurrirá en cualquier gasto fuera de la inmediata asistencia médica y quirúrgica a terceros que sea imprescindible en el momento del accidente.»

Es frecuente que los individuos implicados en accidentes se dirijan al otro conductor y le digan algo más o menos así: «Lo siento. Fue mía toda la culpa. Mi asegurador se ocupará de todo». A menudo sucede que la culpa no fue del asegurado, pero debido a su afirmación aceptando la culpabilidad (desgraciadamente puede haber testigos), el Tribunal lo declara culpable. En tales casos parece justificado que el asegurador niegue la responsabilidad.

Subrogación. La PAF se reserva el derecho de subrogación contra responsabilidad de terceras personas por daño físico y seguro de responsabilidad civil, pero no en el caso de pagos médicos. Si el asegurado ejecuta cualquier acto que perjudique tales derechos, se ha violado una garantía y el asegurador puede negar la responsabilidad, de acuerdo con la póliza.

Formularios comerciales frente a no comerciales

La PAF como su nombre sugiere, es útil solamente a aquellas personas que no tienen actividad comercial. Los que sí tienen esta actividad o bien se cubren por la póliza standard del automóvil, o mediante la cada vez más popular póliza de «responsabilidad combinada del automóvil». En líneas generales, las disposiciones de la PAF y las de estas dos clases de pólizas son similares, siendo la diferencia principal que los vehículos comerciales tienden a una diversificación mayor que la que pueden tener los vehículos no comerciales. La póliza de responsabilidad combinada del automóvil, por ejemplo, otorga cobertura sobre grúas de fuerza motriz, carretillas de soldadura autógena o maquinaria y camiones de compresión de aire o equipos de aspersión, mientras estos vehículos son remolcados o conducidos a/o desde la obra. Sin embargo, equipo como tractores de arrastre, mezcladoras de cemento y apisonadoras para ser utilizados lejos de las vías públicas, no se consideran automóviles, salvo que sean remolcados a/o desde la obra. La responsabilidad de dicho equipo se tiende a cubrir bajo la póliza de responsabilidad general combinada.

Seguro de responsabilidad civil de usufructo

Como hemos visto en el Capítulo 15, los individuos pueden ser responsables por el uso de automóviles, aunque personalmente no posean vehículos de ninguna clase. Un individuo puede ser responsable por conducir personalmente un coche, o porque otra persona lo conduzca por su cuenta.

La protección de responsabilidad civil es otorgada automáticamente por la PAF de usufructo al asegurado y su esposa, con excepción de los automóviles que se les haya facilitado para uso regular, los conducidos sin permiso del dueño, o aquellos vehículos de tipo comercial utilizados para el negocio. Mediante el pago de una prima adicional, puede agregarse a la PAF un

suplemento denominado «cobertura ampliada para automóviles ajenos» por la cual quedan protegidos los coches facilitados periódicamente al asegurado, así como el uso de vehículos comerciales en asuntos de negocios. Este mismo suplemento puede suscribirse para dar cobertura a los parientes que viven en la misma casa. Un suplemento similar puede agregarse a la póliza standard del automóvil de 1955. La cobertura de responsabilidad civil de usufructo puede también adquirirse para funcionarios de sociedades anónimas, socios del asegurado y co-propietarios de automóviles, mediante un suplemento al contrato básico de operación del automóvil.

Aunque un individuo no tenga vehículo, puede obtener cobertura de responsabilidad civil de usufructo haciendo uso del suplemento citado, agregado al contrato standard, que asume que no posee ningún automóvil. Esta cobertura, como todos los seguros de responsabilidad civil de usufructo, se considera como excedente de otros seguros aplicables.

EL SEGURO DEL AUTOMOVIL Y LA LEY

La legislación de cada Estado, así como la de todas las provincias del Canadá, ha aprobado algún tipo de ley sobre el seguro del automóvil creada para solucionar el problema de compensación a las víctimas de los conductores de automóvil insolventes. Se han realizado numerosos estudios que confirmaban lo que puede esperarse de la naturaleza humana, concretamente que sin un plan organizado como el del seguro de responsabilidad civil, es difícil, aún en el mejor de los casos, que la víctima de un accidente automovilístico sea indemnizada por la parte culpable [19]. Si no existe una póliza de seguro es probable que la víctima inocente no ejerza ninguna presión para obtener una compensación, aún cuando tenga la razón legal absoluta, por estimar que si incurre en los gastos de someter su reclamación a juicio, la sentencia probablemente no se llevará a cumplimiento. En otras palabras, la ley ha intervenido en estos casos porque sin un sistema de garantías financieras, el conductor está obligado a usar el método de asunción de riesgo, esté o no en buena

[19] Ver, por ejemplo, Informe del Comité Legislativo Conjunto para la Investigación del Seguro del Automóvil (Joint Legislative Committee to Investigate Automobile Insurance) (Estado de Nueva York: Documento Legislativo núm. 91, 1938), p. 197.

situación financiera. Como en la mayoría de los casos no lo está, las legislaturas han decretado diversos métodos para solucionar el problema, habiéndose adoptado por ley las siguientes fórmulas:

A. Leyes de garantía financiera.
B. Leyes de seguro obligatorio de responsabilidad civil.
C. Fondo de sentencias insatisfechas.
D. Suplemento para conductores no asegurados.
E. Leyes de compensación y falta de infracción.

Leyes de garantía financiera

«Las leyes de garantía financiera» representan, con mucho, el enfoque más común al problema general de la víctima no indemnizada por los conductores insolventes. Hay dos requisitos básicos en dichas leyes:

1. Los motoristas sin seguro de responsabilidad civil implicados en un accidente automovilístico deben adquirir y mantener un seguro de responsabilidad u otra prueba de solvencia económica (digamos, un bono de garantía) de carácter específico por un período determinado, generalmente tres años, como condición de que el conductor continúa con su permiso y matriculación de su vehículo.
2. Los motoristas sin seguro de responsabilidad civil implicados en un accidente automovilístico deben pagar los daños que han causado o presentar pruebas de que no fueran culpables, como condición para continuar conduciendo su vehículo.

En sus comienzos, las leyes de garantía financiera, a menudo contenían sólo el primer requisito; pero, gradualmente, se agregó un segundo, llamado «disposiciones de seguridad». Las leyes de garantía financiera no tienen otra penalidad que la suspensión del permiso de conducir y, por tanto, no responden de que la víctima no indemnizada reciba realmente una compensación. La efectividad de las leyes, en este aspecto, reside en la confianza de que la mayoría de los conductores se decidirá por contratar un seguro antes de enfrentarse con la posible pérdida de su permiso de conducir.

Las leyes de garantía financiera siguen los siguientes principios generales:

1. Una gran mayoría de ellas especifica que las pólizas de seguro deben tener límites de 10.000-20.000 dólares por lesión corporal y 5.000 por responsabilidad de daños a las cosas, aunque algunos Estados tienen límites de 5.000-10.000 dólares por responsabilidad de lesiones corporales.
2. Un gran número de leyes no se aplican a accidentes que causan daños a las cosas por valor inferior a 100 dólares (o 50), donde no ha habido daños corporales.
3. La mayoría de las leyes se aplican tanto al dueño como al conductor del vehículo.
4. Un gran número de leyes especifican que tanto la licencia del conductor como el registro de su vehículo sean suspendidos en casos de violación de la ley.
5. Más del 90 por 100 de estas leyes estipulan que el asegurador no puede denegar responsabilidad a la víctima de un accidente, aunque no sea responsable ante el asegurado por haber existido alguna violación de las condiciones de la póliza. El asegurador, por tanto, deberá pagar la reclamación, pero puede, por supuesto, tratar de recuperar del asegurado los pagos hechos en estas condiciones.
6. En la mayoría de los Estados los aseguradores participan en un plan de cesión de riesgo mediante el cual los conductores cuya cobertura les ha sido negada por un asegurador pueden obtenerla, a veces por una tasa más alta, de otro asegurador. Cada asegurador conviene en aceptar un cierto número de los denominados riesgos antieconómicos.
7. Cerca del 80 por 100 de las leyes exigen la existencia de una prueba de garantía futura sin tener en cuenta la culpa del conductor. De este modo, si un propietario no tiene seguro de responsabilidad civil y se ve envuelto en un accidente no culpable, causando lesiones corporales a otros, siempre se le exigirá que mantenga la prueba de garantía por el período futuro que se especifique.
8. Los permisos de conducir son devueltos al conductor una vez haya pagado el importe de la responsabilidad fijada en los límites legales máximos, aunque la sentencia real sea mucho más alta y esté aún pendiente de pago. Por ejemplo, si se pronuncia una sentencia por daños a las cosas por 50.000 dólares en contra de una persona, ésta puede obtener la devolución de su permiso de conducir una vez pagados 5.000, que es normalmente el límite de responsabilidad máxima especificado para la responsabilidad por daños a las cosas.

9. Las tres cuartas partes de las leyes tienen disposiciones de reciprocidad por las que la suspensión de privilegios en otro Estado se aplica también al Estado originario. Por ejemplo, si la misma persona sufre un accidente durante sus vacaciones en otro Estado, y se dicta sentencia en su contra por los daños causados, el Estado en donde reside la considerará como si la infracción se hubiera cometido allí y le retirará su permiso de conducir hasta que haya satisfecho la sentencia.
10. Las leyes permiten algunas excepciones. Por ejemplo, cuando un vehículo está legalmente aparcado en el momento del accidente, o si el vehículo pertenece legalmente a alguna agencia de gobierno, o lo conduce una persona no autorizada en estos casos, el propietario no está sujeto a las disposiciones de la ley de responsabilidad financiera.

Defectos de las leyes de responsabilidad financiera. Aunque las leyes de responsabilidad financiera son preferibles a un vacío legislativo, tienen serios inconvenientes como para considerarlas solución al problema de indemnización a las víctimas de conductores no asegurados o insolventes. Los principales inconvenientes son:

1. No hay constancia de que todos los conductores tengan seguro de responsabilidad civil. Lo que pretenden las leyes es asegurar solamente la responsabilidad financiera de la segunda y subsiguientes víctimas del conductor irresponsable, pero no de la primera víctima.
2. El castigo por incumplimiento de la ley es débil; el conductor está sujeto solamente a la pérdida de su permiso de conducir.
3. No existe protección contra los que causan el accidente y huyen, contra los coches robados o contra los que conducen ilegalmente. Es difícil y de dudoso éxito imponer sanciones a estos conductores. Se estima que por lo menos el 15 ó 20 por 100 de los vehículos matriculados en los Estados Unidos carecen de seguro de responsabilidad civil[20]. Las víctimas de lesiones recuperan un promedio que es sólo la mitad del total de las pérdidas económicas de las reclamaciones por daños contra estos conductores negligentes[21].
4. Debido a la falta de uniformidad entre los Estados, en materias como los diferentes límites de responsabilidad, las liquidaciones de conductores que pertenecen a otros estados son a menudo inciertas.

[20] Departamentos de Transportes de los Estados Unidos, *Las pérdidas por colisión de vehículos y su compensación en los Estados Unidos* (Washington, D. C.: Oficina de Imprenta del Gobierno de U. S., 1971), p. 28.
[21] *Ibid.*, p. 36.

5. Los conductores que no pueden obtener un seguro regular para cumplir con las disposiciones de responsabilidad financiera pueden ser incapaces también de conseguir a través de los planes de cesión de riesgo tasas satisfactorias o una cobertura total.
6. No hay fallo favorable sin prueba de la culpa. La obtención de ésta supone frecuentemente gestiones largas, difíciles y costosas.

Los partidarios de los estatutos de responsabilidad financiera, se oponen generalmente a una mayor fuerza legal, que probablemente conduciría al seguro obligatorio o a un sistema de compensación similar a las leyes de accidentes del trabajo. Los parciales a estas leyes señalan que en los sitios donde se han puesto en vigor con efectividad contribuyendo a solucionar el problema, se ha conseguido asegurar a un alto porcentaje de conductores.

Conclusión. El escaso entusiasmo general procurado por las leyes de responsabilidad financiera ha dado lugar a un movimiento nacional para el fortalecimiento y ampliación de las mismas. Los estatutos de responsabilidad civil obligatoria y las leyes de falta de infracciones están siendo rápidamente adoptados por muchos Estados con el fin de resolver el problema de indemnización a las víctimas de los conductores no asegurados.

Leyes obligatorias del seguro de responsabilidad civil

Tres Estados —Massachusetts, Nueva York y Carolina del Norte— han avanzado un paso más en cuanto a las leyes de responsabilidad financiera y han adoptado los estatutos del seguro obligatorio de responsabilidad civil. En estos Estados, cada residente debe contratar un tipo específico de seguro de responsabilidad «antes» de que se le otorgue el certificado de matrícula o el permiso de conducir. En Connecticut, Maryland y Rhode Island existen leyes que obligan a contratar el seguro para menores, con ciertas excepciones, mientras que Illinois exige que todos los camiones matriculados en el Estado, salvo con ciertas excepciones, tengan cobertura de seguro de responsabilidad civil.

El seguro obligatorio de responsabilidad civil ha estado en vigencia en Massachusetts desde 1927 y constituye la única ley con antecedentes importantes para su evaluación. Las leyes de Nueva York y Carolina del Norte, en vigencia desde 1957 y 1958, respectivamente, han tratado de corregir algunos de los defectos

inherentes al sistema de Massachusetts; pero es demasiado pronto para decir hasta qué punto estas leyes tendrán éxito. La evaluación del éxito de las mismas presentará ciertas dificultades debido a que, al parecer, se hizo muy poco para lograr un análisis objetivo de la efectividad de los estatutos de responsabilidad financiera antes de la promulgación de las leyes obligatorias.

En Massachusetts cada solicitud de registro de un vehículo debe ir acompañada de la constancia del seguro de responsabilidad por lesiones corporales con límites de 5.000/10.000 dólares. En 1971 la ley se enmendó para prever 2.000 dólares de beneficios por falta de infracciones; los límites en Nueva York y Carolina del Norte son el doble de los de Massachusetts. El seguro de responsabilidad civil por daños a las cosas no es obligatorio en Massachusetts [22] como lo es Nueva York y Carolina del Norte. El seguro debe cubrir a los terceros que conduzcan el coche con autorización, pero no se exige que cubra los accidentes que ocurran fuera de las carreteras públicas ni a los ocupantes que van en el coche. Las tarifas de seguros las fija el Comisario de Seguros en el caso de Massachusetts y las compañías de seguros en Nueva York y Carolina del Norte.

Críticas al Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil. Los principales detractores del seguro obligatorio de responsabilidad civil han sido precisamente las propias compañías de seguros. Esto puede parecer una contradicción ya que podría suponerse que, en caso de que se exigiera a todos la contratación de este seguro, los aseguradores podían contar ya con un sistema de ventas establecido. Sin embargo, la oposición señala que una vez dictaminada la obligatoriedad del seguro, comenzarían a dejarse sentir de inmediato las influencias políticas en materias tales como tarificación, suscripción de seguros, selección de asegurados y clausulado de las pólizas [23]. Si los aseguradores privados no se oponen a estas presiones demasiado enérgicamente puede existir la amenaza de que el Estado cree su propia organización de seguros y esto conduzca a la larga, a la socialización del seguro en las otras modalidades también. Tal consecuencia po-

[22] Una ley distinta exige la suspensión del permiso de conducir de cualquier persona que no satisfaga las sentencias por daños a las cosas. Esto se aplica en Massachusetts, lo que en otros Estados se resuelve con los estatutos de responsabilidad financiera.

[23] Para un estudio detallado de este punto, véase C. A. KULP, *Seguro de Accidentes (Casualty)*, tercera ed., Nueva York: Ronald Press Co., 1957, páginas 203-210.

dría significar el fin definitivo de la libre empresa privada en la industria del seguro.

La crítica del seguro obligatorio se queja también de que esta clase de seguro no soluciona el problema básico, a saber, el coste creciente de los accidentes automovilísticos y de la compensación a sus víctimas. Más aún, si a cada residente de un Estado se le exigiera la contratación de un seguro como requisito indispensable para conducir, seguirían dándose los accidentes aunque causados por automovilistas de otros Estados, conductores que huyen, conductores de autos robados y aquéllos que violan las prohibiciones o llevan matrícula falsa.

Defensa del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil. En respuesta a algunas de estas críticas, puede refutarse que la influencia política puede minimizarse mediante disposiciones estatutarias que prohiban las manipulaciones internas en la estructura de las tarifas y garanticen independencia al asegurador en sus operaciones. Tal es el caso de Nueva York, en donde los aseguradores fijan sus propias tasas independientemente. Asimismo, como se llevó a cabo también en Nueva York en 1959, puede establecerse un fondo aparte que responda por los daños incobrables a las compañías de seguros, tales como los provenientes de accidentes de conductores que huyen, conductores de otros Estados y los de autos robados. Las leyes del seguro obligatorio también estipulan multas y penas de cárcel por violación de las mismas mientras que las leyes de responsabilidad financiera sólo suspenden el permiso de conducir.

El argumento de que el seguro obligatorio del automóvil no ataca al problema básico de evitar los accidentes y compensar a quienes sufren pérdidas financieras, no es realmente una razón en contra del seguro obligatorio como tal, sino un argumento en contra del sistema de responsabilidad legal en que se basan, tanto las leyes del seguro de responsabilidad obligatorio como las leyes de responsabilidad financiera.

Fondos para sentencias incumplidas

El «fondo para sentencias incumplidas» (FSI) se establece en algunos Estados para pagar liquidaciones de accidentes automovilísticos que no puedan cobrarse por ningún otro medio [24].

[24] Los fondos de sentencias incumplidas existen en Nueva Jersey, Maryland, Michigan, North Dakota, New York, Manitoba, Alberta, British, Columbia, Newfoundland, Nova Scotia, Ontario y Prince Edward Island.

Si el conductor negligente es insolvente, no tiene seguro de responsabilidad civil o han invalidado su seguro por violación de las disposiciones de la póliza, o si su asegurador es insolvente, la víctima inocente puede cobrar su reclamación del fondo para sentencias incumplidas, luego de haber agotado todos los otros medios de cobro. El FSI es realmente más amplio que el seguro obligatorio, puesto que cubre los casos en que existe el seguro, pero en los que el daño está todavía impagado. Ahora bien, el FSI se basa en el principio de culpabilidad por lo que si no hay una responsabilidad legal, no puede hacerse ningún pago de este fondo. Además, el FSI establece el derecho de subrogación; es decir, el conductor culpable debe resarcir el pago si tiene bienes que pueden ser objeto de embargo. En cualquier caso, el conductor culpable pierde su permiso de conducir hasta tanto no haya reembolsado los fondos.

Suplemento para conductores no asegurados

La solución del problema de la víctima no compensada por el conductor sin seguro, ha sido propuesta y respaldada por las compañías de seguros privadas mediante un suplemento a la póliza de automóvil, conocida como «suplemento de motoristas sin seguro» (SMS), que ya se estudió anteriormente en este capítulo. De acuerdo con los términos de este suplemento, que se aplica generalmente a reclamaciones por lesiones corporales [25], se determina que si un conductor asegurado es lesionado por otro que no lo está, la compañía del conductor asegurado actuará como el asegurador del conductor culpable y pagará cualquier responsabilidad legal a que hubiere estado obligado este último. Naturalmente, el asegurador tiene derecho a cobrar del conductor sin seguro culpable los daños pagados al conductor asegurado.

El SMS no llega tan lejos como el FSI o como el seguro obligatorio de responsabilidad civil, en resolver el problema de indemnización a las víctimas inocentes de un conductor sin seguro, pero llena un vacío importante de la ley de responsabilidad financiera ordinaria. Por una pequeña cantidad un individuo puede protegerse al menos por los límites mínimos contra los daños corporales causados por conductores sin seguro. Aunque no siem-

[25] La protección del conductor no asegurado se aplica al daño a las cosas, con franquicias que varían entre 100 a 300 dólares en Georgia, New México, North Carolina, South Carolina, Virginia y West Virginia.

pre reciba una protección similar por daños a las cosas, siempre puede contratar el seguro de daños físicos si desea protección contra la pérdida de propiedad.

Leyes de compensación y de falta de infracción («no fault»)

En los últimos años se ha llegado a la conclusión de que es tal la importancia económica de los accidentes automovilísticos que ya no podemos confiar en el sistema de responsabilidad legal para la solución de la compensación a las víctimas. Se argumenta que es imposible determinar el grado exacto de negligencia en un accidente, si la hubiese, y que muy a menudo la víctima de un accidente automovilístico no tiene medios para sufragar los costes implicados. La persona que tiene el mejor abogado y los mejores testigos es la que recibe indemnización, y es evidente la falta de un método científico. El concepto de culpa en una sociedad motorizada es un principio inoperante. En función de este argumento, un gran número de Estados han promulgado leyes para falta de infracción según las cuales las víctimas lesionadas en accidentes automovilísticos deben recuperar la pérdida (hasta un importe establecido) mediante sus propias pólizas de automóvil en lugar de hacerlo a través de las pólizas de responsabilidad por culpa de terceras personas.

Antecedentes. El problema de las víctimas de los conductores sin seguro no compensadas se ha estudiado con minuciosidad. Tal vez el mejor trabajo conocido fue el publicado por Robert E. Keeton y Jeffrey O'Connell, cuyo libro tuvo una influencia importante en la iniciación de un movimiento nacional hacia las leyes de no infracción [26]. El Departamento de Transportes de los Estados Unidos respaldó aún más este movimiento en un extenso estudio del problema de accidentes automovilísticos. El estudio llamado DOT se publicó en 28 volúmenes en 1970-1971. En 1971, la Asociación Nacional de Comisarios de Seguros, un comité consultivo del Departamento de Transportes de EE.UU., recomendó que el cuerpo legislativo de cada Estado promulgara leyes de no infracción. Desde la fecha de publicación de este libro, 11 Estados han promulgado dichas leyes, que aunque no tienen uniformidad

[26] ROBERT E. KEETON y JEFFREY O'CONNELL, *Protección básica para la víctima del tráfico* («Basic Protection for the Traffic Victim») (Boston: Little, Brow y Co., 1966).

de disposiciones se proponen todas corregir algunos de los defectos del sistema de responsabilidad civil por culpa. Hasta cierto punto, las leyes tienen conceptos similares a la ley de accidentes del trabajo que indemniza lesiones del trabajo, sin considerar la culpabilidad.

Defectos de la responsabilidad por culpa. Los mayores defectos del sistema de responsabilidad civil por culpa al fijar la indemnización a las víctimas de accidentes automovilísticos, son los siguientes:

1. El sistema, que depende principalmente de la contratación voluntaria del seguro de responsabilidad para proveer de fondos para la compensación, deja muchas víctimas sin indemnización debido a la falta de pruebas de la culpa o a la falta de seguro.
2. Las víctimas que sufren pérdidas pequeñas son sobrecompensadas y, por el contrario, las víctimas que sufren pérdidas grandes no son compensadas en la cuantía debida.
3. Las víctimas sufren a menudo retrasos prolongados en la compensación a causa del lento funcionamiento del sistema judicial.
4. Los costes de abogados, compañías de seguros y tribunales absorben una gran proporción del total de las reclamaciones por pérdidas.
5. Uso insuficiente del servicio de rehabilitación y de un incentivo para llevar a cabo la misma.
6. El sistema conduce al fraude en las reclamaciones y la defensa de los juicios.

Uno de los resultados principales del estudio del DOT fue comprobar que las pérdidas y reparaciones de accidentes de automóvil se centran en aquéllos que sufren pérdidas relativamente leves mientras que los que sufren pérdidas mayores son muy mal compensados. El estudio abarca cerca de 450.000 personas.

La investigación revela que casi el 65 por 100 de las pérdidas sufridas por personas gravemente lesionadas no llega a los mil dólares. La pérdida más importante es la que se refiere a los salarios y ganancias futuras [27], ya que la pérdida estimada en la mitad de los casos en concepto de pérdida de ganancias sobrepasa los 25.000 dólares. El importe medio perdido por aquellos

[27] Departamento de Transporte de U. S., *Consecuencias económicas de las lesiones de accidentes de automóvil* («Economic Consequences of Automobile Accidente Injuries»), vol. 1 (Washington: U. S. Government Printing Office, 1970), pp. 26-28. Oficina de Imprenta del Gobierno de Estados Unidos, 1970, pp. 26-28.

lesionados graves hasta la fecha de la entrevista, fue de 4.203 dólares, constituido por pérdidas por servicios médicos, hospitales, daños a las cosas y salarios; se estimaron que otros 4.087 dólares serían desembolsados por los informantes en el futuro por lo que la pérdida media por persona implicada en lesiones graves fue de 8.290 dólares.

Este estudio se basa en una muestra representativa de personas a nivel nacional obtenida en los registros de siniestros. Las pérdidas por salarios se basan en los sueldos reales que las personas lesionadas percibían en el momento del accidente, pendientes del impuesto sobre la renta. Las pérdidas de ingresos futuros se basaron en el promedio de salarios de los grupos profesionales principales, según la compilación de la Oficina del Censo, descontados los intereses y ajustados por las diferencias entre los salarios de la mano de obra masculina y femenina y coste de «mantenimiento» de la persona incapacitada. La pérdida de ingresos futura de las personas sin empleo, como el ama de casa, se estimó en 4.000 dólares al año.

El estudio mostró que más del 91 por 100 de los lesionados graves recibieron de una u otra fuente alguna forma de compensación económica. Cerca de la mitad se benefició del seguro médico familiar, y el 35 por 100 del seguro de gastos médicos del automóvil. Otro 46 por 100 recibió indemnización médica de acuerdo con la responsabilidad por agravio. El porcentaje de familias con lesiones graves o mortales que se estudia a continuación recibió compensación de las siguientes procedencias: seguro médico, 48,2 por 100; seguro de vida, 7,2 por 100; seguro médico del automóvil, 35 por 100; seguro de colisión, 29,1 por 100; reclamaciones netas de responsabilidad por culpa, 45,9 por 100; beneficios por permiso por enfermedad, 8,1 por 100; accidentes del trabajo, 6,9 por 100; beneficios por la seguridad social, 2 por ciento. Se observa claramente que con gran frecuencia hubo duplicidad de beneficios.

Debido, en parte, a esta duplicidad, se descubrió que los que sufrían pérdidas económicas relativamente pequeñas cobraban beneficios que excedían varias veces su pérdida total mientras que aquéllos que sufrieron mayores daños recuperaban sólo una parte de su pérdida total. Las recuperaciones por responsabilidad por culpa alcanzaron al 60 por 100 del total de éstas. Como se indica en la Tabla 16-3, la discriminación fue mucho mayor entre personas que recibieron liquidaciones de responsabilidad por culpa y aquéllas que no podían obtener dicha protección. Aquéllos que sufrían pérdidas inferiores a 500 dólares recuperaron su pérdida efectiva 4-5 veces, mientras que los que sufrieron pérdidas de 25.000 dólares o más recuperaron solamente un promedio del 30 por 100 de aquéllas.

[28] *Ibid.*, p. 37.

Otras comprobaciones importantes fueron:

1. Algo menos de la mitad de los demandantes obtuvieron una decisión favorable a través de la responsabilidad por culpa.
2. El promedio del tiempo transcurrido entre el accidente y la liquidación final fue de dieciséis meses [29].
3. Entre todas las clases de personas lesionadas, los peatones fueron los que tuvieron más éxito en obtener recuperaciones mediante la responsabilidad por culpa, y los ciclistas los que menos [30].
4. Sólo el 7 por 100 de los lesionados graves siguieron tratamiento físico o psicológico; el 0,6 por 100 siguió tratamiento profesional [31].
5. Los gastos del sistema alcanzaron el promedio de 1,07 dólares por cada dólar de beneficio a las víctimas lesionadas en accidente de automóvil [32]. Estos gastos incluyen los de los demandantes (principalmente honorarios de abogados), gastos de litigios del asegurador, gastos de ventas y administración del mismo, costas judiciales y gastos públicos por la reglamentación de la responsabilidad civil de los aseguradores.
6. Existen muchos automovilistas que no contratan el seguro de responsabilidad civil del automóvil. La estimación del estudio DOT sobre la proporción de coches de pasajeros privados asegurados con cobertura de responsabilidad civil es la siguiente [33]:

90 por 100 y más	3 Estados
85-89 por 100	8 Estados
80-84 por 100	9 Estados
75-79 por 100	9 Estados
70-74 por 100	7 Estados
65-69 por 100	3 Estados
Menos de 65 por 100	5 Estados

[29] *Ibid*, p. 52.
[30] *Ibid*, p. 53.
[31] *Ibid*, p. 58.
[32] Departamento de Transporte de los Estados Unidos, *Las pérdidas por accidentes de vehículos motorizados y su compensación en los Estados Unidos* («Motor Vehicle Crash Losses and their Compensation in the United States) (Washington, D.C.: Oficina de Imprenta de los Estados Unidos, 1971).
[33] Departamento de Transportes de los Estados Unidos, *Comportamiento del conductor y participación en el accidente: implicancias de la responsabilidad civil por agravios* (Washington, D. C.: Oficina de Imprenta del Gobierno de los Estados Unidos, 1970), p. 205. Faltaron las estimaciones de seis Estados.

El conductor de automóvil corre así un riesgo sustancial si la persona con la que tiene un accidente carece de seguro. Aunque puede basar su reclamación en el suplemento de conductores no asegurados, esta cobertura se limita, generalmente, a las pérdidas por lesiones corporales y exclusivamente cuando puede probarse la culpa del otro conductor.

Tabla 16-3

INDICE DE INDEMNIZACION POR PERDIDAS DEBIDAS A ACCIDENTES DE AUTOMOVIL

Pérdida económica (dólares)	Número de personas con alguna indemnización	Porcentaje con recuperación por culpa	Indice de recuperación neta en relación con la pérdida		Porcentaje entre el agravio y recuperación total
			Con	Sin	
1-499	19.500	54,3	4,5	0,8	92
500-999	42.700	62,3	2,6	0,5	72
1.000-1.499	54.000	49,3	2,4	0,7	79
1.500-2.499	95.600	46,9	2,0	1,0	63
2.500-4.999	109.300	43,6	1,6	0,6	64
5.000-9.999	57.000	44,2	1,1	0,6	63
10.000-24.999	28.200	52,3	0,7	0,4	72
25.000 o más ...	42.600	41,8	0,3	0,3	42
Total	448.900	47,7	0,6	0,4	60

Procedencia: Departamento de Transporte de los Estados Unidos. Consecuencias económicas de las lesiones en accidentes de automóvil, volumen 1 (Washington: Oficina de Imprenta de los Estados Unidos, 1970), página 47.

Recomendaciones del DOT. El estudio DOT hizo las siguientes recomendacioens sobre el método para resolver los problemas descubiertos en dicho estudio:

1. Después de algunos experimentos y pruebas, los cuerpos legislativos de los Estados debieran propugnar un seguro obligatorio del asegurado principal que cubra todas las pérdidas económicas que exceden de ciertas cantidades razonables que se aceptan voluntariamente como franquicias.
2. El seguro obligatorio del asegurado principal sería suplementado por la cobertura adicional y voluntaria de responsabilidad por encima de los límites del seguro de asegurado principal.
3. Las víctimas debieran conservar su actual derecho de demanda por culpa de las pérdidas específicas e intangibles, tales como el daño moral, pero restringiendo este derecho a los casos verdaderamente graves.
4. La industria del seguro privado, y no las agencias públicas, deberían administrar las leyes.
5. Los beneficios de las víctimas de un accidente se otorgarían de tal forma que la cobertura de automóvil constituyera el seguro primario, y los otros medios de indemnización (por ejemplo, la Cruz Azul) fueran secundarios, evitando así la duplicidad de cobertura.
6. Debería reforzarse el interés en la rehabilitación de la víctima.
7. Los beneficios otorgados por la cobertura del asegurado principal tendrían aproximadamente la siguiente magnitud: costes médicos, 100 por 100, sujeto a una pequeña franquicia; pérdida de ingresos, hasta 1.000 dólares por mes durante tres años, dentro de períodos de espera razonables a discreción del asegurado; beneficios por muerte, 1.000 dólares por persona, con montos mayores a opción del asegurado; pérdida de servicios por persona sin empleo (por ejemplo, amas de casa), hasta 75 dólares a la semana; daños a la propiedad en el vehículo asegurado, total o sujeto a franquicias, opcionales hasta —digamos— 1.000 dólares o un tercio del valor del coche; perjuicios a la propiedad de terceros ajenos al vehículo mismo, 10.000 dólares por accidente.

Ventajas esperadas. Hay varias ventajas contenidas en las recomendaciones del DOT, que comprenden:

1. El coste del seguro se reduciría con el sistema de no-culpa debido a la eliminación de exceso de pago en las reclamaciones pequeñas, duplicidad de beneficios, honorarios de abogados y costes judiciales, aceptación voluntaria de las franquicias que simplificarían las liquidaciones y la puesta en marcha de un sistema de tarifas más técnico, donde se reflejarían las características de seguridad de los vehículos y su susceptibilidad al daño. El factor principal de aumento de los costes del seguro sería la compensación a las víctimas mal compensadas actualmente. Se espera, sin embargo, que el resultado neto sería el de reducir los costes del seguro.
2. El sistema se propone proteger a las víctimas de accidentes automovilísticos más que atender las necesidades de los áutores de los da-

ños. Estas víctimas sabrían con antelación cuáles son sus beneficios y se evitarían la incertidumbre de ir a los tribunales o tener que probar la culpabilidad. Se reducirían también la demora en las liquidaciones.

3. Se estimularía la prevención de las pérdidas mediante la producción de coches y carreteras más seguros.
4. Se dispondría más fácilmente del seguro debido a la disminución del riesgo a asegurar.
5. Se estimularía la competencia en los seguros debido al menor riesgo a asegurar [34].

Argumentos contra la no-culpa. Según un estudio de sondeo de la opinión pública, realizado por la DOT, quienes se oponen a la no-culpa o favorecen el mantenimiento del actual sistema de responsabilidad por agravio, constituyen una minoría. Este mismo estudio explica que los demandados que sufrieron lesiones en accidentes de automóvil se dividieron en dos grupos, de acuerdo con los que habían o no obtenido compensación por responsabilidad por agravio. Alrededor del 10 por 100 de las víctimas que sí consiguieron compensación por culpa se oponían a la idea de no culpa frente a un 12 por 100 que no habían cobrado nada. Entre cerca de 460.000 víctimas encuestadas, se opusieron alrededor del 22 por 100 [35].

Los principales argumentos de las víctimas lesionadas que se oponían a la no-culpa, se basaban en las siguientes opiniones: «la persona culpable debiera pagar» (33 por 100), «la expectativa de mayores costes de seguros» (36 por 100), «no sería justo» (6 por 100) y «conduciría a una conducción descuidada» (9 por ciento). Se comprobó que el público en general tenía la tendencia a estar más satisfecho con su experiencia del seguro que los que habían sido seriamente lesionados.

Tal vez el grupo más poderoso que se opone a la idea de «no-culpa» son los abogados que se especializan en los juicios por daños originados del sistema de responsabilidad por culpa. Los abogados parecen oponerse al concepto de inculpabilidad por dos razones principales: Primera, muchos de ellos temen que

[34] Departamento de Transportes de los Estados Unidos, *La pérdida por accidente de vehículo motorizado y su compensación en los Estados Unidos* (Washington, D. C.: Oficina de Imprenta del Gobierno de Estados Unidos, 1971), pp. 133-146.

[35] Departamento de Transporte de los Estados Unidos, *Anexo sobre las actitudes del público en las consecuencias económicas de lesiones por accidentes automovilísticos* (Washington: Oficina de Impresiones del Gobierno de los Estados Unidos, 1970), p. 41.

disminuiría el número de casos presentados ante los tribunales, con la consiguiente reducción en sus honorarios. Segunda, otros piensan que si se restringe el derecho de demanda por lesiones de automóviles, otras áreas sufrirían más adelante restricciones similares. El derecho personal de cobrar perjuicios de los individuos culpables es un elemento fundamental de nuestro sistema jurídico que defiende la libertad e independencia individuales. En otras palabras, los sistemas del seguro del automóvil basados en la inculpabilidad pueden sentar un precedente legal peligroso. Ambas razones no resisten un análisis crítico. En primer lugar porque la mayoría de las propuestas de promulgación de leyes de inculpabilidad no eliminan el derecho a demandar cuando el perjuicio es grave. Es, por tanto, dudoso que los ingresos de los abogados se vieran restringidos, ya que los honorarios más importantes provienen, de todas formas, de los casos graves. En segundo lugar, porque ya se ha sentado el precedente del principio de inculpabilidad en la promulgación de las leyes de accidentes del trabajo que suprimen el principio de culpa como base de liquidación para casos de daños ocupacionales.

Leyes de inculpabilidad. La primera en experimentar el principio de la inculpabilidad fue la provincia canadiense de Saskatchewan, cuyo plan prevé un programa de indemnizaciones similar al de las leyes de accidentes del trabajo, de tal modo que la solución compensatoria para una víctima lesionada con un brazo o pierna rotos estaría así especificada en la ley. Sin embargo, se reserva el derecho a presentar una demanda para pérdidas más graves. La ley también ha dispuesto que un monopolio asegurador con control estatal emita todo el seguro de responsabilidad civil relacionado con este plan. Otra innovación del Canadá es la ampliación opcional de una cobertura limitada de inculpabilidad en las pólizas de automóviles ordinarias para aquellos conductores que salgan del país. Mediante una prima de 8 dólares la cobertura del conductor puede subir hasta 5.000 dólares por muerte, pérdida de algún miembro y pérdida de la vista, y hasta 35 dólares a la semana para casos de invalidez por accidentes ocurridos fuera del Canadá.

Hasta 1968, año en que Puerto Rico promulgó esa ley, ninguna jurisdicción de los Estados Unidos había aprobado una ley de inculpabilidad. Diversos grupos e individuos han estudiado el problema y propuesto un ejemplo de legislación. Entre las propuestas más conocidas figuran las del plan de protección básica de Keeton y O'Connell, el plan de inculpabilidad de la American Insurance Association, un plan propuesto por el anterior Comi-

sario de Seguros de Connecticut, William R. Cotter, y un plan[36] propuesto por el senador Philipp Hart, Presidente del Comité Antimonopolio Judicial del Senado. Aunque los detalles y enfoque de estos planes difieren de algún modo generalmente siguen los principios recomendados por el Comité de estudios del DOT.

Existe una variedad considerable entre las leyes aprobadas hasta la fecha. Delaware, Florida, Illinois, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Nueva Jersey, Oregón, South Dakota y Virginia han aprobado leyes de inculpabilidad, pero los estatutos de cuatro de estos Estados (Connecticut, Florida, Massachusetts y Nueva Jersey) prohiben los juicios de responsabilidad por culpa bajo ciertos límites. Es posible que las leyes experimenten todavía mayor evolución hasta la creación de un patrón básico sobre una base de relativa estabilidad. Una comparación de las leyes de inculpabilidad de Massachusetts, Florida y Delaware nos van a dar una idea de las variaciones que se advierten.

La ley de Massachusetts, conocida como plan de Protección de Lesiones Personales, contiene las siguientes disposiciones principales:

1. El asegurado cobrará de su propia Compañía de Seguros las reclamaciones no superiores a 2.000 dólares. Estas reclamaciones incluyen gastos médicos y funerarios hasta el 75 por 100 de los salarios perdidos.
2. Se autorizan las reivindicaciones basadas en responsabilidad por culpa para reclamaciones que excedan de 2.000 dólares.
3. No podrán presentarse reclamaciones por daño moral bajo la responsabilidad por culpa, a menos que los gastos médicos excedan de 500 dólares, salvo en el caso de que la lesión cause la muerte, la pérdida de miembros, la desfiguración grave y permanente o la pérdida de la vista o del oído.
4. El daño a las cosas no está cubierto, y las reclamaciones de responsabilidad por culpa pueden corresponder a esta clase de reclamaciones.

El plan de protección por lesiones personales modifica el estatuto de responsabilidad obligatoria de Massachusetts. y excluye las reclamaciones provenientes de lesiones industriales para evitar duplicidad de indemnización bajo los estatutos del seguro de accidentes del trabajo. Los aseguradores pueden negarse al pago

[36] El plan se llama Ley del Seguro Uniforme de Vehículos Motorizados, presentado al Senado de los Estados Unidos en 1970 y modificado en julio de 1971.

en el caso de que el conductor del automóvil, al cometer el delito, se hallara bajo los efectos del alcohol o de drogas, causando deliberadamente un daño a sí mismo o a terceros. La inmunidad por reclamaciones de responsabilidad por culpa hasta 2.000 dólares no se aplica a los accidentes ocurridos fuera de Massachusetts. Una modificación a la ley prohibe cancelar la cobertura a los asegurados que tengan un expediente de accidentes limpio y que no tengan antecedentes como drogadictos o alcohólicos y que cumplan con los requisitos de la licencia. Los no residentes implicados en accidentes en Massachusetts pueden obtener compensación bajo la póliza de responsabilidad por culpa en la forma de costumbre; sin embargo, los no residentes, pasajeros de un coche protegido por esta ley pueden tener derecho a sus beneficios. En la definición de beneficios no se incluye asignación alguna a los miembros de la casa no empleados a los que se les impide realizar tareas por las que, de todas formas, no serían normalmente remunerados. El asegurado puede adquirir su cobertura con una franquicia variable de 250 a 2.000 dólares pero, debido a esta franquicia, no puede obtener, bajo responsabilidad por culpa, la recuperación del importe de cualquier pérdida sufrida. Los pagos que se realicen bajo las disposiciones de inculpabilidad son deducibles de las indemnizaciones que se pagarían finalmente por reclamaciones de responsabilidad por culpa. Los aseguradores de Massachusetts deben poner a disposición de todos los conductores márgenes de excedentes de responsabilidad civil de 10.000/40.000 dólares por lesión corporal y 5.000 por daños a la propiedad.

La ley de inculpabilidad de Florida, que es obligatoria, permite que la víctima de un accidente de automóvil reciba de su propio asegurador hasta 5.000 dólares para gastos médicos y pérdida de salario[37], autorizando juicios de responsabilidad por culpa sobre esta cantidad cuando las facturas médicas exceden de 1.000 dólares o la invalidez, la pérdida de ingresos y los gastos médicos exceden de 5.000 dólares. Asimismo pueden celebrarse juicios por dolor y sufrimiento.

Las leyes jurídicas de Florida por daños a las cosas inferiores a 500 dólares exigen que los turistas que permanezcan en el Estado 90 días, por lo menos, contraten la cobertura de inculpabilidad. En 1972 entró en vigor una reducción del 15 por 100 en las tasas para lesiones corporales y daños a las cosas, ya que

[37] El conductor de Florida puede cumplir con la ley mediante cualquiera de los siguientes métodos: el seguro de no culpabilidad; la prueba de un valor neto de 40.000 dólares, el envío de un resguardo de 25.000 o de un bono de garantía.

dichas tasas se aplican a la cobertura mínima. El Tribunal Supremo de Massachusetts declaró anticonstitucional la disposición para reducción de la tasa en la ley de ese mismo Estado.

En Delaware, la nueva ley fija límites más altos que en el Estado de Massachusetts o Florida, para los rescates de gastos médicos y pérdida de salario del asegurado principal, pero esa misma permite los juicios por daño moral. Los límites de reembolso por gastos médicos y pérdida de salario en Delaware son 10.000 dólares por individuo y 20.000 por accidente, además de 5.000 por daños a las cosas. Teóricamente la víctima de un accidente puede cobrar bajo su cobertura como asegurado principal y solicitar además un juicio de responsabilidad por culpa, por daño moral o angustia mental. La ley no contiene entonces el principio de inculpabilidad. Leyes similares han sido aprobadas en Oregon, Illinois y Dakota del Sur.

Se dan contrastes importantes en las leyes aprobadas hasta ahora. Existen grandes diferencias en el importe de la cobertura del asegurado principal, en el derecho a demandar por daño moral, en el derecho a presentar demanda de responsabilidad por culpa por importes pendientes bajo la cobertura de asegurado principal y el procedimiento seguido con las reclamaciones por daño a las cosas. El comité de estudio del DOT recomienda que los Estados experimenten enfoques diferentes hasta que se produzca un resultado satisfactorio. Sin embargo, hasta tanto no haya una homogeneidad razonable entre los diversos estatutos, existirá siempre un período bastante largo referente a la incertidumbre y confusión que sufre la víctima de un accidente. No cabe duda de que, gradualmente, se irán adoptando más leyes de inculpabilidad que traerán consigo la modificación sustancial de la ley de culpabilidad como solución básica para las víctimas no compensadas por los conductores sin seguro. Una mejora importante, y evidente, es que las nuevas leyes de inculpabilidad serán probablemente obligatorias para todos los automovilistas, mejorando así las oportunidades de compensación de la víctima. Sin embargo, en muchos aspectos, las leyes aprobadas hasta la fecha no reúnen las condiciones recomendadas por el comité del DOT.

● RESUMEN

1. El coste de los accidentes automovilísticos, en términos absolutos y relativos, ha ido aumentando constantemente en los Estados Unidos durante muchos años y plantea un problema serio sobre la manera más eficaz y equitativa de soportar la carga económica. Aunque el análisis de este capítulo se refiere a este problema y no al problema fundamental de las medidas a tomar para reducir la gravedad, frecuencia y coste de los accidentes automovilísticos, es necesario estudiar este último con mayor detenimiento antes de dar una solución definitiva al problema de distribución de costes.
   Si se conocieran las verdaderas causas de los accidentes se podrían adoptar medidas para tratar el riesgo, haciendo hincapié en la reducción del peligro. No necesita tanto énfasis la reducción del riesgo personal por medio del seguro privado, sea mediante algún tipo de fondo del Estado o por la asunción del riesgo de personas que no pueden hacerle frente. Un ejemplo de la importancia de este punto es la relación que existe entre la edad con la probabilidad de sufrir un accidente de automóvil. Actualmente a todo lo que los aseguradores tienden a fijar son tasas más altas para determinadas clases de conductores juveniles, sin tener un conocimiento efectivo de qué factores causales dan como resultado un índice de accidentes más alto en dichos conductores.
2. Debido a que un solo accidente de automóvil puede ser catastróficamente costoso a las víctimas, y dado que la probabilidad de pérdidas es relativamente alta, resulta que el seguro es el único método factible de protección contra el riesgo correspondiente.
3. Las disposiciones de la Póliza Familiar de Automóviles son representativas de las cláusulas que se establecen en la mayoría de los contratos para el uso del automóvil. La PAF es uno de los contratos más amplios que aseguran contra pérdidas debidas a la responsabilidad legal por negligencia, pagos médicos y daños físicos al vehículo. Bajo las cláusulas de la PAF, las palabras «asegurado» y «automóvil» quedan ampliamente definidas protegiendo al mayor número de propietarios de coche, sea cual sea el tipo de automóvil que conduzcan y otorgando casi la misma protección a cualquier otra persona que conduzca su automóvil con su autorización.
4. La cobertura de responsabilidad de la PAF cubre las pérdidas debidas a responsabilidad legal por daño a

la persona o a la propiedad de terceros, proveniente de la posesión, mantenimiento y uso del automóvil. La cobertura de pagos médicos asegura la pérdida debida a lesiones corporales accidentales de los ocupantes de un vehículo, sin tener en cuenta la culpabilidad del conductor asegurado. El seguro de daño físico reembolsa al dueño del automóvil de la pérdida física del vehículo producida por casi cualquier clase de peligro, haya sido causado o no el accidente por el asegurado.

5. Por ser tan importantes como básicas las definiciones, exclusiones y condiciones de la PAF, deben estudiarse cuidadosamente para poder estimar de manera correcta la extensión de la cobertura. En líneas generales, la cobertura que se otorga cuando el asegurado conduce coches ajenos es menos amplia que cuando lleva su propio vehículo.
6. El Departamento de Transportes de los Estados Unidos ha realizado en los últimos años detenidos estudios sobre el problema de compensación a las víctimas por lesiones corporales y daños a las cosas sufridos en las carreteras nacionales. Estos estudios han revelado la necesidad de reformar el sistema de responsabilidad por culpa para la indemnización de las víctimas de accidentes de carretera. Dicho sistema acusa graves defectos, como, por ejemplo, compensar a unos en demasía y escasamente a otros, altos costos de administración, falta de compensación a muchas víctimas y el pago a otras tras largas demoras.
7. Las leyes de responsabilidad financiera, el seguro de responsabilidad obligatoria, los fondos para sentencias incumplidas y las leyes de seguros de inculpabilidad figuran entre los distintos enfoques que han tratado de mejorar la eficacia del sistema de responsabilidad por agravio. Las últimas leyes citadas constituyen las medidas más recientes y existen únicamente en algunos Estados. Estas leyes de inculpabilidad representan una reforma básica en que, dentro de ciertos límites, el principio de culpabilidad no se toma en consideración y respecto a los beneficios a las víctimas es el asegurador propio quien las indemniza tomando como base el seguro del asegurado principal. Las leyes de inculpabilidad se encuentran todavía en fase experimental, pero se espera a través de ellas poder mejorar el sistema actual. Estas leyes, además, no sustituyen al seguro de responsabilidad, que sigue siendo indispensable para proteger al automovilista contra la pérdida por aquellos gastos derivados del accidente que sobrepasen los límites especificados en las leyes de inculpabilidad («no-fault»).

● PREGUNTAS DE REVISION

1. Entre las exclusiones de la sección de responsabilidad civil de la PAF, ¿corren por cuenta del asegurado las lesiones o la destrucción de las cosas «fuera de la residencia o garaje privado»? Desde un punto de vista de principios, ¿supone esto que la póliza tiene por objeto cubrir los perjuicios del propio garaje del asegurado, por ejemplo, al retroceder y destrozar la puerta del mismo? Razone su respuesta.
2. Por avería de su coche, «Y» toma prestado el de su hijo para hacer un encargo. El hijo, que convive con «Y», no lo tiene asegurado. Si «Y» tuviera un accidente, ¿le cubriría la PAF? Razone su respuesta.
3. «X» pide prestado a un vecino un pequeño tractor de jardinería y al devolvérselo arrolla el trineo de una tercera persona. ¿Cubrirá la pérdida la PAF? ¿Cuál es su opinión?
4. El hijo de «G» autoriza al vecino a conducir el coche de su padre creyendo que hace bien, pues el vecino es un buen amigo de la familia. De acuerdo con los términos de la PAF, ¿estaría cubierto el vecino mientras conduce el auto de «G»? ¿Por qué?
5. Analice las razones de la PAF para excluir las lesiones a los empleados del asegurado.
6. En la cuarta Conferencia anual de Compradores de Seguros de la Sociedad Americana de Dirección del Seguro, el ejecutivo de una gran compañía de seguros expresó que el público estaba ahora preparado para aceptar «un cambio básico en la ley de responsabilidad por culpa» y que en un futuro próximo sería posible que el criterio de compensación reemplazara al sistema actual, aunque algunos se opondrían basándose en que esto «descargaría al individuo de las consecuencias de su propio delito».

(a) Explique cuál era la idea del orador en cada una de las frases entrecomilladas. ¿Está usted de acuerdo con sus afirmaciones?
(b) Argumente en pro y en contra del sistema de compensación.

7. «Y» lleva un gran remolque arrastrado por su vehículo para sus vacaciones de invierno, que duran cuatro meses al año.
   (a) Suponiendo que los límites por daños a la propiedad son de 5.000 dólares, ¿qué cobertura le otorgaría a «Y» la PAF si el remolque daña el lateral de otro coche, ocasionando daños a sí mismo de 1.000 dólares y de 2.000 al otro coche?
   (b) ¿Sería su respuesta diferente si el remolque fuera de tipo pequeño para acampado, con camas para dos personas? ¿Por qué?
8. El hijo de un asegurado, trastornado mental y en estado de embriaguez, penetra a la fuerza en el vehículo cerrado del asegurado y tiene un choque mientras conduce a gran velocidad. Si el asegurado tuviera seguro combinado, aunque no contra colisión, ¿qué razonamientos llevarían a la conclusión de que el daño estaba cubierto en la PAF? Analícelo.
9. Un ladrón roba el coche del asegurado y lo estrella. ¿Es ésta una pérdida por colisión o por robo? Analícelo.
10. En el caso de Harris v. Allstate Insurance Company (309 N. Y. 72), el asegurado conducía velozmente por una parte de la carretera inundada de agua. Perdió el control del coche y éste cayó por un terraplén. El asegurado no tenía seguro contra colisión, sino el combinado. ¿Debe el asegurador pagar la reclamación?
11. Ha habido muchos casos de reclamaciones originadas por el salto de un animal encima del automóvil. En su opinión, ¿es esto un objeto que cae o una colisión? ¿Cuál es la diferencia? Analícela.
12. Un asegurado oyó un gran ruido en la parte baja del coche, pero prosiguió su camino. Después de haber recorrido más o menos una milla se detuvo el motor. El asegurado no examinó el coche, sino que lo hizo remolcar hasta el garaje más cercano, donde comprobaron que la pérdida del aceite por una perforación del cárter había quemado el motor. ¿Es responsable el asegurador? Si no lo es, ¿por qué no? Si lo es, ¿bajo qué clase de cobertura del automóvil? ¿Por qué?
13. ¿Puede llegarse a la conclusión de que los conductores en ciertas edades causan más accidentes de automóvil que lo normal? Analícelo, facilitando ejemplos. Si es así, ¿puede también llegarse a la conclusión de que la edad es un factor causal de los accidentes? Analice los pros y los contras de esta cuestión.
14. (a) ¿Es cierto que las mujeres causan más accidentes que los hombres? ¿Es verdad que las mujeres tienen un índice de accidentes más alto que los hombres? ¿Qué clase de información debe usted procurarse antes de llegar a cualquier conclusión sobre el índice de accidentes de hombres comparado con el de las mujeres? Para obtener dicha información consulte, por ejemplo, la última edición de «Estadísticas de Accidentes» del Consejo Nacional de Seguridad, que le facilitará un punto de vista imparcial sobre el asunto.
    (b) Realice una investigación similar para obtener respuestas a la siguiente pregunta: ¿Debe cobrarse más el seguro de automóvil a los agricultores que a los que viven en la ciudad?
15. John tiene un seguro de colisión sobre su coche con 50 dólares de franquicia, mientras que la de Jack es de 100. Si John pide prestado el coche a Jack y sufre un choque con daños por 2.000 dólares, ¿qué póliza cubrirá los mismos y por qué importes? ¿Por qué?
16. En un caso mencionado en la Farm Bureau Mutual Automobile Insurance Co. v. Boecher (48 N. E. 2d. 895), el asegurado se vio implicado en un accidente mientras conducía un coche que su patrón —un vendedor de automóviles— ponía a disposición de sus empleados. El asegurado, que nunca había conducido antes esta clase de vehículos, solicitó cobertura mediante su póliza particular del automóvil, que le fue denegada basándose en que la póliza excluía la cobertura de coches ajenos. Refiriéndose siempre a las disposiciones de la PAF, analice si la postura adoptada por el asegurador fue correcta o incorrecta.

17. Una publicación del ramo divulgó la siguiente historia: Un grupo de aseguradores está intentando dar un nuevo enfoque al seguro del automóvil. En sus contratos se otorga cobertura al automovilista, sea cual sea el tipo de vehículo que conduce, en contraste con la práctica común de «asegurar el automóvil», sea quien sea el que lo conduce. Los partidarios de este plan sostienen que la tendencia actual de conceder los créditos de clasificación «a un automóvil» (de acuerdo con los diversos planes de «conductor prudente») sin considerar quién lo conduce no tiene sentido. El nuevo contrato cubre sólo al asegurado nominal y no se extiende a nadie más, a menos que conduzca otra persona, siendo el asegurado su pasajero.
    (a) ¿Es cierto que la práctica común es la de emitir el seguro «sobre el automóvil»? ¿Cuál es el error en que se ha incurrido?
    (b) ¿Qué significación tiene el que los créditos de clasificación que se conceden actualmente a prueba sean erróneos bajo los planes de tasación por mérito?
    (c) ¿Cree usted que el nuevo enfoque del contrato aquí descrito satisface las necesidades de la familia media? Razone su respuesta. ¿Y las del negocio medio? Explique los pros y los contras.
18. Se ha insistido en que una manera de reducir las primas de seguros bajo una ley de seguro obligatorio de responsabilidad civil sería «asegurar al conductor en lugar del coche». En Massachusetts, por ejemplo, en vista de que en un año hubo 2.150.000 conductores autorizados y alrededor de 1.500.000 vehículos matriculados, se arguyó que la prima de seguro por cada conductor sería sólo el 70 por 100 de la tarifa corriente. ¿Es sólida la conclusión del argumento citado? Analice algunos de los errores posibles.
19. Un método propuesto para reducir el coste del seguro de responsabilidad civil del automóvil es el de emitir todas las pólizas con una cláusula de franquicia, digamos 50 ó 100 dólares. Se ha insistido en que esto no sólo haría que los conductores fueran más prudentes si saben que ellos mismos tienen que pagar los primeros 50 ó 100 dólares de cualquier reclamación, sino que también reduciría el coste de las compañías de seguros en las operaciones de pago por reclamaciones pequeñas.
    (a) ¿Estima usted sólidos estos argumentos? Razone su respuesta.
    (b) Según este convenio, ¿cuál sería la actitud probable de las víctimas de accidentes?
20. Un estudio del efecto del alcoholismo en los accidentes de carretera reveló que el 80 por 100 de las condenas por conducir en estado de embriaguez correspondía a bebedores en reuniones sociales, no alcohólicos confirmados. El estudio recomendaba un programa que tratara de educar al público de este tipo sobre los peligros de beber y conducir, además de la aplicación de penas severas a los que conducen después de haber bebido en exceso en una reunión social. Basado en estos descubrimientos, la ciudad de Chicago dirigió en 1970 una campaña de información pública de cumplimiento obligatorio durante las festividades de Navidad, con el propósito de desalentar al bebedor social. Se anunciaba que las personas que fuesen condenadas por conducir en estado de embriaguez irían a la cárcel por un mínimo de siete días y se les suspenderían sus permisos de conducir por un año. Estime la probabilidad de éxito temporal y a largo plazo de este programa.
21. Un representante de seguros manifestaba que la comercialización del seguro colectivo del automóvil a través del patrono, las asociaciones de crédito y las organizaciones de sindicatos obreros podía ayudar a resolver muchos problemas del seguro del automóvil. Sugiera algunos de los problemas que el seguro colectivo del automóvil puede ayudar a resolver. Demuestre cómo pueden resolverse estos problemas mediante el seguro colectivo.
22. ¿Cuáles son los mayores defectos del sistema de responsabilidad por culpa como indemnización a las víctimas lesionadas en accidentes de automóvil? ¿Qué grupo importante cree usted que se opondría vehementemente a la idea de suprimir el sistema de responsabilidad por culpa?
23. Analice la ley de su Estado sobre responsabilidad económica del automóvil. Compare sus disposiciones con las recomendaciones hechas por el Comité del DOT

como objetivos de reforma de la compensación automovilística o estatutos de no-culpa.

24. Analice los argumentos contra las leyes de inculpabilidad. Por ejemplo, ¿cree usted que estas leyes tendrán como resultado que los conductores se vuelvan más descuidados? ¿Qué opina sobre los otros argumentos? Analícelos.
25. En Oregón se aprobó en 1971 un plan de inculpabilidad con las siguientes provisiones: el plan requería que todas las pólizas del automóvil proporcionaran beneficio al asegurado, a sus pasajeros invitados y a los peatones atropellados por el asegurado. Se daría una cobertura de 3.000 dólares para gastos médicos, cobertura por pérdida de ingresos igual a la cantidad que sea inferior al 70 por 100 de la pérdida de ingresos o 500 dólares al mes durante cincuenta y dos semanas, y si la persona lesionada no trabaja, hasta 12 dólares diarios durante cincuenta y dos semanas. Todos los beneficios por ingresos están sujetos a un período de carencia de catorce días; el asegurado puede elegir una franquicia de 250 dólares por gastos médicos. No hay exenciones por culpa y no se modifica el derecho a demanda por daño moral. El plan no cubre el daño a las cosas. En el otoño de 1971 se informó que, como resultado de la nueva ley, se esperaba que las tarifas de seguro en Oregón subieran entre el 8 y el 15 por 100.
    (a) ¿Está este plan en concordancia con las recomendaciones del comité de estudio de la DOT? Afirme o niegue.
    (b) ¿Por qué se esperaba que las tasas subieran con la aplicación de este plan, en vez de bajar, como se esperaba de los otros planes de inculpabilidad?

17

Seguro contra el Fraude y los fallos humanos

El acto criminal es uno de los riesgos más graves y menos asegurados en los Estados Unidos. Se calcula en menos del 10 por 100 las pérdidas causadas por el crimen que están aseguradas. Aunque no se dispone de estadísticas, los hechos sugieren que las pérdidas causadas por el crimen organizado son inmensas. Este problema ha alcanzado tal seriedad en los Estados Unidos, que el Gobierno federal se ha introducido en el campo del seguro contra el robo y el hurto. (Ver el Capítulo 25, donde se estudian los programas federales.)

PERDIDAS DEBIDAS AL ROBO

Las pérdidas por robo han ido aumentando constantemente en los Estados Unidos, tanto en cifras absolutas como en relación a la población. Las estadísticas recopiladas por el Federal Bureau of Investigation de los Departamentos de Policía de todo el país acerca del número de delitos contra la propiedad durante el período 1960-71 se reflejan en la Tabla 17-1. Estas cifras muestran que los robos, hurtos, robos de autos, etc., se han triplicado en ese período de once años. Durante el mismo, la población del país aumentó en sólo un 10 por 100, mientras el crimen aumentó en un 11 por 100 en un solo año, 1971.

La Oficina de Comerciantes Minoristas (OCM) realizó un es-

tudio de las consecuencias y tipo de pérdidas criminales en base a una muestra de 5.200 firmas comerciales que representaban a la población comercial de U. S. A. de 8.000.000 de firmas en 1967-1968.

Los resultados, que se muestran en la Tabla 17-2, representan la primera información existente de este tipo. Las pérdidas criminales totales fueron estimadas en más de tres mil millones de dólares en 1967-68, de las cuales el robo representó el 31 por 100 y el vandalismo el 27 por 100. Otros tipos de delitos, en orden de magnitud relativa, fueron la ratería en las tiendas, robo por los empleados, cheques sin fondos y hurto.

Tabla 17-1

NUMERO DE DELITOS CONTRA LA PROPIEDAD (1960-1971)

(en miles)

Año	Robo	Hurto	Ratería	Robo de autos	Total
1960	107	897	506	326	1.836
1965	138	1.261	729	493	2.684
1969	298	1.950	1.513	872	4.633
1971	386	2.368	1.875	942	5.571

Fuente: *Federal Bureau of Investigation*, citado en «Insurance Facts 1972» (New York: Insurance Information Instituts, 1972), p. 60

Los daños económicos totales causados por el crimen se estiman en mucho más que los tres mil millones de dólares de pérdida directa en los negocios. Una estimación coloca el daño económico total en 20,9 mil millones de dólares en 1965. Aquí se incluye el costo del crimen contra las personas y la propiedad, el de actividades ilegales, tales como juego y narcóticos, y el de sistemas policiales y legales, seguro y equipo para prevenir las pérdidas [1], lo que significa un costo aproximado de un dólar por persona en los Estados Unidos.

[1] Comisión Presidencial para Aplicación de la Ley y Administración de la Justicia, The Challenge of Crime in Free Society, 1967, informe en U. S. Department of Commerce, Statistical Abstract of the United States, 1969, p. 144.

Las pérdidas por robo y hurto, a pesar de la importancia que tienen, no están cubiertas en su totalidad por el seguro. De acuerdo a un estudio de la OCM, se constataron alrededor de mil millones de dólares en pérdidas por hurto y robo en 1967-68. El total pagado por las compañías de seguro por pólizas que cubrían estas pérdidas se aproximó en 1968 a los 60 millones, o sea, sólo un 6 por 100 del total [2]. El crimen es más frecuente y causa mayores pérdidas a los pequeños comerciantes. Como se indica en la Tabla 17-2, las firmas cuyos ingresos estaban debajo los 100.000 dólares sufrieron treinta y seis veces más por pérdidas criminales, en relación a sus ingresos brutos, que las firmas más grandes. Los pequeños establecimiento fueron asediados con mayor dureza por todos los tipos de crimen excepto cheques falsos, que alcanzaron mayor intensidad en las de tamaño intermedio debido a que las firmas muy pequeñas conocen mejor a sus clientes o son más cuidadosas en su identificación antes de aceptar cheques. Las pérdidas criminales tienen una tendencia a ser mayores en los *ghettos* y menores en las áreas rurales para todo tipo de crímenes, excepto cheques falsos, que tienden a caracterizar a todas las áreas en modo uniforme. Las firmas pequeñas con menos de 100.000 dólares de ingresos constituían cerca del 86 por 100 del total, representaban el 9 por 100 de los ingresos totales pero sufrieron el 29 por 100 de las pérdidas. Para éstas, dichas pérdidas representaron el 0,71 por 100 de sus ingresos, la pérdida relativa más alta de cualquier grupo. Las firmas más importantes perdieron sólo el 10,02 por 100 de sus ingresos [3]. Por ello, los costos del seguro para firmas pequeñas tienden a ser más altos que para las grandes compañías.

Exceptuando los automóviles, se recupera una cantidad bastante pequeña de la propiedad robada. La información del FBI sugiere que mientras cerca del 85 por 100 de los automóviles son encontrados, sólo el 12 por 100 de los otros objetos robados son devueltos a sus propietarios.

[2] 1969. *Loss and Expenses Ratios* (Departamento de Seguros de Nueva York, 1970), p. 170.

[3] Oficina de Comerciantes Minoristas, *Crime Against Small Business*, Senate Document 91-14 (Washington, U. S. Government Printing Office, 1969), p. 25.

Tabla 17-2

PERDIDAS POR DELITOS EN LOS ESTADOS UNIDOS (1967-1968)

Pérdidas	Hurto (dólares)	Robo (dólares)	Vandalismo (dólares)	Ratería en tiendas (dólares)	Robos de empleados (dólares)	Cheques ilegales (dólares)	Total (dólares)
Cantidad (en millones)	958	77	813	504	381	316	3.049
Porcentaje	31	3	27	17	12	10	
Por tamaño del negocio, índices de la proporción de pérdidas a ingresos:							
Total	100	100	100	100	100	100	100
Bajo 100.000	357	333	283	225	350	50	323
100.000-1.000.000	200	167	167	250	300	200	205
1.000.000-5.000.000	129	133	167	50	250	50	127
Sobre 5.000.000	7	1	17	8	20	25	9
Porcentaje de negocios robados o asaltados según ubicación:							
Total	14	2	15	15	8	37	
Ghetto	28	9	37	24	11	30	
Centro de la ciudad, fuera del ghetto	18	3	18	14	10	33	
Suburbios	16	2	17	15	9	31	
Zona rural	9	1	9	15	4	36	

Fuente: Oficina de Comerciantes Minoristas, Crime Against Small Business, Senate Document, 91-14 (Washington: U. S. Government Printing Office, 1969), p. 24.

Desfalco

De acuerdo al estudio de OCM (ver Tabla 17-2), las pérdidas por robo de los empleados se estimaron en 381 millones de dólares en 1967-1968, o sea, cerca del 13 por 100 del total. Es muy posible, sin embargo, que éstas sean muy superiores a tal cifra, dado que los empresarios estafados no siempre están dispuestos a admitir que han sido engañados por sus propios empleados y, por lo tanto, algunas pérdidas quedan ocultas. La información del FBI sugiere que las pérdidas de «fidelidad» en 1969 alcanzaron a 1,8 mil millones de dólares, cerca de cinco veces la cantidad estimada en el estudio de OCM. Parece probable que tales pérdidas corresponden, por lo menos, al doble de las causadas por hurto y robo.

Una pequeña cantidad de las pérdidas de «fidelidad» son recuperadas mediante los seguros. En 1968, por ejemplo, los aseguradores pagaron cerca de 65 millones de dólares en pérdidas cubiertas por este concepto [4]. Esto representa el 17 por 100 de las pérdidas según el estudio citado, o el 3,6 por 100 de las estimadas por el FBI. Aparentemente, los empresarios son tan reacios a asegurar el riesgo de fidelidad como a reconocer su existencia. La Tabla 17-2 indica que la pequeña firma es la más propensa a sufrir el robo de los empleados. Esto debería hacer desaparecer el tópico según el cual el pequeño comerciante está tan cerca de su empleado que no corre grave peligro de pérdidas. Esta información demuestra también que los empleados no parecen tener más éxito en robar a una gran compañía que a una pequeña firma.

Falsificación

Las pérdidas por falsificación, debido a la entrega de cheques falsos, están entre los tipos más corrientes de fraude y, sin embargo, son las de más fácil prevención. La mayoría está causada por aficionados; se estima que sólo un tercio de las pérdidas totales por cheques son causadas por «profesionales». La falsificación se manifiesta comúnmente en la entrega de cheques completamente ficticios, aunque también es común la al-

[4] 1969. *Loss and Expenses Ratios* (Departamento de Seguros de Nueva York, 1970), p. 155.

teración de cheques legítimos o la firma falsa de ellos. La mayoría de los cheques falsos son entregados en supermercados, grandes almacenes, estaciones de servicio y bares donde se realiza gran cantidad de pequeñas transacciones y es poco corriente exigir una indentificación cuidadosa del individuo. La instalación de aparatos para fotografiar a cada persona que extiende un cheque y al cheque mismo ha reducido el pago con cheques falsos en los establecimientos que han adoptado ese sistema. Algunas firmas, sin embargo, especialmente las más pequeñas, no parecen dispuestas a tomar las medidas necesarias para prevenir estas pérdidas. Además de la objeción de algunos dueños acerca del costo de las medidas de control, piensan que exigir la identificación del cliente les puede originar una pérdida de clientela.

TRATAMIENTO DEL RIESGO POR DELITOS

La Administración puede tratar de manejar el factor riesgo en el supuesto de crimen según diferentes métodos; conviene destacar las asunciones, la prevención de pérdidas y el seguro. Todos ellos presentan deficiencias en algún aspecto. El método de la asunción puede llevar a la ruina. Los esfuerzos para prevenir pérdidas generalmente son fragmentarios y a menudo ineficaces. Los métodos de seguro adolecen de una selección adversa, unos costos muy altos y protección fraccionada debido a la parquedad de las deficiones de los riesgos.

Asunción

Es evidente que la técnica de asumir el riesgo ha tenido consecuencias adversas para muchas firmas comerciales. El estudio de OCM informaba que en tres ciudades, caracterizadas por un alto índice de criminalidad, Boston, Chicago y Wáshington, D. C., el 20 por 100 de las firmas entrevistadas en 1966 habían cerrado en 1968 y el 5 por 100 se había trasladado a otro lugar. Los índices de supervivencia eran notablemente más altos en aquellas áreas con una criminalidad más baja. Los comerciantes detallistas eran los que tenían menos posibilidades de sobrevivir[5]. Aun cuando este estudio no demuestra que el crimen

[5] HOWARD ALDRICH and ALBERT J. REISS, Jr.: *A 1968 Followup Study of Crime and Insurance Problems of Businesses Surveyed in 1966 in Three Cities*, «Appendix B en Oficina de Comerciantes Minoristas, Crime Against Small Business, Senate Document 91-14» (Washington: U. S. Government Printing Office, 1969), p. 146.

era la causa principal de la «mortalidad» comercial, la relación entre estos dos factores es manifiesta. Aunque la pérdida por esta causa representa apenas un 0,23 por 100 de las entradas totales, los resultados suelen ser catastróficos para algunas firmas.

Prevención de pérdidas

Los esfuerzos para prevenir las pérdidas criminales son, sin la menor duda, la mejor solución al problema, pero con una eficacia dudosa a largo plazo. La prevención de pérdidas se considera desde dos puntos de vista; aquellos esfuerzos que buscan una reforma de la sociedad para eliminar las causas básicas del crimen y los que atacan sus síntomas.

Las reformas sociológicas, económicas, políticas y legales son de una importancia crucial para obtener un éxito continuo en la prevención de las pérdidas criminales más importantes. Estas medidas deberían incluir esfuerzos para erradicar la pobreza, reformar las prisiones y el sistema judicial, agilizar la justicia y ayudar al criminal a adaptarse a la sociedad; investigaciones médicas para curar trastornos mentales y emocionales; una mejor planificación de la comunidad para evitar el hacinamiento y programas de mejoramiento de la educación.

Los esfuerzos para controlar el problema del crimen aliviando sus síntomas son también muy importantes. Entre éstos destacan la protección policial, los guardias particulares, alarmas contra robo, cerraduras y resguardos, mecanismos de rastreo y sistemas de percepción, que juegan un papel importante en la detección y disuasión del crimen una vez que el criminal ha comenzado su acción o ha decidido hacerlo. Sin embargo, el estudio de las tres ciudades a que hemos hecho referencia anteriormente, mostró que hay pocas pruebas de que la presencia de instrumentos de protección haya tenido el efecto de reducir la tasa de crímenes en áreas en que antes no existían[6]. Como conclusión, conviene indicar que las medidas de protección y prevención de pérdidas únicamente reducen los síntomas teniendo sus limitaciones como forma de encarar el riesgo de crimen. Medidas tales como programas comunitarios que enseñen a los ciudadanos a enfrentarse al crimen e informar acerca de éste; a reducir el peligro de pérdida (por ejemplo, haciendo un uso más extensivo de depósitos bancarios); la instalación

[6] *Ibid.*

de materiales de protección tales como vidrios especiales, para dificultar la entrada a las propiedades; y el uso de aparatos de alerta, por ejemplo, tienen un valor potencial.

El seguro

Aun con una rápida detección del crimen, con sistemas efectivos de acción judicial y programas de rehabilitación del criminal, parece que éste es un problema que siempre existirá en la sociedad. El seguro se mantiene como un medio potencialmente efectivo para repartir las pérdidas criminales inevitables entre los asegurados.

Desgraciadamente, el seguro muestra sus debilidades como forma de encarar los riesgos criminales. El seguro contra el crimen no es muy frecuente en los Estados Unidos y probablemente cubre menos del 10 por 100 de las pérdidas criminales totales, como ya se ha dicho anteriormente. Adolece de una selección inadecuada debido a la tendencia de los candidatos con mayor posibilidad de pérdidas (tales como casas de empeño, joyerías y venta de licores) a pedir una cobertura más amplia. Existe un riesgo moral debido a la tentación de los asegurados de sacar partido de las oportunidades y «montar» un robo o hurto con un cómplice para así cobrar la póliza en forma ilegal. A menudo es difícil establecer la cuantía de la pérdida debido a la deficiencia de los métodos de control de inventarios o la falta de registros adecuados. Por ejemplo, puede ser evidente el robo en una tienda detallista, pero el asegurado puede tratar de incluir en su denuncia las pérdidas que se deben a simple ratería o robo de los empleados. Puede resultar difícil para el tasador demostrar lo contrario.

Debido a sus altos costos, falta de oferta o inadecuada comprensión de éstos riesgos, muchos comerciantes no contratan estos seguros. El estudio de OCM muestra que, mientras cerca del 80 ó 90 por 100 de los comerciantes poseen seguros contra incendio sobre las construcciones o los bienes que ellas contienen, únicamente el 50 por 100 (38 por 100 en los *ghettos*) poseen seguros contra robo [7].

La razón principal aducida por los entrevistados para esta omisión consistía en la frase: «no hay necesidad para ello» o «no estoy en condiciones de hacerlo». En los *ghettos*, el 14 por 100 de los comerciantes respondieron que no pudieron conseguir una póliza y el 13 por 100 que no estaban en condiciones de

[7] Oficina de Comerciantes Minoristas, *op. cit.*, p. 133.

hacerlo. Cerca del 25 por 100 pensó que con una mentalidad práctica, el seguro les estaba vedado. La cancelación de las pólizas, su renovación por un monto de cobertura menor o más restrictivo y a costos más altos fueron algunos de los problemas que los comerciantes presentaron. Por ejemplo, el costo del seguro contra el robo en tiendas con mercaderías a la vista del público aumentó a más del doble en el período 1962-69. Así, una droguería en el distrito de Los Angeles, California, que pagaba 388 dólares por un seguro de 7.500 dólares en 1962, debió pagar 769 en el año 1969. Aumentos parecidos se registraron en otras ramas del comercio detallista, tales como tiendas de muebles, almacenes, joyerías, comercios de licores y casas de empeño [8]. A pesar del aumento de costos, el seguro contra el crimen no resulta lucrativo para los aseguradores. En consecuencia, tanto las sociedades anónimas como las compañías mutuas han sufrido, en general, pérdidas por su contratación (sobre todo en porcentajes de ganancias en cada uno de los años desde 1965 y 1969) [9].

Entre las soluciones propuestas para los problemas que caracterizan los actos delictivos se encuentran las siguientes:

1. Ofrecer un seguro contra el crimen a través del Gobierno Federal; en la actualidad se está tratando este método (ver el Capítulo 25).
2. Reducir las comisiones excesivamente altas de las agencias, que reducen los beneficios de los aseguradores y los desalienta para hacer más asequible un seguro contra el crimen a un precio que aumente su contratación.
3. Promover los seguros de grupo mediante asociaciones comerciales.
4. Hacer uso de franquicias y pólizas colectivas para lograr una mayor dispersión de los riesgos y, por lo tanto, una menor intensidad de riesgo para el asegurador.
5. Exigir un mayor cuidado en la prevención de las pérdidas como requisito para tener una mayor oferta de seguros.
6. Modificar las estructuras de los costos, haciendo del área metropolitana la base del cálculo de éstas, antes que el distrito. Esto tendería a reducír los costos para los comerciantes suburbanos y hacer que las firmas urbanas participasen en forma más equitativa en los costos del crimen [10].

[8] Administración Federal de Seguros, *Report on Availability of Crime Insurance and Surety Bomds in Urban Areas*, Appendix J (julio 1970).

[9] 1969. *Loss and Expense Ratios* (Departamento de Seguros de Nueva York, 1970), p. 170.

[10] HERBERT S. DENENBERG, *Insurance Study*, Apéndice F, en Oficina de Comerciantes Minoristas, Crime Against Small Business, Senate Document 91-14 (Washington: U. S. Government Printing Office, 1969).

A pesar de que el seguro no representa una solución completa al problema de los riesgos criminales, es uno de los métodos prácticos más directos por el cual las firmas pueden obtener una protección económica contra ellos.

SEGUROS CONTRA FRAUDES Y OTRAS GARANTIAS

Existen dos tipos básicos de protección económica contra las pérdidas catastróficas causadas por el crimen: las garantías o valores de fianza y de fidelidad y el seguro contra robo, hurto y atraco. Los valores de fianza y de fidelidad garantizan contra las pérdidas por fraude o incompetencia de individuos a quienes se ha concedido un crédito financiero o de otro tipo y que hacen un mal uso de esta confianza. Por su parte, el seguro contra el robo cubre contra las malas acciones de los individuos que no gozan de una posición de confianza.

El seguro frente a las garantías

Una garantía es un instrumento legal mediante el cual una parte (el fiador) acepta indemnizar a una segunda (el acreedor) en caso de sufrir una pérdida debida al incumplimiento del asegurado (deudor). Ejemplo, si el firmante de un contrato entrega una garantía al dueño de un edificio, el fiador indemnizará a éste si el firmante no cumple con sus obligaciones y, por lo tanto, causa una pérdida al propietario.

Una garantía tiene cierta semejanza con un contrato de seguro, pero existen algunas diferencias importantes que deben tenerse en cuenta:

1. El contrato de garantía incluye tres partes, mientras el de seguro sólo involucra a dos.
2. En el caso de las garantías, si el deudor no paga y el fiador indemniza al acreedor, tiene derecho a tratar de recobrar lo perdido del deudor. En seguros, el asegurador no tiene derecho a recobrar del asegurado dado que esto sería contrario al espíritu del contrato.
3. En el caso de las garantías el fiador considera como su función básica la concesión de crédito a cambio de cierta cuota. No espera tener pérdidas y se reserva el derecho legal de recobrar del deudor negligente. El contrato de seguro se suscribe suponiendo que habrá pérdidas y es considerado por sus administradores como un medio de diluir las mismas entre los componentes del grupo asegurado.
4. La naturaleza del riesgo es diferente. Normalmente, una garantía cubre frente a la honestidad de un individuo, así como su capacidad para responder, aspectos que pueden ser normalmente controlados. En cambio, en teoría, el contrato de seguro cubre pérdidas fuera de su control.
5. Finalmente, el contrato de seguro puede ser anulado por cualquiera de las partes y el impago de las cuotas o el incumplimiento de las condiciones son base para que el asegurador pueda eludir las responsabilidades. En cuanto a las garantías, el fiador es responsable, a través del aval, ante el beneficiario, a menos que haya un fraude por parte del deudor. Además, la garantía no puede ser cancelada hasta constatarse que el fiador ha cumplido con todas sus obligaciones.

Garantías de fidelidad y seguridad

De una forma estricta, todas las garantías son valores de fianza, pero es conveniente clasificarlas como de fidelidad y de seguridad.

Las garantías de fidelidad indemnizan a un empresario por todas las pérdidas que haya sufrido de manos de empleados deshonestos. En este sentido tales garantías son difícilmente distinguibles de un seguro, desde el punto de vista del empresario. Desde un punto de vista técnico hay tres partes en una garantía de fidelidad; el empresario (acreedor) el empleado (deudor) y el asegurador (fiador), pero en la práctica solamente participan dos, el empleado y el fiador, e incluso a menudo los empleados ni siquieran son mencionados por su nombre, ya que están cubiertos como grupo. La garantía puede ser anulada por el fiador o por el empresario, y el fiador tiene el derecho de subrogarse contra los empleados culpables. Es decir, hay muchos detalles en que las garantías (fidelidad) siguen las normas del contrato de seguro.

Las garantías de seguridad, conocidas a veces como garantías financieras, son contratos en los que intervienen tres partes: el principal, la persona protegida (obligado) y el asegurador (fiador). Por ejemplo, el principal puede ser un contratista que ha acordado con el obligado la construcción de un edificio de determinadas características. Si el contratista falla en lo estipulado, el fiador debe «indemnizar» al propietario y tiene el derecho a recobrar del contratista cualquier pérdida sufrida.

Cláusulas de garantía de fidelidad

Se puede clasificar en dos grupos: (1) aquellas en que un individuo es incluido expresamente, ya sea por mención de su nombre o de su posición en la entidad y (2) aquellas en que ve a todos los empleados de una categoría determinada. Estas últimas pueden cubrir otros riesgos, además de la deshonestidad.

Garantías individualizadas. En ellas se incluyen determinadas personas para la cobertura. Si el empresario sufre cualquier pérdida debido a un acto deshonesto o criminal de dichos empleados, que actúan solos o en asociación con otros, el fiador indemnizará por la pérdida en la medida de sus responsabilidades.

Garantías abiertas. Tienen considerables ventajas sobre las individuales, lo que determina que su uso sea mucho más común entre las entidades comerciales. Tales ventajas son las siguientes:

1. Ofrecen una cobertura uniforme para todos los empleados, eliminando la posibilidad de una elección errónea del empleado a cubrir. Por ejemplo, un empresario puede creer que un obrero no está en posición de robar y no lo incluye en la garantía o lo hace por una cantidad muy baja. Sin embargo, este individuo resulta ser la persona que permite los robos o que coopera con otros en un plan para robar mercancías.
2. Los nuevos empleados son incluidos automáticamente, sin necesidad de notificarlo al fiador. De ese modo no es necesario reajustar las cuotas cuando los empleados entran y salen o cuando se contrata personal eventual de temporada. La única exigencia es que el nuevo empleado rellene un formulario para que la compañía garante pueda realizar una investigación sobre él.
3. En caso de ocurrir alguna pérdida, no es necesario identificar a los empleados implicados para recibir la indemnización, como en el caso de las garantías individuales. Basta demostrar que la pérdida es debida a una falta de lealtad de parte de los empleados.
4. Dado que las garantías abiertas están sujetas a créditos por grandes cantidades, su costo suele ser mayor que el de las individuales.

Condiciones importantes de las garantías de fidelidad

Continuidad de la cobertura. La mayoría de las garantías de fidelidad son continuas, hasta su cancelación por alguna de las partes. No tienen fecha de vencimiento, sino de renovación. La cuota puede ser pagada anualmente o por un período de tres años al costo de dos veces y media la cuota anual. En este último caso, el pago puede hacerse de una sola vez al comenzar el contrato, repartirse a lo largo de todo el período, 50 por 100 el primer año, 30 por 100 el segundo y 20 por 100 el tercero. La garantía no expira después de un año como en el caso de muchos contratos de seguro. Sin embargo, la inclusión de cualquier empleado es cancelada en forma automática en el momento en que el empresario se entera de cualquier acto deshonesto o fraudulento que haya cometido, ya sea antes o después de haberlo contratado.

Garantías no acumulativas. La garantía es la cantidad máxima pagadera por cualqiuer pérdida o por cualquier empleado. Este puede estar robando 5.000 dólares cada año por un período muy largo, pero si la garantía total es de 5.000, ésa será la cantidad total pagadera por las pérdidas a él atribuibles.

Pérdidas cubiertas. Las garantías de fidelidad cubren generalmente sólo las pérdidas que ocurren mientras está vigente el contrato y han sido descubiertas durante este período o, durante lo que se conoce por «período de descubrimiento», usualmente de dos años después de su expiración. Si la pérdida ocurre antes de la entrada en vigencia, no está cubierta. Algunas compañías suscriben lo que se conoce por «valores de descubrimiento», de acuerdo a los cuales la pérdida está cubierta si es descubierta durante la vigencia del contrato o dentro de cualquier período posterior a su cancelación, independientemente del momento en que ocurrió. Estas garantías son recomendables para empresarios que no han cubierto a sus empleados con anterioridad, ya que no es posible saber con antelación por cuánto tiempo ha podido estar robando un empleado.

Riesgos cubiertos. La mayoría de las garantías de fidelidad cubren cualquier acto deshonesto o criminal de los empleados, pero algunas limitan la cobertura a ciertos actos, tales como ratería y desfalco.

Salvamento. Los bienes recobrados de los robos de los empleados son entregados al fiador una vez que éste ha indemnizado completamente al empresario. Si el fiador no ha indemnizado plenamente al empresario, por ejemplo, porque la pérdida excedía de la cobertura, algunas garantías contienen una cláusula de salvamento a prorrata, que estipula que el salvamento será dividido entre el fiador y el empresario en proporción a la pérdida de cada uno.

Bienes cubiertos. Las garantías que cubren la deshonestidad de los empleados no restringen normalmente el tipo de propiedad asegurable. Cubren robos de dinero, mercaderías, títulos, equipos o cualquier otra propiedad. Los bienes no tienen que pertenecer al asegurado, sino que basta tan sólo con su posesión por cesión de terceros frente a los cuales sea responsable legal. A veces se establecen límites territoriales contra el robo. Así, la cobertura de empleados que se encuentran permanentemente fuera de los Estados Unidos debe ser establecida mediante negociaciones específicas con el fiador.

Restablecimiento. Cuando se produce una pérdida, surge la pregunta respecto al destino de la garantía restante disponible para otras pérdidas. En las garantías generales hay un reajuste automático de sus límites (cláusula de restablecimiento) inmediatamente después del pago de la pérdida. De hecho, en las garantías comerciales con un límite, por ejemplo, de 50.000 dólares, el pago de 30.000 por robo de un empleado no reduce la garantía de 50.000 dólares aplicable a robos de otros empleados, pero para el empleado que robó los 30.000 dólares, restan solamente 20.000 dólares para cubrir otros posibles robos suyos, independientemente del momento en que sean descubiertos. En el futuro, cualquier cobertura sobre este empleado quedará cancelada.

Seguro adicional. En las garantías que establecen límites al ser aplicadas a ciertos empleados, es conveniente a veces estipular coberturas más amplias para algunos de ellos. El uso de este sistema, aun cuando puede que sea más económico que una ampliación indiscriminada de los límites, significa que el empresario debe especificar a ciertos empleados bajo una mayor cobertura, lo que es siempre un proceso incierto, puesto que no es posible predecir qué empleado cometerá el robo.

Desaparición de existencias. Uno de los tipos más comunes

de pérdida causada por deshonestidad de los empleados es el robo de existencias. Sin embargo, la desaparición de existencias no implica necesariamente que un empleado sea culpable; ésta puede deberse a ratería, merma o evaporación natural o simple deterioro. En las garantías individuales no es posible recibir indemnización por una pérdida a menos que se identifique con toda seguridad al empleado desfalcador. En las garantías abiertas o generales, en que no se exige la identificación del empleado culpable, surge la incógnita sobre si se debe indemnizar la pérdida en el caso de una desaparición de existencias anormal y en que la única razón aparente de ello es el fraude de los empleados.

Clases de garantías de seguridad

Las garantías de seguridad de fianza pueden ser clasificadas en tres grupos: de construcción, legales y diversas.

Garantías de construcción. Se clasifican como garantías de construcción, licitación, finalización y protección del propietario.

Garantía de contrato de construcción. Garantizan que los contratistas dedicados a las actividades de la construcción completarán su trabajo de acuerdo a los términos del contrato y harán entrega del trabajo al dueño en la forma establecida, libre de cargas y gravámenes. Para el propietario, especialmente en el caso de corporaciones o municipios que asignan los contratos de grandes proyectos a la oferta más baja, esta garantía es un mecanismo indispensable para su seguridad económica. Un propietario sólo debe asignar el contrato a la oferta más baja sabiendo que existe una tercera parte garante. Sin la garantía, el propietario no puede estar seguro de que quien haga la propuesta más baja será capaz de cumplir con el contrato al precio establecido. Con ella, el propietario sabe que si el contratista no cumple, el fiador le indemnizará por la pérdida. El costo de esta garantía está compensado con creces por el hecho de que los propietarios pueden aprovechar las ventajas de una oferta competitiva, con el ahorro consiguiente. Desde el punto de vista del contratista, también le es muy conveniente ya que le coloca frente a los demás competidores con presupuestos más elevados en una posición favorable, ya que su oferta no será mirada con recelo por ser la más baja.

Garantías de licitación. Garantizan que si al concursante le es asignado el contrato, de acuerdo con su presupuesto y condiciones, firmará el contrato y la garantía de construcción. Por lo tanto, la garantía de licitación implica los mismos riesgos que la de construcción.

Garantías de finalización. Las garantías de licitación y de construcción se exigen para proteger al propietario. La de finalización, en cambio, la exige el prestamista o el acreedor hipotecario, el cual puede tener también un interés en la propiedad en virtud de contratos de financiación. Se garantiza que la persona que recibe el dinero para el proyecto (sea el contratista o el propietario) lo usará solamente en éste y entregará al prestamista la construcción o proyectos terminados, libre de cargas, como garantía de su préstamo.

Garantía de protección del propietario. Estipula que si el principal no cumple, el fiador tiene la obligación de hacerse cargo y completar la construcción o indemnizar el propietario por las pérdidas sufridas.

Garantías legales y diversas. Existe un gran número de garantías usadas en relación a diversos aspectos legales. Por ejemplo: *garantías fiduciarias* que afianzan a quien ha sido nombrado por los tribunales para administrar la propiedad de otros; *garantías procesales* que aseguran una cierta conducta por parte del defensor y el demandante; *garantías de licencia y permiso,* usadas a menudo para asegurar el pago de impuestos y honorarios; *garantías por pérdida de títulos,* que se exigen cuando un individuo pide la sustitución de títulos perdidos u otros documentos de valor; y *garantías* bonos *de funcionarios públicos* tendentes a garantizar que éstos llevarán a cabo sus obligaciones de acuerdo a la ley.

SEGURO CONTRA ROBO, ATRACO Y HURTO

El significado que se da en el ámbito del seguro a los términos robo, atraco y hurto es importante para comprender su extensión. A menudo estos términos se refieren a delitos realizados por individuos diferentes al asegurado, sus funcionarios, directores o empleados sobre los que es posible extender una cobertura de garantías de fidelidad.

La definición más estricta de *robo* comprende la sustracción ilegal de propiedades en el interior de locales cerrados, introduciéndose por la fuerza, debiendo haber marcas visibles que lo evidencien. Así, si un cliente se esconde en una tienda hasta después de la hora de cierre, o entra por una puerta sin llave, roba algunos objetos y abandona el lugar sin verse forzado a violar una puerta o una ventana, la definición de robo, como se entiende en una póliza contra el robo, no se aplicaría a este supuesto.

El *atraco,* por otra parte, se define como la toma ilegal de propiedades de otra persona ya sea por la fuerza o bajo la amenaza de ésta. El contacto personal es la clave para entender la característica básica del atraco. Por ejemplo, si un ladrón lesiona o mata al vigilante y luego le roba a él o al dueño, tal delito será considerado como atraco.

El *hurto* es un término amplio que, por lo general, no se define en los contratos de seguros. En general, puede considerarse como la sustracción de la propiedad ajena que no se ajuste a las definiciones de robo o atraco antes citadas.

Coberturas comerciales

Existe gran variedad de coberturas. A continuación examinamos unos cuantos ejemplos que van desde la cobertura más restrictiva a la más amplia.

Póliza contra robo de caja fuerte. Esta póliza, una de las más antiguas, restringe su cobertura a pérdidas debidas a violaciones de la caja fuerte o una bóveda descritas como caja de caudales del asegurado. La entrada debe estar patente mediante las marcas dejadas por herramientas, explosivos, electricidad o productos químicos. Si se usa la combinación de la caja fuerte o se manipula la cerradura, la cobertura no es aplicable. Si el propietario es obligado a entregar la combinación de la caja fuerte, tampoco se incluye, pues su cobertura queda garantizada por el seguro contra atracos. Sin embargo, el seguro contra robo de la caja fuerte concede la indemnización en caso de que ésta sea sacada del local, aun a falta de evidencia. Es posible determinar la pérdida revisando los libros y la contabilidad del asegurado. La pérdida de estos libros no está incluida en la póliza pero este hecho puede estar cubierto por otro tipo de contratos (por ejemplo, documentos de valor y cuentas por cobrar).

También están incluidos en este tipo de seguro el daño a la caja fuerte, al edificio o mobiliario, instalaciones o cualquier otra pertenencia que se encuentre en el local, siempre y cuando haya evidencia de un intento de robo a la caja fuerte. El robo de cualquier pertenencia (a excepción de libros y registros) está también cubierto, pero si el ladrón toma objetos que se encuentran fuera de la caja fuerte, el seguro no las incluye.

Las primas que se aplican a este tipo de seguro dependen de la resistencia al fuego y al robo de la caja fuerte y del peligro que entrañe el negocio en cuestión.

Pólizas contra robo de mercaderías a la vista del público (MVP). Cubre la pérdida por robo (entendido según la definición usual) o por atraco a un vigilante nocturno cuando los locales no están abiertos al público, de mercaderías, muebles, instalaciones y equipos que se encuentren en un escaparate o en una vitrina. El escaparate o vitrina pueden encontrarse fuera del local principal, pero deben estar dentro de los límites del edificio). El dinero o títulos no están incluidos en el seguro así como tampoco libros, registros, manuscritos o pieles sacadas de un escaparate roto desde el exterior. Existe un límite de 50 dólares por cada artículo de joyería y 100 por pérdidas en un escaparate que no se conecta directamente con el edificio desde el interior. La póliza cubre cualquier pérdida por daño al local y otras pertenencias durante el robo o atraco. Se excluyen los daños por vandalismo, actos malintencionados, guerra, pérdidas por incendio o en momentos de mayor riesgo y daño a las lunas de vidrio.

La MVP se suscribe con cláusula de coaseguro que exige al asegurado establecer una cobertura no menor que: (1) un cierto porcentaje del valor de la mercandería expuesta, que va del 40 al 80 por 100, o (2) una cantidad en metálico, llamada el límite de coaseguro, que varía con el tipo y ubicación del negocio. En caso de no hacer entrega de esta cantidad, el asegurado es indemnizado sólo en la proporción del seguro que ha suscrito con la cantidad total exigida por el asegurador. Esta disposición, incluida para evitar el infraseguro, puede ser ilustrada con el siguiente ejemplo: El propietario de una tienda de equipo pesado con un valor almacenado por 20.000 dólares puede decidir que los ladrones nunca podrán llevarse más de 5.000 de una sola vez, de modo que éste es el límite del seguro que suscribe. Sin embargo, el contrato de MVP exige el 40 por 100 como porcentaje de coaseguro y un límite de coaseguro de 10.000 dólares. Dado que el 40 por 100 del valor en almacén es 8.000

y esto es una cantidad menor que 10.000, el comerciante recibiría como indemnización sólo 5.000-8.000 o 5/8 de cualquier pérdida. Para evitar las consecuencias del coaseguro, el comerciante debe suscribir un seguro mínimo de 8.000. Puede obtener una reducción en las primas si acepta porcentajes o límites de coaseguro más altos.

Por una cuota adicional de cerca del 75 por 100, el comerciante detallista puede ampliar la cobertura del seguro MVP hasta incluir cualquier tipo de hurto, no sólo robo o atraco a un vigilante nocturno. La cobertura de los hurtos está sujeta a una deducción de 50 dólares y excluye las desapariciones normales de existencias. En caso de comerciantes mayoristas o fabricantes, el recargo adicional por cobertura contra hurtos representa el 40 por 100 de la cuota correspondiente a robo. El aumento de estas cuotas da una idea de la importancia relativa que los actuarios dan a los riesgos adicionales al ampliar la cobertura de robo o hurto.

Póliza de robo y atraco a comerciantes. Esta póliza está adaptada para satisfacer las exigencias típicas de los establecimientos detallistas. Cubre simultáneamente siete riesgos: (1) robo de cajas fuerte, (2) robo de mercancías a la vista del público, (3) daño a dinero, títulos, mercadería o equipo, a causa de robo o atraco, (4) robo de dinero o títulos en el propio domicilio o cajas nocturnas de un banco, (5) secuestro, en el sentido de obligar a un representante o vigilante permitir al ladrón el acceso al local con el fin de tomar dinero, títulos mercadería o equipo, (6) robo, fuera del local, al asegurado o su representante, y (7) robo dentro del local.

Para cada uno de los riesgos mencionados, la póliza establece un límite que va de 250 a 1.000 dólares. Se estipula un límite máximo de 50 dólares por robo de dinero o una caja registradora. También se limita a dos el número de recaderos asegurados en cada momento. Los tipos de prima varían de acuerdo a la clase de riesgo, la ubicación del establecimiento y la cobertura establecida. Las cuotas pueden variar entre un mínimo anual de 12,50 a 82,50 dólares por los primeros 250 cubiertos. La cobertura de 1.000 dólares equivale aproximadamente a dos veces y media la de 250.

Póliza amplia para dinero y títulos. Está concebida para satisfacer las necesidades de cualquier empresa comercial en cuanto a protección de dinero y títulos, sin límite en la cobertura. Además, el riesgo garantizado en esta póliza es más am-

plio que el simple robo e incluye la pérdida de dinero o títulos por cualquier tipo de destrucción y casi cualquier tipo de desaparición o sustracción, por ejemplo, si al contar papel moneda éste vuela por la ventana, si el fuego o el agua dañan papel moneda o títulos o si el dinero desaparece en forma misteriosa, la póliza responderá. Si se sustrae dinero de un cajón o una caja fuerte manipulando la cerradura, la póliza contra robos de cajas fuertes no será aplicable dado que esto no constituye un robo según las deficiones; pero la póliza amplia sí lo cubre. Además, la cobertura se extiende a daños en las instalaciones o en el mobiliario o equipo y a pérdidas de mercadería por robos en el interés. Hay que hacer notar que el robo de mercaderías no está asegurado y, por lo tanto, se necesita la póliza MVP para cubrirlo.

Los riesgos más importantes que se excluyen de esta póliza son guerra, falsificación (puede ser asegurada en forma separada, incendio (esta inclusión no se aplica a dinero o a títulos) y deshonestidad de los empleados. Propiedades tales como manuscritos y registros, lunas de vidrio y dinero en máquinas expendedoras (a menos que éstas tengan un control permanente y un aparato contador) están excluidas. También se excluyen las pérdidas por compra o cambio, errores de cálculo y emisiones. Ejemplo, si un funcionario da equivocadamente un cambio incorrecto o si se entrega un dinero por el precio de compra de una propiedad cuyo precio ha sido cambiado en forma fraudulenta, la póliza no lo cubre. Por otra parte si un ladrón simula ser el representante de un banco y roba una cantidad destinada a depósitos, la pérdida está cubierta aun si el propietario entregó voluntariamente el dinero al ladrón.

La póliza amplia de dinero y títulos se divide en dos partes: pérdida dentro y fuera del local. La cobertura fuera del local se limita a una desvalorización real, desaparición o sustracción de dinero o títulos a un recadero de un vehículo blindado de la compañía, o del domicilio del recadero. La pérdida de otros objetos por robo sólo está cubierta si ocurre junto al robo de dinero o títulos, o como resultado de un robo en el domicilio del recadero. La inclusión de bienes que se encuentran en el local se limita, en caso de no tratarse de dinero y títulos, sólo a los daños resultantes de un robo de la caja fuerte, asalto o tentativa de robo o asalto.

En caso de pérdida asegurada por esta póliza no hay reducción en capital asegurado para pérdidas posteriores. Además, el período de descubrimiento, una vez que ha expirado

la póliza, es de un año, durante el cual se pueden descubrir e indemnizar las pérdidas habidas durante la vigencia de la póliza.

Póliza por fraude, destrucción y desaparición. Esta póliza es un contrato que consta de cinco partes: fraude de los empleados; dinero y títulos dentro del local; dinero y títulos fuera del local; cobertura de órdenes de pago y dinero falsificado, y falsificación del depositante.

Las tres primeras partes de este contrato ya han sido analizadas en este capítulo; la cuarta indemniza al asegurado en caso de aceptar dinero u órdenes de pago ilegales o falsas.

La quinta, falsificación del depositante, cubre al asegurado por pérdidas sufridas al serle endosado un cheque, al recibir un cheque con firma falsificada o cuando un cheque entregado por el asegurador a la persona adecuada es endosado y cobrado por otro sin la autorización de ésta. Los costos judiciales y legales también están cubiertos por la póliza.

Cobertura personal

La póliza personal amplia contra robo es el tipo más importante de seguro que se ha puesto en el mercado para el particular. Esta póliza, que define el hurto como «cualquier tipo de robo», cubre contra pérdidas por hurto o desaparición de cualquier objeto del propio domicilio, de otro depositario, de un banco o de compañía fiduciaria. La póliza establece límites de responsabilidad según sea la pérdida dentro o fuera del local.

● RESUMEN

1. Las estadísticas muestran que los peligros de fraude y deshonestidad humana causan en total más pérdidas que otros riesgos. Aun así, el riesgo contra el crimen está infrasegurado en gran medida. Un lugar preponderante entre las razones lo ocupa la tendencia de las firmas comerciales en negarse a reconocer que los empleados de confianza pueden robar y de hecho lo hacen, y por otra parte, la falta de publicidad respecto de estos delitos.

2. Los dos tipos principales de protección contra estos actos delictivos son las garantías y el seguro contra robo, atraco y hurto. Las garantías protegen contra las pérdidas causadas por personas que ocupan una posición de confianza, mientras el seguro de robo protege de delitos cometidos por individuos del exterior.
3. Hay diferencias importantes entre las garantías y el seguro, y su comprensión es vital para entender cómo operan los contratos de protección contra el crimen. El aspecto básico es que las garantías proporcionan una cobertura financiera al fiador frente al principal o deudor.
4. Las garantías de fidelidad, que son similares en su operatividad a un contrato de seguro, pueden ser suscritas de diversas formas, que se adaptan a las necesidades particulares de la forma comercial. Cubren pérdidas debidas a fraude de los empleados, mientras que las de fianza constituyen una garantía financiera de la honestidad y capacidad del principal para responder de un acuerdo.
5. Las garantías de fidelidad son de duración indefinida, pero sus coberturas no son acumulativas. Generalmente cubren sólo aquellas pérdidas que ocurren en su período de vigencia y descubiertas dentro de los dos años a partir de su cancelación.
6. Los tipos más importantes de garantías de fianza son las de construcción, legales y diversos. Las de construcción tienen una influencia considerable en todos los contratos de construcción y su financiación en dos aspectos: facilitan los presupuestos competitivos y la libre competencia en esta importante industria, y permiten transferir los riesgos de construcción a personas o entidades más aptas para manejarlos, facilitando así el crecimiento de la industria y reduciendo los costos.
7. Los tres tipos más importantes de pérdidas por elementos extraños son el robo, el atraco y el hurto. Estos riesgos se definen a menudo en forma cuidadosa en los contratos de seguro y su significado difiere del atribuido a ellos por el profano, para quien no hay diferencias entre los términos.
8. Existen contratos de seguro contra cada uno de los tres tipos principales de riesgo criminal, tanto para uso personal como comercial. Además, existe una cobertura amplia contra pérdidas de dinero y títulos. El contrato más conocido es el de fraude, destrucción y desaparición, que cubre en un mismo contrato fidelidad, seguro amplio por destrucción de dinero y títulos y seguro contra falsificaciones y dinero falso. La póliza personal amplia contra hurto es quizá la más conocida y de mayor aplicación para individuos particulares.

PREGUNTAS DE REVISION

1. Un empresario descubrió que uno de sus empleados «tomó en préstamo» una pequeña cantidad de dinero de la compañía sin permiso. El empleado devolvió lo tomado y el empresario lo mantuvo en la plantilla. Dos meses más tarde, el empresario solicitó y obtuvo una garantía que cubría a todos sus empleados, pero no mencionó nada sobre el incidente. Posteriormente el mismo empleado fue sorprendido en otro robo y la compañía garante negó la indemnización. ¿En qué se basó para hacerlo? Explíquelo.
2. Un empresario tiene una garantía general con una cobertura de 10.000 dólares. Tres empleados cometen un fraude consistente en mantener en plantilla a empleados ficticios y sus nombres son falsificados en cheques de pago. La cantidad total del rodo es 36.000 dólares, de los cuales 12.000 fueron recobrados por el garante.
   (a) ¿Cuál es el importe pagadero al empresario según la póliza? Explique su respuesta.
   (b) ¿Cómo se distribuiría lo recuperado bajo una garantía con (1) una cláusula de recuperación total (2), una cláusula de recuperación a prorrata? Explique sus cálculos.
3. (a) Suponiendo que no hay recuperación en la pregunta 2, ¿habría sido más conveniente desde un punto de vista financiero que el empresario hubiese suscrito una garantía general con una cobertura de 25.000 dólares? ¿Por qué?
   (b) Exponga las ventajas de una garantía individual y una comercial. ¿Cuál preferiría usted?

4. La cláusula de restablecimiento no se aplica a la garantía individualizada general, como es el caso de la garantía general comercial. ¿Por qué?
5. Sugiera algunas razones de la falta de aceptación del seguro contra el crimen, a pesar de la advertencia constante de estos peligros que se hace en los medios de información.
6. Diversos estudios muestran que las pequeñas firmas sufren pérdidas relativas más altas que las más grandes. Sugiera las razones posibles de este fenómeno.
7. Resuma las diferencias principales entre: (a) garantías de fianza y de fidelidad y (b) las garantías y el contrato de seguro.
8. Un granjero aseguró a todo su personal financiero y de recolección mediante una garantía general. Uno de sus trabajadores hizo «arreglos» para comprar, como hobby, cajas vacías de madera para mantequilla a cinco centavos cada una. Meses más tarde se descubrió que había robado sistemáticamente mantequilla por valor de varios miles de dólares en las cajas vacías. ¿Cómo se podría haber asegurado el granjero de forma automática contra esa pérdida?
9. Estudiando la tendencia de los gerentes a ignorar las señales de peligro de pérdidas por fraude, un autor decía: «Además de no hacer caso a las señales de peligro, los administradores confían a menudo demasiado en sus propios sistemas de alarma. Las alarmas principales contra el desfalco son el sistema de contaduría y el auditor, pero para tal propósito ambos sistemas son inoperantes. Los mayores desfalcos están escondidos en la contabilidad y así permanecen pasando de un auditor a otro. Los sistemas internos de contaduría no están creados para detectar el fraude y los auditores no pueden cumplir su función si son incapaces de encontrarlo. La mayoría de los desfalcos son descubiertos más por buena suerte que por una buena contabilidad.» ¿Implica esto que los auditores son inútiles? En caso contrario, ¿cuál sería su utilidad?
10. Se dice que el juez Louis D. Brandeis ha llamado al seguro de fidelidad «una abominación», afirmando que es ridículo «pensar en asegurar a los administradores contra las consecuencias de su propia incapacidad de conocer y supervisar a sus empleados de confianza».
    (a) Exponga argumentos a favor y en contra de esta posición.
    (b) ¿Confirman los hechos la opinión de Brandeis?
    (c) ¿Cuál es la relación entre este argumento y el número cada vez mayor de administradores profesionales en las industrias frente a la preeminencia anterior de administradores propietarios?
11. El profesor John D. Long escribe: «A menos que la mayoría de los componentes de la sociedad sean honestos en los aspectos más insignificantes y la mayoría sea escrupulosa y exageradamente honesta en asuntos de importancia, el seguro no puede funcionar... (aun así) algunos tipos de seguro, en particular contra el fraude, exigen comportamientos ocasionales en desacuerdo con la ley.» Resuelva esta aparente contradicción.
12. El 1 de enero de 1962, un empresario cambió su garantía de fidelidad (garantía general comercial) de una compañía a otra. Dos meses después de este cambio, el 1 de marzo de 1962, se descubrió que Jones, el cajero, había robado 7.000 dólares durante un período de diez años de la siguiente manera: en 1951, 2.000; en 1956, 3.000; en 1961, 1.000; el 1 de febrero de 1962, 1.000. La primera garantía había estado en vigencia desde el 1 de enero de 1954.
    (a) Suponiendo que ambas garantías tuviesen un límite de 10.000 dólares, ¿quién pagará y por qué pérdidas?
    (b) ¿Cómo habría cambiado su respuesta, si es que hay cambio, si las pérdidas no hubiesen sido descubiertas hasta 1965? Explique cuál de las estipulaciones de las garantías determina su respuesta.
13. En el texto se dice: «El costo de esta garantía (contrato de construcción) está compensado con creces por el hecho de que los propietarios pueden aprovechar las ventajas de una oferta competitiva.»
    (a) Explique qué se entiende por esta afirmación.
    (b) ¿Qué riesgos corre al construir un edificio el propietario que acepta una propuesta baja, sólo

después de un examen cuidadoso del contratista?

14. John Jones, un contratista general, entrega una propuesta junto con una garantía de licitación por la cantidad de 100.000 dólares. Le es asignada la propuesta, pero quiebra después de que han sido gastados 75.000 dólares en la obra. Se estima que serán necesarios otros 35.000 para completar la obra.
    (a) ¿Cuál es la responsabilidad del fiador, en caso de haber alguna, según esta garantía?
    (b) ¿Cuáles son las exigencias de una garantía de licitación?
15. (a) Suponiendo que en la pregunta 14 se han suscrito las garantías adecuadas, ¿qué acción se requiere del fiador?
    (b) ¿Cuál sería su responsabilidad, si la hay, si el importe estimado para completar la obra fuesen 15.000 dólares en lugar de 35.000?
16. Dirigiéndose a los agentes locales, un suscriptor de garantías recalcó lo siguiente: «Al estudiar una petición de garantía, la primera pregunta del suscriptor es: "¿Quién pagará si el principal no lo hace?"» ¿Implica esto que el fiador no cumplirá con sus obligaciones en caso de pérdida? Si no, explique las medidas que toma el fiador para asegurarse que no tendrá pérdidas.
17. (a) ¿Qué ventajas específicas sobre otros tipos de garantías de contrato representa la garantía de protección de los propietarios para (1) el propietario y (2) el trabajador o el proveedor de materiales?
    (b) Sugiera algunas razones sobre la exigencia que aparece en la garantía de que la construcción esté supervisada por un arquitecto.
18. En la póliza del seguro de automóviles, el asegurador incluye una cláusula que estipula que si se exige el pago bajo cualquier acción financiera, que no hubiese tenido que hacer a no ser por esta disposición, el asegurado le reembolsará esta cantidad.
    (a) ¿Qué condiciones podrían motivar este tipo de pago? (Ver el capítulo 16.)
    (b) ¿Existen similitudes entre esta disposición y una garantía de fianza?
19. Jack Smith no puede encontrar una póliza que asegure su casa contra incendios.
    (a) Como asesor de seguros, dé las posibles razones sobre la conveniencia de suscribir una póliza de reemplazo.
    (b) ¿Se exigirá una garantía de instrumentos perdidos antes que el asegurador reemplace la póliza? ¿Por qué?
    (c) ¿Sería su respuesta la misma si Jack hubiese perdido un documento en que se establece que es dueño de 100 acciones de General Motors? ¿Por qué?
20. Un ladrón entra en una joyería por la noche forzando una ventana. En el momento de comenzar su «trabajo» es sorprendido por el vigilante nocturno. Hay una lucha y queda inconsciente; el ladrón escapa con su botín de joyas tomadas de la caja fuerte. ¿Se indemniza este delito según una póliza normal contra robo? ¿Por qué?
21. Un empresario entregó a un recadero un sobre que contenía 1.000 dólares para entregar en cierto lugar. Cuando el recadero llegó, el sobre había desaparecido. ¿Existe alguna póliza que cubra esta pérdida?
22. Indique algunas de las limitaciones de la póliza contra robo y atraco a comerciantes, desde el punto de vista del asegurado.
23. El administrador de una tienda de ropa masculina mantiene una existencia media de 15.000 dólares. Suscribe una póliza MVP por 6.000, con un porcentaje de coaseguro del 60 por 100 y un límite de 10.000 dólares.
    (a) ¿Cuál será el importe de la indemnización en caso de una pérdida de 1.000 dólares por robo? ¿Por qué? ¿Por una pérdida de 2.100 por atraco? ¿Por qué?
    (b) ¿Cómo podría haberse asegurado de ser indemnizado en forma total por estas pérdidas? Explíquelo.
24. El desfalco de un empleado bancario de confianza causó una pérdida de 3.600.000 dólares. Estas pérdidas fueron efectivas, pero no descubiertas, durante un período de trece años, durante los cuales el empleado trataba de amortizar sus pérdidas en el mercado de valores. La pérdida no fue descubierta, pese a que el banco se había fusionado tres veces durante ese período.

(a) ¿Qué tipo de problema de garantía es posible encontrar en esta situación?
(b) ¿Qué solución existe?

25. Un tribunal sostuvo que una póliza contra robo era aplicable aun cuando no había marcas de entrada por la fuerza. La póliza cubría robo de la caja fuerte o intento de hacerlo; el tribunal sostuvo que podía presumirse que habría habido pérdida en un intento en que no se entrara por la fuerza o en forma violenta. ¿Qué principios legales indujeron al tribunal a razonar como lo hizo?

18

Seguro y Garantías de Servicio

Las compañías de seguro se encuentran a menudo en situación de proporcionar al asegurado otros servicios además de la indemnización por las pérdidas derivadas de los siniestros ocurridos. En algunos casos, ciertos contratos de seguro amplían el ámbito normal ofreciendo algunos servicios complementarios. La naturaleza de estos servicios no tiene todavía la suficiente claridad en los contratos de seguro. Los que se exponen a continuación ilustran algunos ejemplos de este fenómeno y resaltan el hecho de que una comprensión total del seguro implica algo más que un simple conocimiento del contrato, que debe ser interpretado de acuerdo con el medio económico y social dentro del cual opera.

Este capítulo analiza cuatro tipos de seguro que no se ajustan exactamente a las categorías usuales del mercado asegurador. Estos contratos son: seguro de crédito, seguro de títulos, seguro de calderas y maquinaria y seguro de cristales. Tienen en común el hecho de que el asegurador ofrece más que una indemnización por pérdida. Cada uno tiene problemas específicos en su redacción y el elemento de servicio asume una importancia especial.

SEGURO DE CREDITO

El uso del crédito en las sociedades económicas modernas se reconoce, en forma general, como factor clave que facilita la expansión [1]; sin él es más bien dudoso que la moderna economía industrial se hubiese desarrollado. Sin embargo, su uso ha creado gran número de problemas entre los cuales destaca el riesgo de impago de las deudas debido a algún peligro que el deudor no está en posición de controlar. Entre éstos se puede mencionar:

1. Muerte o incapacidad física del deudor.
2. Destrucción de documentos de contabilidad, lo que impide al acreedor demostrar su derecho a recobrar de un deudor.
3. Quiebra de una institución financiera en la que se han depositado fondos.
4. Quiebra o insolvencia de una firma comercial en el pago de sus deudas.
5. Quiebra o insolvencia en el pago de alquileres o rentas.
6. Actos políticos que impiden a un deudor pagar las deudas a sus acreedores en el extranjero.
7. Insolvencia de una firma comercial a la que se ha concedido crédito para la compra de mercancías.

Nos ocuparemos principalmente del último tipo; es decir, el riesgo de que los deudores comerciales no puedan cumplir sus obligaciones debido a razones mercantiles de uno u otro tipo.

Características del seguro de crédito

En la actualidad existe alguna forma para todos los tipos de crédito mencionados anteriormente. Algunas de las características específicas se describen en los párrafos siguientes:

Seguro de crédito de vida y contra accidentes y enfermedad. El seguro contra la pérdida ocasionada por la muerte de un deudor se conoce como seguro de crédito de vida. Dado que

[1] Uno de los primeros trabajos sobre seguro de crédito fue publicado en 1848 por ROBERT WATT bajo el título de *Principles of Insurance Applied to Mercantile Debt.*

este contrato no presenta diferencias básicas con un contrato de seguro de vida, excepto en la forma en que se estructura y comercializa, no lo analizaremos con mayor detalle. Es suficiente decir que este contrato no debe confundirse con otros tipos de seguro de crédito. Algo parecido ocurre en el seguro de crédito contra accidentes y enfermedad, que se contrata para liquidar los pagos durante el tiempo en que el deudor esté inhabilitado por accidente o enfermedad.

Seguro por cuentas por cobrar. Protege al acreedor contra el fallo o imposibilidad de cobrar una deuda debido a la destrucción de los registros de contabilidad.

Seguro de depósitos. Protege contra pérdidas de depósitos por quiebra de un banco o una institución de crédito. Sólo son suscritos por agencias del Gobierno de los Estados Unidos. La Corporación Federal de Seguros de Depósitos (Federal Deposit Insurance Corporation) asegura los depósitos en todos los bancos federales hasta un máximo de 20.000 dólares. Alrededor del 97 por 100 de los bancos están asegurados. La Corporación Federal de Seguros de Ahorro y Préstamo (Federal Savings and Loan Insurance Corporation) otorga coberturas similares sobre los depósitos de asociaciones de ahorro y préstamo. Los seguros de depósitos demostraron su importancia en la gran depresión de los años 30. Debido a que un gran número de personas perdió sus ahorros de toda una vida en bancos que quebraron durante la depresión, el Gobierno creó estas corporaciones de seguro para devolver la confianza en el sistema bancario.

Desde que comenzó sus operaciones en 1934 y hasta 1968, la CFSD se ha hecho cargo de 473 quiebras de bancos en las cuales las pérdidas de los depositantes alcanzaron sólo un 0,3 por 100 de los depósitos asegurados. El 0,9 por 100 de los depositantes sufrieron estas pérdidas. En 1968 la agencia aseguró cerca del 60 por 100 de los depósitos totales en tales bancos [2].

Seguro de crédito por préstamos en metálico. El Gobierno de los Estados Unidos, a través de agencias tales como el Sistema de Reserva Federal (Federal Reserve System), la Asociación de Veteranos (Veterans Administration) y la Oficina de Comerciantes Minoristas (Small Business Administration) ha patrocinado varios programas para asegurar los préstamos en dinero hechos

[2] *Annual Report of the Federal Deposit Insurance Corporation* (1968), página 14.

por los bancos a ciertas empresas comerciales que son incapaces de procurarse crédito de otra manera. A pesar de que estas garantías no constituyen un seguro en forma estricta (son más similares a un aval), cumplen el mismo propósito; es decir, facilitar el crédito.

Seguro de crédito por préstamos. Otro programa importante de seguro de crédito es el de la Administración Federal de Vivienda de los Estados Unidos (United States Federal Housing Administration) y la Asociación de Veteranos de los Estados Unidos (United States Veterans Administration) al garantizar los préstamos a largo plazo a los propietarios de viviendas. La AFV, establecida en 1934, aseguró un número de viviendas igual a un tercio del total cuya construcción se inició en 1969 [3]. En el mismo año la Asociación de Veteranos aseguró a éstos 214.000 préstamos [4] La influencia del seguro de crédito en préstamos habitacionales es mayor de lo que incluso se deduce de lo anterior. Cerca de la mitad de las nuevas casas construidas bajo el programa de AFV son financiadas por agencias privadas de préstamo, y es dudoso que las hipotecas amortizadas hubiesen tenido tan alto desarrollo en los Estados Unidos a no ser por la existencia del seguro que garantiza a los prestamistas que alguien les devolverá los préstamos. Las reclamaciones hipotecarias representaron tan sólo un 1,8 por 100 de las hipotecas vencidas en el período 1934-1957. En el año 1968, sólo el 6,14 por 1.000 de las hipotecas fueron sometidas a juicio [5].

Durante los años 60, la AFV supervisó un cierto número de programas en los Estados Unidos para aumentar la entrega de casas a familias modestas. Entre estos programas se encontraba el Fondo de Seguro de Riesgos Especiales (Special Risk Insurance Fund) para garantizar préstamos de reembolso dudoso, en especial aquellos sobre propiedades ubicadas en vecindarios pobres de ciudades de importancia. Además, los programas de AFV se extendieron para cubrir la renta habitacional multifamiliar, las viviendas de víctimas de desastres, alojamientos para los ancianos, viviendas experimentales, desarrollo del campo, nuevas comunidades, parques de viviendas móviles, viviendas para empleados civiles de las fuerzas armadas, renovación habitacional urbana, condominios, hospitales no lucrativos e instalaciones para atención médica.

Parece desprenderse de todo lo anterior que el seguro ha

[3] 1969. *HUD Statistical Yearbook*, p. 28.
[4] *Ibid.*, p. 396.
[5] *Ibid.*, p. 392.

sido un instrumento útil y necesario, como medio de facilitar el crédito en una amplia gama de viviendas, en particular en casos en que la solvencia crediticia del prestatario puede dejar algo que desear desde el punto de vista del crédito tradicional.

Seguro de bonos. Un hecho relacionado con el seguro por préstamos es la emisión de seguros contra el incumplimiento de instrumentos de crédito tales como bonos municipales, a fin de mejorar la calidad de su inversión y disminuir el costo de los intereses. Las cuotas de seguro absorben del 28 al 39 por 100 de los ahorros en costos de interés [6]. La garantía del seguro puede reducir el riesgo lo suficiente como para permitir que las municipalidades más pequeñas coloquen bonos o títulos que de otra forma habrían sido incapaces de emitir a un costo razonable.

Garantías para empresas internacionales. El seguro ha demostrado ser un instrumento útil en los programas gubernamentales para estimular a las empresas internacionales mediante el seguro de crédito de exportación y las garantías de inversión en el extranjero, el Gobierno federal ha intentado eliminar los obstáculos que entraña el comercio internacional, reduciendo riesgos tales como expropiaciones. inconvertibilidad de la moneda, guerra, cancelación de licencias de exportación y otros eventos internacionales que escapan del control del comerciante individual. El seguro de crédito a la exportación, así como el seguro de crédito local, está vigente en la mayoría de los países industrializados [7].

Seguro de crédito de mercancías nacionales. En los Estados Unidos, Canadá, México y la mayoría de los países europeos, los vendedores pueden obtener seguro contra la insolvencia de deudores locales en los créditos concedidos por ventas de mercancías no aseguradas.

[6] Corporación Americana Municipal de Seguros de Bonos, *Questions and Answers* (Nueva York, 1971), p. 8. Esta compañía es subsidiaria de la Corporación Aseguradora de Garantías Hipotecarias (Mortgage Guarantes Insurance Corporation), una firma privada que suscribe seguros sobre préstamos por algunas hipotecas convencionales emitidas por los bancos y asociaciones de ahorro y préstamo, para préstamos habitacionales que no están sujetos a seguro por la Administración General de Vivienda.

[7] F. T. SCAFURO, *World's Principal Export Credit Insurance System* (Banco de América, 1968). Este resumen bosqueja los detalles de los sistemas de seguro de crédito en 34 países. Ver también MARK R. GREENE, *Export Credit Insurance-Its Role in Expanding World Trade*, «Journal of Risk and Insurance» (junio de 1965), pp. 177-193.

Tales coberturas se han vendido en los Estados Unidos desde 1890. En general, no se dispone en los Estados Unidos de seguros contra el impago de un préstamo en dinero, excepto en caso de pedirlo a una agencia gubernamental dentro de un programa especial, como los mencionados anteriormente que llevan a cabo el Sistema de Reserva Federal, la Administración Federal de Vivienda, la Asociación de Veteranos y la Oficina de Comerciantes Minoristas. Debido a su naturaleza tan especializada, muy pocos aseguradores trabajan en este negocio; y los que lo hacen lo convierten en su actividad principal. En la mayoría de los países, los aseguradores de crédito prestan una cobertura limitada, en el sentido que sólo ciertos comerciantes, tales como manufacturadores o mayoristas, son asegurados. No todos los tipos de transacciones están aseguradas ni todos los riesgos cubiertos y las pérdidas no tienen una indemnización del 100 por 100. En los Estados Unidos, por ejemplo, existen dos aseguradores privados, la American Credit Indemnity Company y la London Guarantee Company. En 1970 su volumen total de primas, incluyendo las cantidades reaseguradas, eran de cerca de 13 millones de dólares, lo que representaba una pequeña fracción del volumen de otros tipos de seguros.

Clases de seguro de crédito

Los contratos de seguro, tal como se suscriben en los Estados Unidos, pueden ser clasificados en tres categorías: cobertura retroactiva, cobertura futura y cobertura general.

Contrato de cobertura retroactiva. Los contratos de seguro de crédito que llevan este nombre se aplican a pérdidas que ocurren durante la vigencia del contrato (un año). Según estas pólizas, las reclamaciones pueden surgir por ventas hechas durante el año anterior a la firma del contrato. Estos contratos representan la gran mayoría entre los seguros de crédito vigentes [8].

Contrato de cobertura futura. Bajo este tipo, la póliza indemniza al asegurado por pérdidas originadas por ventas hechas durante la vigencia de la póliza. Las cuentas que figuran en los libros cuando el contrato es suscrito no están, por lo tanto, asegu-

[8] En la Compañía Americana de Indemnización Crediticia (American Credit Indemnity Company), las pólizas de cobertura retroactiva representan más del noventa por ciento de sus operaciones.

radas. Sin embargo, si en el último día de vigencia de la póliza se hace una venta a crédito que resulta impagada, el contrato surte efectos aun cuando no haya sido renovado.

Contrato de cobertura general. A tenor de esta póliza, el seguro cubre a todos los deudores incluidos en una clase determinada de créditos. Así, la póliza puede estipular que existe una cobertura de 100.000 dólares por cualquier deuda de las personas catalogadas en epígrafe 3A1 del ranking de «Dun & Bradstreet».

Determinación de las pérdidas

Para determinar una pérdida el asegurado debe en primer lugar mostrar la solvencia crediticia del deudor en el momento de despachar las mercaderías. Es esta estimación la que determina el límite de la cobertura bajo la póliza, a menos que el deudor haya sido nombrado en forma específica y con anterioridad para una cobertura mayor. El titular de la póliza debe demostrar la existencia de una obligación legal y que la deuda surgió de ventas de mercaderías o servicios con los que el vendedor trabaja normalmente. Según los términos del contrato, se dice que ha ocurrido una pérdida en dos situaciones: (1) un deudor no paga su cuenta en la fecha debida, pero no es insolvente, y (2) un deudor se convierte legalmente en insolvente de acuerdo con los términos especificados en el contrato.

Si el deudor no es insolvente pero se niega a pagar sus obligaciones legales, de acuerdo a lo estipulado en el contrato, dentro de un período de doce meses después del despacho de las mercancías o tres meses a partir de la fecha estipulada, el asegurado puede traspasar la cuenta al asegurador como reclamación. En otras palabras, si un vendedor concede un crédito por sesenta días, la cuenta debe ser cancelada dentro de sesenta días. Si no es pagada dentro de tres meses a partir del término de los sesenta días normales (en este caso, un total de cinco meses), el asegurado puede trasladar la cuenta al asegurador, quien se hará cargo de ella. En caso de no poder cobrarla, el asegurador indemnizará al asegurado por esta pérdida, de acuerdo con los términos de la póliza. Dado que algunos asegurados temen «ofender» al deudor con esta acción, dudan de entregar la cuenta al asegurador. Si la cuenta no es entregada dentro del período especificado (las pólizas de cobertura futura requieren que esto sea he-

cho)[9], el asegurado debe esperar hasta que ocurra alguno de los dieciocho eventos descritos en la póliza que definen la insolvencia del deudor. Estas dieciocho condiciones incluyen casos tales como la muerte o demencia del deudor, venta de los activos del deudor por orden judicial, nombramiento de un depositario en la petición de quiebra, citación de concurso de acreedores no asegurados o evasión del deudor.

Franquicias

Las liquidaciones de pérdidas bajo un contrato de seguro de crédito pueden estar sujetas a varios tipos de franquicias: una cantidad en dinero y un porcentaje, 10 ó 20 por 100 de la pérdida individual. La franquicia en dinero trata de eludir las pérdidas crediticias normales de la firma. Dado que estas pérdidas son previsibles con bastante certeza, no están incluidas en la cobertura. Su importe varía con cada industria y se ajusta de acuerdo con la experiencia del asegurado; se aplica al total de las pérdidas en un período determinado en la póliza.

La franquicia de porcentaje, o coaseguro, se aplica a cada pérdida en particular. Su misión es controlar el riesgo moral, la tendencia por parte del asegurado a conceder crédito en forma descuidada por saber que si el deudor no paga lo hará el asegurador. Su fundamento es que si el asegurado sabe que lo máximo que puede recobrar es el 90 por 100 de una cantidad dada, se verá menos tentado a vender a personas que entrañen riesgo de cobro.

[9] Esto se hace para establecer una fecha más allá de la cual el asegurador no tendrá más responsabilidades bajo la póliza. De acuerdo a un tipo de cobertura futura escrita por la Compañía Americana de Indemnización Crediticia, conocida como la forma «H», el asegurado debe presentar las demandas sólo al expirar la póliza. Sin embargo, durante su vigencia, si el asegurado retrasa más de tres meses la presentación de cuentas por cobrar, se agrega una reducción de coaseguro de 1/5 del 1 por 100 por cada día, creando así un incentivo adicional para una presentación oportuna. Esta forma representa cerca del cuatro por ciento de las ganancias brutas del asegurador y cerca del tres por ciento del total de las pólizas suscritas. Como regla general, las coberturas futuras se suscriben para firmas que estipulan un período no mayor a cuatro meses a partir de la fecha de despacho, y permiten un período de hasta tres meses para entregar las demandas de cobro al asegurador. Así, una demanda por una venta que realizó el 31 de diciembre, una firma con un período de crédito de cuatro meses no puede ser entregada al asegurador más tarde que el 31 de julio del año siguiente. Después de esta fecha no hay responsabilidad bajo la póliza.

Servicios de cobro

Los estudios en el campo del seguro de crédito han apoyado la conclusión de que muchos asegurados consideran los servicios de cobro del asegurador como una parte muy importante de los beneficios garantizados por el contrato[10]. Parte de la eficacia de los esfuerzos de los aseguradores en este aspecto se debe a que el incobro de las cuentas colocadas en ellos por sus asegurados tendrá como resultado una pérdida cubierta por la póliza. Por lo tanto, el asegurador de crédito corre un riesgo mayor que una agencia normal de cobro y se esforzará no sólo en cobrar la cantidad sino también en mantener en buena disposición al cliente, a sabiendas de que si ésta se pierde en el proceso de cobro, tanto el asegurado como el asegurador habrán perdido un buen cliente.

Ventajas y limitaciones del seguro de crédito

En vista de la manifiesta utilidad del seguro de crédito, tanto para la empresa que desea protegerse contra pérdidas catastróficas por impago de cuentas de alto importe como para la que pretende hacer uso de los servicios de cobro del asegurador, interesa preguntarse por qué el seguro de crédito no se ha usado de forma más amplia. Se han dado los siguientes argumentos en favor del uso del seguro de crédito de mercancías:

1. Es ilógico que una firma ignore la posibilidad de pérdida cuando sus mercancías son vendidas y figuran en los libros como cuentas por cobrar. La experiencia muestra que éste es un riesgo importante.
2. El uso del seguro de crédito tiene diversos beneficios psicológicos, al reducir el temor de pérdidas por deudas, eliminando así un obstáculo a las ventas en gran escala.

[10] Ver JAMES G. SHEEHAN, *Credit Insurance fron the Policyholder's Point of View* (Disertación Doctoral, The Ohio State University, 1955); JOHN A. CHURELLA, *An Evaluation of Credit Insurance and Its Effect on Business Management* (Baltimore: Compañía Americana de Indemnización Crediticia, 1958), y MARK R. GREENE, *An Analysis of Credit Insurance* (Disertación Doctoral, The Ohio State University, 1955). Ver también CLYDE W. PHELPS, *Commercial Credit Insurance as a Management Tool* (Baltimore: Compañía Comercial de Crédito, Commercial Credit Company), capítulo III.

3. En algunos casos, el uso del seguro de crédito permite a la firma aceptar peticiones que de otro modo habría rechazado, porque una investigación de la cuenta por el propio asegurador revela la existencia de condiciones que justifican el crédito.
4. El uso del seguro de crédito permite a la firma estabilizar sus operaciones, estableciendo unos límites definidos al valor de sus pérdidas por deuda. La eficacia del servicio de cobro del asegurador es de gran importancia para muchos usuarios.

Por otra parte, parece que los factores que a continuación se mencionan han tenido gran importancia en la limitación del crecimiento del seguro de crédito de mercancías, a pesar de las ventajas que se le atribuyen:

1. La venta de seguro de crédito se limita a ciertos tipos de firmas comerciales: mayoristas, fabricantes y ciertas firmas que proveen servicios, tales como publicidad. Los comerciantes minoristas están excluidos porque venden directamente al consumidor, cuyo crédito no se considera asegurable.
2. Muchas firmas comerciales piensan que son más aptas para autoasegurar el riesgo de crédito debido a la diversificación básica de sus cuentas. El seguro de crédito se adapta mejor a la firma que vende grandes cantidades a crédito a pocos clientes, de modo que el incumplimiento de cualquiera de ellos podría poner en peligro la solvencia de la firma.
3. El uso de franquicias en el seguro de crédito tiende a limitar la cantidad a recobrar, por lo que el asegurado puede llegar a pagar gran parte de las pérdidas por sí mismo. Claramente ello depende de la forma en que se establezcan los acuerdos de seguro, aunque debe procurarse cubrir sólo las pérdidas anormales y excesivas y no la pérdida normal; sin embargo, muchos asegurados no han comprendido este punto esencial y rechazan el aseguro debido a su alto precio.
4. El seguro de crédito no ha sido promocionado suficientemente, y sus ventajas son relativamente desconocidas para la gran mayoría de las firmas comerciales. Dado que se trata de una forma de seguro especializada y compleja, pocos agentes generales o locales que trabajan en otras modalidades son capaces de venderla a los clientes. Esta situación se ve agravada por el hecho de que se considera muy arriesgado permitir al agente comprometerse en un contrato de seguro sin aprobación previa de la casa matriz.
5. La actitud conservadora en la tarifación, debida en parte a una falta de información sobre pérdidas que permita establecer tasas adecuadas, y en parte también a una selección adversa para el asegurador, ha limitado la expansión del seguro de crédito.

SEGURO DE TITULOS

El seguro de títulos es un contrato mediante el cual el comprador de propiedades inmuebles puede protegerse contra las pérdidas en el caso de que se descubra que el título no es legítimo o puede sólo legalizarse después de efectuar ciertos pagos. Los defectos en los títulos pueden deberse a falsificación de registros públicos, falsificación de títulos, testamentos falsos o no descubiertos, procedimientos testamentarios defectuosos y otras acciones legales a causa de las cuales se puede haber efectuado erróneamente la transmisión de las propiedades. Así, una persona puede ocupar su vivienda durante años y descubrir posteriormente que quien se la traspasó no era el dueño verdadero.

A menudo, todos los derechos sobre bienes inmuebles, tales como gravámenes, embargos, hipotecas, etc., deben estar correctamente registrados en el tribunal del distrito o en la jurisdicción donde se encuentran. Antes que el seguro de títulos se convirtiese en algo común, el comprador de la propiedad normalmente se limitaba a contratar un abogado para buscar esos documentos y obtener una opinión acerca de la validez del título. El abogado basaba su opinión en una breve historia del título de propiedad, que normalmente contenía la lista de las escrituras de traspaso, embargos, acusaciones, resoluciones municipales, decretos de los tribunales y otras cuestiones legales referentes a dicho título. Su intención era la de dar a conocer la existencia y naturaleza de cualquier obstáculo legal que afectase al título o pudiera permitir que otro efectuase una reclamación legal contra la propiedad. Después de este examen y quizá otros aspectos, el abogado emitía su opinión. Sin embargo, el abogado sólo asume responsabilidad en cuanto a negligencia en el estudio del título, de modo que si con posterioridad se descubría que existía un defecto poco usual en el título que no era posible descubrir mediante una investigación razonable y cuidadosa, éste era un riesgo que debía soportar el desafortunado dueño de la propiedad. Por ello surgió la necesidad de una garantía formal de la exactitud del estudio del título y esta garantía es precisamente el objeto del seguro de títulos. Sin embargo, hay que hacer notar que si un título resulta defectuoso, la solución para el asegurado es una indemnización en dinero y no la posesión de la propiedad. La póliza de seguro de títulos pretende garantizar la comerciabilidad del título, sujeta a las excepciones en ella estipúladas.

Características especiales del seguro de títulos

Algunas de las diferencias entre el seguro de títulos y otros contratos de seguro de propiedad y responsabilidad se pueden resumir como sigue:

1. La prima del seguro de títulos se dedica en casi su totalidad a cubrir los servicios de investigación de las posibles fuentes de falta de comerciabilidad del título y no una pérdida esperable. La compañía de seguro de títulos, de hecho, no espera sufrir pérdidas, pensando que si se lleva a cabo una satisfactoria labor de investigación antes de suscribir la póliza, no las habrá.
2. Este seguro cubre los defectos del título que ocurrieron antes de la fecha de efecto de la póliza, pero descubiertos después de esta fecha. La mayoría de los otros tipos de seguro cubren solamente las pérdidas que ocurren después de la fecha de vigencia de la póliza y no antes, según la teoría general, pues hacerlo de otra manera significaría que la compra de un seguro tiene por objeto cubrir una pérdida conocida. En el caso de seguro de títulos, el defecto que causa la pérdida no es conocido en el momento de suscribir la póliza; si fuese conocido, se le excluiría como causa de pérdida.
3. Los contratos de seguro de títulos no son cancelables por ninguna de las partes, y una vez pagada la prima, ésta es devengada totalmente, es decir, no hay reembolso de la misma bajo ninguna condición.
4. El seguro de título no tiene fecha de vencimiento; la cobertura es válida de forma indefinida. En otras palabras, si un individuo encuentra que su título no es correcto veinte años después de entrar en vigencia la póliza y que el defecto ocurrió antes de esta fecha, la póliza cubre cualquier pérdida. La póliza no contiene limitaciones en cuanto a la fecha en que es posible hacer una reclamación por pérdida.

La póliza de seguro de títulos

No existe una póliza con normas fijas pero su clausulado suele ser uniforme. El asegurador acepta indemnizar al propietario por cualquier pérdida «debida a la imposibilidad de comercializar el título del asegurado de acuerdo con las premisas estipuladas o..., por pérdidas y daño causado por embargos o gravámenes, defectos, objeciones e intereses, excepto los mencionados en el Anexo B"

El Anexo B es un apéndice separado en que se mencionan todos los defectos del título o derechos de propiedad; los más comunes son hipotecas, avales y embargos municipales. El objeto de estas exclusiones es excluir de la cobertura ciertas fuentes de defecto en el título que existen en el momento de su transferencia, aún si el estudio no las puso al descubierto.

El contrato de seguro de títulos es obviamente un acuerdo que no cubre todos los riesgos, aun respecto a los defectos desconocidos. A modo de ilustración, supongamos que Smith compra un terreno para construir un edificio de apartamentos. Justo, antes de traspasar el título, se aprueba una ley que prohíbe en esa zona ese tipo de construcciones y que tanto Smith como el asegurador desconocen. Aun cuando Smith sufre una pérdida y ésta era desconocida en el momento de la transferencia, no existen responsabilidades para el asegurador.

Defensa. Mediante la póliza, el asegurador se compromete a defender al asegurado en cualquier proceso legal en su contra respecto del título, suponiendo que la acción represente una fuente de pérdida no excluida en el contrato. Se exige que el asegurado notifique al asegurador cualquier acción de este tipo y coopere con él.

Prima. En el seguro de títulos se paga sólo una prima que mantiene la póliza vigente por tiempo indefinido. Si se transfiere la propiedad, se debe pagar una nueva prima para proteger al nuevo comprador. La póliza antigua no es transferible al nuevo propietario. Generalmente no hay reducción en la prima, aun cuando la propiedad sea vendida poco tiempo después de la compra anterior. Así, si se construye una propiedad en un año y es vendida cinco veces en los cinco años siguientes, la prima de seguro puede ser cobrada otras tantas veces. La prima correspondiente a una póliza de 20.000 dólares puede tener un costo aproximado de 130 dólares. Su importe depende del valor asegurado, la ubicación y si el asegurado es propietario o acreedor hipotecario.

SEGURO DE CALDERAS Y MAQUINARIA

Las explosiones causadas por calderas a vapor, compresores, motores, equipos eléctricos, volantes, recipientes de gas y hornos, constituyen una grave fuente de pérdidas que a menudo no es intuida por el profano.

Características especiales del seguro de calderas y maquinaria

Este tipo de seguro se ha desarrollado según normas algo diferentes a las del contrato de seguro normal. En primer lugar, teniendo en cuenta que la prevención de las pérdidas es más importante que su indemnización, los aseguradores se han hecho cargo de la inspección y revisión de las calderas y maquinaria. Aproximadamente un 25 por 100 de la prima se destina a la prestación de este servicio. Normalmente, el asegurador envía a un inspector a la industria del asegurado dos o más veces al año; en muchos Estados, estas inspecciones sustituyen las exigidas por la ley. Los especialistas examinan las calderas y recipientes a presión interna y exteriormente usando equipos especiales para detectar fisuras, cristalizaciones, deterioro de los aislantes, vibraciones y defectos de carácter general. La localización de un recipiente en mal estado puede significar un peligro inminente en caso de seguir funcionando. Como resultado, el asegurador se reserva el derecho de suspender el seguro inmediatamente si no se realizan las reparaciones recomendadas.

En segundo lugar, debido a la naturaleza técnica y la diversidad de calderas, tanques, hornos y equipo eléctrico en uso, la póliza de calderas y maquinaria especifica con toda claridad la definición de «accidente» para cada objeto asegurable. El asegurador establece un documento separado que describe con detalle el tipo de aparato asegurado y lo que constituirá un «accidente». Un asegurado puede tener diez tipos de objeto con una definición diferente de accidente para cada uno. No existe un seguro general que cubra todas las maquinarias y recipientes en un solo contrato. Por ejemplo, puede haber un apéndice específico para un «compresor de amoniaco tipo York de dos cilindros» con el siguiente texto:

> «El objeto asegurado incluye la unidad completa que se especifica y describe en este documento, pero no incluirá ninguna máquina eléctrica, estructura o base que sustente tal unidad ni ningún mecanismo adtivo o eje conectado a ella.
>
> Por «accidente» se entenderá:
>
> 1. La ruptura súbita y accidental del objeto o cualquier parte de éste en dos o más partes separadas, pero no la ruptura de la empaquetadora, del cuello de una empaquetadora, del soporte de un eje o un diafragma ni el desprendimiento de cualquiera de sus partes; o
> 2. El incendio súbito y accidental de objeto o de cualquier parte de éste, pero no el de una empaquetadora, cuello de ésta o soporte de un eje; o
> 3. La deformación súbita y accidental de cualquier eje o barra del objeto que no ha sido causada por un agrietamiento de éstos.
>
> Un accidente debido a huelga, tumulto, desórdenes públicos o actos de sabotaje, vandalismo o daños malintencionados será considerado «accidental» de acuerdo con esta definición.

Es comprensible que si no existiese esta cuidadosa definición, el asegurado podría exigir que el asegurador le indemnizase por maquinaria de gran valor que en realidad no se ha roto sino solamente desgastado por el propio uso.

En tercer lugar, dado que el daño causado por la explosión de una caldera puede implicar responsabilidades legales por daños a terceros, otros daños directos en la propiedad del asegurado y pérdidas indirectas importantes debido a la paralización de la industria, el contrato de calderas y máquinas prevé cobertura simultánea para diferentes tipos de pérdidas. Así, es posible encontrar las siguientes clases de seguro en una póliza de calderas y maquinaria:

1. Pérdida de la caldera y maquinaria debido a accidente, como se ha definido.
2. Gastos de salvamento.
3. Responsabilidad por daños materiales.
4. Responsabilidad por lesiones corporales.
5. Pagos de defensa, liquidación y otros.
6. Cobertura automática de cualquier maquinaria instalada por un período de noventa días.

7. Seguro por interrupción de negocio.
8. Seguro de paralización.
9. Seguro por falta de suministro de energía.
10. Pérdidas consecuenciales por daños materiales causados por el accidente.
11. Explosión de hornos.

Debido a la amplitud del seguro de calderas y maquinaria, pueden existir puntos comunes con otros contratos de seguro de daños y responsabilidad. Para evitar esto, en la medida de lo posible, el contrato de calderas y maquinaria contiene clásulas que estipulan que, a los efectos de ciertas pérdidas, tales como responsabilidad por lesiones corporales, la póliza debe ser considerada como subsidiaria respecto de cualquier otro seguro aplicable. La póliza contiene también un límite de pérdida acumulativo establecido por las cuatro primeras coberturas mencionadas y los daños sólo serán cubiertas por este límite; así, si la póliza tiene un límite de 50.000 dólares y en la primera cobertura se pagan 40.000, quedan 10.000 para la segunda. Si no existe responsabilidad respecto de ésta, los 10.000 se destinarán para satisfacer las responsabilidades de la tercera y así sucesivamente hasta completar los 50.000, después de los cuales se han agotado los límites. El efecto de estas estipulaciones es lograr que el asegurado obtenga un beneficio máximo del contrato, permitiéndole aplicar los límites de la póliza donde son más necesarios y evitar pagar por coberturas duplicadas. Cualquier pérdida por guerra está excluida.

La póliza

Los párrafos siguientes describen las coberturas que a menudo aparecen en las pólizas de calderas y maquinaria, resaltando sus aspectos poco usuales.

Daños en la propiedad del asegurado. Quizá la razón principal para suscribir un seguro de calderas y maquinaria sea reemplazar, en caso de pérdida súbita o accidental, la maquinaria dañada que pertenece al asegurado o prevenir esa pérdida. La cláusula de seguro excluye las pérdidas causadas por fuego, ya que están cubiertas por la póliza normal contra incendios. Las pérdidas indirectas se excluyen, aunque cuando pueden ser aseguradas por suplemento especial. El asegurador se reserva el derecho de reemplazar o reparar los objetos dañados o indemnizar por su valor real en dinero.

Gastos de salvamento. Bajo esta cláusula, el asegurador se compromete a pagar los gastos adicionales de reparación o para facilitar la reparación de la maquinaria, incluyendo costos de sobretiempo y de envío expreso u otra forma rápida. Los pagos en esta sección no serán superiores a 1.000 dólares o la cantidad pagadera bajo la sección anterior, cualquiera que sea la menor.

Responsabilidad por daños materiales y lesiones corporales. Esta cobertura es idéntica a la contenida en la póliza de responsabilidad civil general analizada en un capítulo anterior.

Pagos de defensa, liquidación y otros. También esta cobertura es idéntica a la del seguro de responsabilidad general.

Cobertura automática. Según esta garantía, el asegurador se compromete a cubrir los accidentes de toda la maquinaria del mismo tipo incluida en el contrato. La cobertura no se extiende a equipo adicional salvo que el asegurado pida su inclusión en un plazo de noventa días y pague un prima suplementaria.

Seguro por interrupción de negocio. Una de las pérdidas importantes, consecuencia del fallo de una caldera u otra maquinaria vital es la paralización de la planta completa. Así, el seguro por interrupción se agrega generalmente al de calderas y maquinaria. El contrato es similar al suscrito en relación a los seguros contra incendio (ver capítulo 10). Se presenta en forma valuada o en base a la pérdida real. En su forma valuada se establece una indemnización diaria de, por ejemplo, 1.000 dólares, con un límite acumulativo de, digamos, 50.000. Esta cantidad se paga sin necesidad de probar la pérdida en caso de que la planta se paralice totalmente. En caso de paralizaciones parciales se pagan partes proporcionales de esta cantidad en base a la reducción de ventas o de producción causada por el accidente. Sólo están cubiertas las paralizaciones causadas por los accidentes descritos. El costo de esta cobertura puede ser reducido si se aceptan períodos de carencia hasta que se inicie el período de indemnización.

Seguro de paralización. Se refiere a las pérdidas que ocurren durante el período en que una parte de la maquinaria ha sido retirada del servicio a causa del accidente. Es similar al

seguro de gastos adicionales descrito en el capítulo 11. Este seguro puede ser suscrito en la póliza de calderas y maquinaria para obtener un pago fijo por cada hora en que el objeto esté «inmovilizado» y financiar así los gastos adicionales. Este seguro es particularmente apropiado para edificios de oficinas o apartamentos, escuelas y tiendas en que el fallo de un objeto asegurado no detiene las actividades, pero se causan gastos adicionales considerables al mantener todo en funcionamiento.

Seguro por falta de suministro de energía. Esta garantía se puede incluir para cubrir dos tipos de pérdidas derivadas de la interrupción de electricidad, gas, calor u otra energía que provenga de empresas públicas: pérdida por interrupción de las operaciones y por daños causados a la propiedad del asegurado. El primer tipo se paga en forma valuada y no se exige prueba del daño; todo lo que ha de ser demostrado es que hubo un corte de energía por un período superior a cinco minutos. La indemnización se paga de acuerdo a la duración de la interrupción.

El segundo tipo se basa en pérdidas reales y si el suministro de energía se interrumpe más de cinco minutos el asegurado puede reclamar cualquier indemnización dentro de los límites de la póliza, suponiendo que pueda demostrar el deterioro real de los bienes. En otras palabras, el elemento que decide el importe a reclamar es la pérdida real y no el tiempo.

Pérdidas consecuenciales. Es una cobertura similar a la del segundo tipo de pérdida por interrupción de energía, pero debida al fallo de un objeto asegurado situado dentro del local del asegurado. En caso que un asegurado sea dueño de una cámara refrigerada llena de alimentos perecederos y el sistema de refrigeración se estropee debido al fallo del sistema de compresión, la indemnización será pagada por esta garantía y no por la interrupción de la energía.

Explosión de hornos. Esta cobertura está generalmente incluida como una de las variantes de seguro contra incendios o contratos de responsabilidad por daños materiales, o puede ser un complemento del contrato de calderas y maquinaria.

SEGURO DE LUNAS Y CRISTALES

El cristal es de gran importancia en la arquitectura moderna, no sólo como protección física contra los elementos de la naturaleza, sino por su valor publicitario. El uso de lunas de cristal en escaparates es importante para una comercialización eficaz del producto. Existen muchos tipos de objetos de vidrio, distintos del usado en ventanas, en los que se hacen grandes inversiones y a los que se desea asegurar. Algunos ejemplos son letreros luminosos, pantallas de películas, lentes, ladrillos de vidrio, puertas de cristal, neón, escaparates, tapas de contadores y paneles de vidrio aislante.

Es posible que el cristal se rompa de muchas otras maneras aparte de las usuales, tales como fuego, viento, huelgas y desórdenes públicos y colisión de vehículos. La ruptura por causas tales como una colocación incorrecta, calor o frío excesivos y ondas sónicas ilustran ejemplos poco frecuentes de peligros a que está expuesto el cristal.

Dado que los procedimientos de liquidación de pérdidas son a menudo bastante largos y complicados, se ha desarrollado un contrato especial («comprehensive glass policy») de acuerdo a las reglas de la «National Bureau of Casualty Underwriters» y la «Mutual Insurance Rating Bureau». Bajo esta póliza, el asegurado puede suscribir seguros contra todo riesgo para protegerse por rotura de cristales [11], excepto por fuego o reacciones nucleares. Como en el caso del seguro contra incendio, el asegurador se reserva el derecho de cubrir las pérdidas, ya sea en dinero o reparando o reemplazando el cristal. Sin embargo, a diferencia de los procedimientos seguidos en la liquidación de pérdidas por incendio, el asegurador acostumbra a reemplazar el cristal asegurado y a hacerlo de inmediato. Generalmente ha convenido este servicio con una firma de reparación de cristales; de esta manera es posible actuar con descuentos superiores al que podría conseguir cualquier cliente y además prestar un servicio inmediato, lo que constituye su principal ventaja.

[11] Raspar o estropear no es lo mismo que romper, y esto no está asegurado.

La póliza

La póliza general de cristales dedica una parte de su clausulado a una descripción detallada de cada luna de vidrio, su valor de ornamentación, su ubicación en el lugar y su tamaño. Las cláusulas indican que el asegurador se compromete a:

1. Pagar los daños causados en el cristal por rotura de éste o por materias químicas accidental o malintencionadamente aplicadas.
2. Pagar la reparación o reemplazo de marcos, cuando sea necesario.
3. Pagar la instalación de lunas de cristal provisionales y enmarcar las ventanas, en caso necesario.
4. Pagar la remoción o reemplazo de cualquier obstrucción causada por el reemplazo del cristal.

Cada una de las tres últimas coberturas está sujeta a una limitación de 75 dólares por accidente.

● RESUMEN

1. Los seguros de crédito, títulos, calderas y maquinaria y cristales tienen en común que el asegurador presta ciertos servicios adicionales, además de la indemnización y disminución de los riesgos.
2. Existen por lo menos siete tipos de seguro de crédito. El seguro de crédito por mercancías, suscrito para cubrir las deudas originadas por cuentas no aseguradas de deudores que se han convertido en insolventes, es el más antiguo y conocido. A pesar de que esta cobertura existe en los Estados Unidos desde hace más de setenta años, su uso no se ha generalizado.
3. El seguro de crédito parece ser de más utilidad cuando una firma tiene pocas cuentas de gran importe, de modo que en caso de fallar alguna podría causar una pérdida irreparable, o cuando se desea hacer uso de los servicios de crédito y cobro del asegurador. Es necesario hacer un análisis minucioso del riesgo de pérdida de cada firma y adaptar la póliza a sus necesidades específicas.

4. Algunas de las razones que explican el volumen de operaciones relativamente pequeño en el seguro de crédito se derivan de la naturaleza complicada del contrato, el uso de franquicias que pretenden colocar al asegurado en una posición de responsabilizarse él mismo por la mayoría de las pérdidas, una actitud conservadora en materia de tarifación, la ausencia de esfuerzos de promoción enérgicos y la tendencia de la mayoría de las firmas comerciales de auto-asegurar el riesgo de crédito o tratarlo mediante métodos de prevención.
5. El seguro de títulos se suscribe principalmente por la investigación que lo acompaña. La protección que presta contra pérdidas causadas por el descubrimiento de defectos que perjudican la comerciabilidad del título es también de importancia.
6. El seguro de títulos se distingue de otros contratos de seguro en que se aplica sólo a ciertas pérdidas ya existentes, pero que no fueron descubiertas en el momento de suscribir la póliza. No tiene fecha de expiración y la prima se paga sólo una vez. Lejos de ser un seguro a todo riesgo, excluye todas las fuentes de pérdida conocidas, así como muchas desconocidas.
7. El seguro de calderas y maquinaria se basa en la gravedad de las pérdidas que pueden derivarse de la explosión de una caldera o la paralización de la maquinaria. Ello causa no sólo pérdidas directas, sino también un gran número de pérdidas indirectas. La inspección de las calderas y otra maquinaria asegurada es un aspecto importante del contrato y representa un elemento sustancial de su costo.
8. El seguro combinado de cristales («comprehensive glass insur.») es un tipo de cobertura que se justifica más por la conveniencia que implica al reemplazar los cristales dañados y por la amplitud de su cobertura que por su función de disminuir los riesgos, ya que en general por lo menos duplica la cobertura que se incluye en otros contratos.

PREGUNTAS DE REVISION

1. El porcentaje de los préstamos asegurados por la Administración Federal de Vivienda ha disminuido con el correr del tiempo.
   (a) ¿Implica esto que el seguro de crédito sobre préstamos de vivienda está «muriendo»? ¿Por qué?
   (b) ¿Qué factores pueden explicar esta tendencia?
2. ¿Por qué en las garantías de comercio internacional los gobiernos consideran que los riesgos políticos son asegurables, mientras que en acuerdos privados no lo son?
3. Al describir las pólizas de la primera compañía de seguro de crédito de Inglaterra (creada en 1820), E. M. Shenkman establecía que «La compañía se hizo cargo de la indemnización de las pérdidas causadas por la quiebra de cualquier deudor o buscó una compensación de acuerdo a alguna ley del Parlamento. Pero el asegurado debe demostrar que se le concedió crédito al deudor cuando su posición financiera era irreprochable.» ¿En qué se diferencia este método de los actuales para probar una pérdida?
4. El administrador de créditos de un abastecedor de acero informó que el seguro de crédito había ayudado a aumentar las ventas de su compañía en un 60 por 100 en dos años. Esto se logró mediante una cobertura adicional de seguro de crédito sobre cuentas que no estaban «tarifadas», pero que merecían un crédito adicional. (Si una cuenta no está «tarifada» por una agencia de crédito, en general el asegurador extiende sólo un pequeño seguro sobre ella.) Se vio que las ventas aumentaron en proporción directa al deseo de la firma a conceder créditos. A su vez, la capacidad de la firma para aumentar sus líneas de crédito fue posible gracias a una estrecha relación de trabajo entre ésta y el suscriptor del seguro, quien accedió a ampliar gradualmente los límites de seguro de crédito desde una cuenta de 10.000 dólares a cien mil en un año. Si la compañía de seguro de crédito estaba dispuesta a ampliar en esa medida sus límites crediticios, ¿por qué razón la agencia que clasifica los créditos se negó a conceder a este cliente una línea de clasificación más alta?
5. Un autor afirmó: «La causa principal de incertidumbres en la vida económica es el tiempo. La función del seguro en una sociedad organizada consiste en superar las desventajas del tiempo, de la misma manera que los medios de transporte superan las desventajas del espacio.»
   (a) ¿En qué forma el seguro de crédito es un instrumento para superar las desventajas del tiempo? Explíquelo.
   (b) ¿Diría usted que esta afirmación es válida para otros tipos de seguro? ¿Por qué?
6. ¿En qué medida el fondo para pérdidas por deuda es un sustituto del seguro de crédito? Explíquelo.
7. Un autor afirmó: «No es posible... transferir el riesgo de crédito a una agencia externa en forma completa... Siempre debe quedar un riesgo residual sobre los hombros del comerciante como una consecuencia necesaria de su actividad comercial.» Explique por qué esto es verdadero o falso.
8. Un usuario del seguro de crédito informó: «Algunos ejecutivos... afirman que el costo del seguro de crédito es excesivo. Considerando los términos de la póliza, la cuota inicial, los pagos mensuales, el factor de coaseguro y los costos de cobro, la póliza sobre nuestra compañía es cara. Pero es cara solamente si se adopta el enfoque limitado de proteger las cuentas por cobrar... Yo trabajo con un ayudante y probablemente necesitaría dos teniendo en cuenta el volumen de ventas que manejamos..., nuestros agentes de venta pueden explorar territorios vírgenes y nuevas cuentas sin temor a ver paralizada su labor por el departamento de créditos. En la otra cara de la medalla, cuando se suscribe una póliza con el único propósito de asegurar las cuentas por cobrar y se vive dentro de los límites de la póliza sin pedir coberturas más amplias cuando se necesitan, pueden suceder varias cosas: 1) El departamento de ventas se siente frustrado porque sus esfuerzos deben ajustarse a los términos de la póliza; 2) El departamento de créditos tiende a seguir la línea de tarifas de la agencia de

créditos, no los informes acerca de éste, y por lo tanto las cuentas de buena calidad que no están tarifadas correctamente quedan ocultas. Para ser eficiente, el programa de seguro debe ser usado en forma agresiva y constantemente como un instrumento de venta. Como tal, el costo es nominal; como un gasto de seguro, el precio puede ser excesivo.» Valore esta afirmación. ¿Cuáles son las limitaciones del argumento? Discútalo.

9. ¿De qué manera ha mejorado y facilitado el seguro el crédito a las pequeñas comunidades? Discútalo.
10. Identifique por lo menos siete tipos de seguro de crédito e indique brevemente sus principales diferencias.
11. (a) En su opinión, ¿en qué medida debería un banco estar más dispuesto a conceder crédito a una firma cuya cuenta está asegurada?
    (b) ¿Existe alguna evidencia de que los bancos prestan atención a este punto?
12. Considerando la alta tasa de devolución de préstamos a largo plazo a los propietarios de viviendas, ¿por qué cree usted que es necesario el seguro de crédito?
13. ¿Por qué los comerciantes al detall no están incluidos en el seguro de crédito de mercancías?
14. La Jones Forniture Manufacturing Company, bajo la gestión de A. M. Jones, tiene una póliza de seguro de crédito del tipo general de cobertura retroactiva. Los términos de venta de la compañía exigen el pago a los noventa días después del despacho. Se realiza una venta a la Smith Retail Company, cuya clasificación crediticia en Dun and Bradstreet establece una responsabilidad de 10.000 dólares de seguro de crédito de acuerdo a la póliza de Jones. La venta era por 20.000 dólares. El pago no se realiza dentro de los noventa días y Jones decide esperar un poco. Treinta días más tarde aún no se recibe el pago.
    (a) Aconseje a Jones acerca de sus derechos bajo el contrato de seguro de crédito.
    (b) Si la Smith Company no paga meses después del despacho, ¿cuáles son los derechos de Jones bajo su póliza de seguro de crédito si no ha interpuesto la demanda en esa fecha?
    (c) ¿Por qué razón puede Jones haber dudado en entregar la reclamación al asegurador? ¿Son válidas estas razones?
    (d) ¿Qué pago hará el asegurador si ésta es la única demanda de Jones durante el año y si el contrato está sujeto a una primera pérdida de 3.000 dólares y un coaseguro del 10 por 100? (Suponga que no se recupera nada.) El uso de estas franquicias, ¿está de acuerdo con las prácticas usuales de seguro? ¿Por qué?
    (e) ¿Habría podido Jones obtener una cobertura total sobre esta cuenta?
15. ¿Cómo se compara el «factor» como un competidor de la compañía de seguro de crédito?
16. Resuma las ventajas y limitaciones del seguro de crédito tal como se suscribe en la actualidad. Como proyecto de trabajo, consulte a una firma comercial o a una agencia local de su zona que use este tipo de seguro y obtenga su opinión y reacción a los argumentos expuestos en el texto.
17. «A» hace objeción a cierta redacción en el texto de su contrato de seguro de títulos que estipula que no será indemnizado por pérdidas descubiertas una vez suscrita la póliza. «A» sostiene que ha habido un error y que lo que el asegurador pretendía en realidad era eliminar todas las pérdidas que ocurrieron antes de extender el contrato. ¿Tiene «A» razón? En caso contrario, ¿por qué?
18. ¿Cuál es la ventaja del seguro de títulos si el asegurador excluye todas las pérdidas que ocurren después de emitir la póliza y todas las conocidas antes de suscribirla? Explíquelo.
19. (a) Se afirma que la prima por un seguro de títulos es desproporcionadamente alta cuando la propiedad se transfiere con frecuencia. ¿Está de acuerdo?
    (b) ¿Cuál podría ser la justificación del asegurador de títulos para no reducir la prima en transferencias frecuentes?
20. Un contable deshonesto ocultó los atrasos en el pago de impuestos sobre cierta propiedad para prevenir el descubrimiento de un desfalco. En la transferencia se cancela un acuerdo entre el dueño anterior y los colindantes respecto a los derechos de acceso por

la entrada posterior y garaje. Los dueños colindantes se encuentran así sin derechos legales para cruzar la propiedad y entrar a sus garajes. Esta pérdida puede referirse en forma directa a los impuestos que existen sobre la propiedad vecina. Suponiendo que uno de los propietarios compró su propiedad en el momento de existir estos embargos, y suponiendo que el contrato de seguro de título no contiene cláusulas que excluyan los impuestos de este tipo, ¿es posible obtener indemnización por esta pérdida bajo este seguro de títulos? ¿Por qué?

21. Según el sistema de títulos de Torrens, un propietario que decide inscribir su propiedad debe notificárselo al tribunal y presentar toda las pruebas referentes a ello. Hay una reunión con todas las partes interesadas, se redacta un título provisional, que se convierte en el definitivo después de cierto tiempo. Todos los cambios posteriores se inscriben en el tribunal y la propiedad se transforma en un registro público. ¿Cuáles podrían ser las ventajas de este sistema sobre el uso del seguro de títulos?
22. ¿Cuáles son tres características especiales del seguro de calderas y maquinaria que lo distinguen de otros tipos de seguro? Explique cada una.
23. Distinga entre seguro de paralización, de interrupción de energía y de interrupción de operaciones en una planta comercial.
24. (a) ¿Por qué es vital para muchos tipos de firmas comerciales el seguro de daño consecuencial?
    (b) ¿Qué tipos de firmas propondría usted como candidatos a este tipo de cobertura?
25. Un autor informó de un accidente de la siguiente forma: Un almacén de una pequeña ciudad sufrió en un corto período de tiempo tres explosiones de vapor de fuel-oil en el horno de su caldera. En uno de estos accidentes se sufrió una pérdida por 25.000 dólares, incluyendo la pérdida de los cristales de las ventanas. Mucha gente, asustada por estas explosiones, dejó de comprar en la tienda e incluso cruzaban a la acera de enfrente para evitar pasar cerca de ella. ¿Qué moraleja deduce usted de este incidente para el administrador de seguros del almacén?

19

Naturaleza y alcance de la pérdida de los valores humanos

Hasta este momento hemos considerado los problemas causados por la destrucción de valores materiales y la institución del seguro como solución. Veremos ahora algunos de los problemas causados por la destrucción de valores humanos. Estos, aparte de ser más importantes para nosotros desde un punto de vista personal, tienen más valor y significación que todos los valores de propiedad material juntos. La verdadera riqueza de una nación no se encuentra en sus recursos naturales o la propiedad acumulada sino en la capacidad potencial de su población y en la forma en que esta población es utilizada. El cuidado de la vida humana es de primordial importancia para nosotros. Un análisis detenido de los diferentes tipos de pérdida económica causados por la destrucción de la vida o la salud es esencial para comprender los métodos usados por el seguro para reparar estas pérdidas.

LOS VALORES DE LA VIDA

La vida humana es valiosa por varias razones. Muchas de éstas son de naturaleza fisiológica y nos llevarían al terreno de la religión, la estética, la sociología, la sicología y otras ciencias del comportamiento. A nuestro propósito, tienen mayor interés los valores económicos aunque es difícil separarlos de modo

que no tengan implicaciones o no estén relacionados con los otros puntos de vista.

Una vida humana tiene un valor económico para todos quienes de ella depende su capacidad de sustento, en especial los dos grupos económicos principales: la familia y el empresario. Para la familia, este valor se mide por la capacidad de cada uno de sus miembros para contribuir a su mantenimiento. Para el empresario, el valor económico de la vida de un empleado se mide por su contribución al éxito de la empresa. Si se afirma que en una sociedad de libre competencia el trabajador recibe lo que se merece y no es explotado, su contribución se mide nuevamente por su capacidad de trabajo. Se deduce, entonces, que la capacidad de trabajo es la única medida del valor económico de la vida humana. Este concepto no es extraño ya que se usa para determinar el valor de la propiedad; así, el precio que un inversionista está dispuesto a pagar por una firma, una acción o un edificio de apartamentos, depende en gran medida de la capacidad de retribución de la propiedad. Si la «tasa de retribución en el mercado» de un cierto tipo de empresa es del 10 por 100, y se nos dice que la firma debería producir un promedio de 10.000 dólares al año, estaremos dispuestos a pagar por ella 100.000 dólares. De la misma manera, si se destruye la salud o la vida humana, tanto el empresario como la familia se verán desprovistos de la capacidad de producción de esta «máquina humana», cuyo valor puede ser determinado mediante un proceso adecuado de capitalización.

Hay cuatro riesgos principales que pueden destruir totalmente o en parte el valor económico de una vida humana. Estos son:

1. Muerte prematura.
2. Pérdida de la salud.
3. Vejez.
4. Desempleo.

Analizaremos en este capítulo solamente los problemas que se derivan de los tres primeros riesgos. El de desempleo se estudia en el Capítulo 24.

MUERTE PREMATURA

El principal problema económico que surge cuando alguien de la familia muere, en especial si es el cabeza de la misma, es la pérdida de ingresos aportados por esa persona[1]. El valor real de estos ingresos es con lo que se mide la pérdida. Un método para determinar su valor es encontrar una suma de dinero que, al ser pagada en cuotas que incluyan tanto la cantidad básica como el interés sobre el resto de la vida útil del trabajador, produzca el mismo ingreso neto que el recibido anteriormente, tras descontar los impuestos y gastos de manutención del individuo. Una vez calculada esta cantidad, representa el importe del seguro de vida que sería necesario para asegurar el valor económico total de la persona y reemplazar el ingreso neto que ésta percibía.

Como ejemplo: Supongamos que un cabeza de familia de treinta y cinco años de edad tenga un sueldo fijo anual de 10.000 dólares durante el resto de su vida. Suponiendo que se retira a los sesenta y cinco años, le restan treinta de trabajo y, por lo tanto, deberá recibir unos ingresos brutos de 300.000 dólares. De esta suma hay que hacer los siguientes descuentos: (1) impuestos, gastos comerciales, etc., y (2) una cuota para su propia manutención.

Supongamos que tales conceptos totalizan 4.000 dólares anuales. La pregunta es entonces: «¿Qué suma de dinero produciría un pago de 6.000 dólares anuales si durara exactamente treinta años?» Si se supone un interés del 3,5 por 100, la referencia a una tabla de anualidades indica que se necesitarán exactamente 112.435 dólares. Al comparar esta suma con el seguro de vida promedio por familia en 1970 de 20.900 dólares, se aprecia en cierto modo el grado de infraseguro existente en la vida humana[2].

---

[1] En general, no debe considerarse como una pérdida de ingresos la causada a una familia por la muerte de un individuo dependiente. Sin embargo, hay pérdidas que se pueden medir tales como las inversiones en educación, servicios impagados y el costo del funeral.

[2] Ver *Life Insurance Fact Book*, publicado anualmente por el Instituto de Seguro de Vida para la información referente a esta cantidad y otras estadísticas de seguro de vida.

Hay que prestar atención a varios factores básicos en el cálculo anterior. Primero, el riesgo de muerte prematura siempre produce una pérdida total del valor de la vida humana. No existen casos de pérdidas parciales, como en el seguro de propiedad. Segundo, este valor tiende a decaer con la edad, ya que cada año que pasa, el trabajador cuenta con un año menos para producir. Tercero, en el cálculo del valor de la vida humana debe tenerse en cuenta un interés determinado, la importancia de la contribución del trabajador a su familia, futuras tasas de impuesto sobre las ganancias, y un nivel dado de ingresos totales. Un cambio en estos u otros factores podría producir resultados esencialmente diferentes en la suma final del valor de la vida humana. Por esta razón, el cálculo representa sólo una estimación bruta de este valor, lo que en efecto es una cuestión muy personal. El seguro de vida, creado para reparar la pérdida de la vida, debe tomar en cuenta estos y otros muchos factores, debiendo ser amoldado de modo que satisfaga las necesidades de cada individuo.

Enfoque según las necesidades

Otra forma de medir la pérdida para una familia causada por la muerte de un individuo se refiere al llamado enfoque según las necesidades. Desde este punto de vista, la pérdida se estima de acuerdo al destino que se habría dado a la cantidad recibida si el individuo hubiese vivido para producirla. Así, la pérdida se mide sumando las cantidades necesarias para satisfacer las necesidades familiares en distintos períodos de la vida. Por ejemplo, se pueden necesitar 3.000 dólares para pagar los gastos últimos tales como funerales, deudas e impuestos. La cantidad necesaria para producir un ingreso mensual de 200 dólares durante un período de educación de los chicos de quince años es cerca de 30.000. La suma necesaria para asegurar unos ingresos mensuales de 150 dólares a la viuda por el resto de su vida, una vez finalizado el período de educación de quince años, sería de 37.000 dólares si la viuda tuviese cincuenta años en el momento de comenzar el pago. Para dar una educación escolar a dos chicos se necesitarían cerca de 10.000 dólares (dependiendo del colegio y las costumbres de gasto de los niños). Esto totaliza 80.000 dólares como cantidad mínima, como estimación de la pérdida derivada de la muerte del cabeza de familia.

Los siguientes son ejemplos de las necesidades de ingresos y de dinero que la entidad aseguradora de vida puede proveer:

Necesidades de ingresos	*Necesidades en dinero*
Cuota de readaptación para la adaptación de la familia a un menor nivel de entradas.	Gastos de defunción (funeral, cuentas médicas, deudas, terreno en el cementerio, impuestos, etc.).
Ingresos familiares durante el período de educación de los hijos.	Amortización de hipotecas.
Pensión vitalicia a la viuda.	Fondo de educación escolar.
Renta de jubilación para el asegurado.	Fondo para regalos.
	Fondo para eventualidades.

Una ventaja de este enfoque al calcular el valor de la vida humana es que permite concentrarse en metas específicas al contratar un seguro de vida. Así, un seguro contratado para asegurar la educación de los hijos puede ser establecido de modo que el asegurador esté en poder de los fondos hasta una fecha fijada de antemano y, a partir de ésta, pague la cuota durante el período escolar. A menudo se compra el seguro para compensar los altos impuestos sobre la propiedad y herencia de la persona, después de su muerte. Si no se cuenta con dinero en el momento, podría ser necesario vender algunos bienes a muy bajo precio, causando así una pérdida a los herederos. En caso de ser contratado para pagar una hipoteca, puede ser planificado de modo que, independiente de la fecha de muerte del propietario, siempre se cuente con una cantidad suficiente para liquidar el saldo restante de aquélla. Naturalmente, esta técnica da como resultado una cantidad diferente de la capitalización de los ingresos según los diversos supuestos en que se basa. El enfoque basado en las necesidades parece constituir una aproximación realista al problema de decidir qué tipos de seguro de vida se deben contratar y cuándo. El enfoque de capitalización de las ganancias puede ser más útil para determinar el valor total de una vida humana cuando, por ejemplo, se trata de establecer las pérdidas sufridas por la muerte de un individuo debida a negligencia de otro. Ambos métodos muestran que una vida humana es mucho más valiosa, desde un punto de vista económico, de lo que se piensa y que este valor supera con creces la cantidad por la que normalmente se asegura.

Pérdidas para la empresa

La tarea de determinar el valor de la vida de una empleado, un socio o un accionista importante, es algo más complicada para una firma comercial. Si muere una persona vital, la firma puede perder clientes importantes cuyo mantenimiento dependa de esta persona; además, los proyectos en los que el individuo había estado trabajando y en los que la firma ha invertido grandes cantidades pueden interrumpirse. El costo adicional de adiestrar o contratar a una persona que lo reemplace puede ser importante. Otros empleados importantes pueden darse de baja debido a la muerte de un socio o un funcionario con quien estaban en contacto continuo. Cada firma debe hacer las estimaciones más reales de los riesgos de pérdida y asegurarse de la forma adecuada [3].

Otra fuente de pérdida para la firma debido a la muerte de un socio o accionista la constituye el hecho de que su propiedad en la firma puede pasar a manos de personas hostiles a ésta o incluso puede originar la venta de activos para cancelar deudas sobre la propiedad. Por ejemplo, para conseguir dinero, la viuda de un socio fallecido puede querer su parte en el capital de la sociedad, causando así la liquidación del negocio. Los competidores pueden lograr el control de la firma mediante la compra de las acciones de los familiares de los accionistas fallecidos. Quienes han heredado las acciones pueden entrar en el negocio pero, debido a su inexperiencia, pueden causar pérdidas e incluso la quiebra. El seguro de vida creado para compensar o evitar estas pérdidas recibe el nombre de «seguro de continuación de negocios».

En el plan de continuación de un negocio basado en un seguro de vida, los dueños acuerdan por adelantado qué se ha de hacer con las acciones en caso de muerte. Por ejemplo, dos socios son propietarios por partes iguales de un negocio por valor de 100.000 dólares. El activo principal del negocio es una planta comercial. Ninguno de los socios tiene ningún familiar capaz de asumir la administración en caso de muerte. Sin embargo,

[3] En un estudio del campo de seguros de vida se encontró que de 214 empresas estudiadas, sólo tres octavos tenían alguna forma de seguro comercial. El triple de este número contaban con seguros de vida sobre hombres clave. ROBERT I. MEHR and HUGH WALES, *Business Life Insurance and Its Economic Applications* (Urbana: University of Illinois, Bureau of Economic and Business Research, 1950), p. 31.

está claro que la muerte de uno de los socios obligará a la venta del edificio para obtener dinero para retirar su parte del negocio y proveer de dinero a su familia. Si hubiese que vender el edificio a precio de urgencia es dudoso que se puedan obtener 50.000 dólares. Para prevenir esta pérdida, los socios firman un acuerdo de compra y venta en el que cada uno acepta comprar los intereses del otro en caso de muerte. Para financiar el acuerdo y asegurar el dinero para este fin, cada uno suscribe un seguro sobre la vida del otro. El acuerdo de compra y venta obliga a cada socio a aceptar una cierta evaluación de su parte y venderla de acuerdo con los términos del contrato.

La probabilidad de pérdida

¿Cuál es la probabilidad de que una persona muera prematuramente? Hay que recordar que para determinar el valor económico de la pérdida de la vida humana no estamos interesados en si la persona morirá, sino cuándo. Aun los empleados de una compañía de seguros de vida que examinan las propuestas de seguro con gran cuidado, aceptan continuamente asegurados que mueren poco tiempo después de suscribir la póliza, a pesar de su aparente buena salud. Sin embargo, los actuarios han construido tablas de mortalidad, en las que es posible basar las tasas científicas de seguro de vida. Estas tablas, que se revisan periódicamente, estiman la probabilidad de muerte en el tanto por mil y en términos de esperanza de vida [4]. La Tabla 19-1 ilustra la experiencia de mortalidad que se usa en la actualidad. En ella se nos dice que una persona de veinte años tiene probabilidad de vivir otros cincuenta años. A esta edad se espera que sólo 179 de cada 100.000 mueran antes de cumplir veintiún años. Por lo tanto, la probabilidad de muerte a los veinte años es de 0,179 por 100. A los noventa y seis años, la tasa de mortalidad es algo mayor del 40 por 100, pues se espera 400,56 por 1.000 mueran durante ese año. A los cien años, se supone que la muerte es una certeza. La probabilidad de muerte expresada en una tabla de mortalidad se basa en vidas aseguradas y no en el total de la población. Las tasas de mortalidad que aparecen en

[4] La tabla en uso es la «Commissioners Standard Ordinary Table (CSO), 1958», que se basa en las tasas de mortalidad de las compañías de seguro durante los años 1950-1954. La tabla CSO de 1958 reemplazó a la de 1941, que estaba basada en la experiencia acumulada en el período 1930-1940. La de 1941 reemplazó a la «American Experience Mortality Table», que se basaba en la información recopilada entre 1843 y 1858.

Tabla 19-1

TABLA DE TASAS DE MORTALIDAD DE COMISIONADOS (1958) («C. S. O.»)

Edad	Muertes por cada 1.000	Probabilidad de vida-años	Edad	Muertes por cada 1.000	Probabilidad de vida-años
0	7,08	68,30	26	1,96	44,90
1	1,76	67,78	27	1,99	43,99
2	1,52	66,90	28	2,03	43,08
3	1,46	66,00	29	2,08	42,16
4	1,40	65,10	30	2,13	41,25
5	1,35	64,19	31	2,19	40,34
6	1,30	63,27	32	2,25	39,43
7	1,26	62,35	33	2,32	38,51
8	1,23	61,43	34	2,40	37,60
9	1,21	60,51	35	2,51	36,69
10	1,21	59,58	36	2,64	35,78
11	1,23	58,65	37	2,80	34,88
12	1,26	57,72	38	3,01	33,97
13	1,32	56,80	39	3,25	33,07
14	1,39	55,87	40	3,53	32,18
15	1,46	54,95	41	3,84	31,29
16	1,54	54,03	42	4,17	30,41
17	1,62	53,11	43	4,53	29,54
18	1,59	52,19	44	4,92	28,67
19	1,74	51,28	45	5,35	27,81
20	1,79	50,37	46	5,83	26,95
21	1,83	49,46	47	6,36	26,11
22	1,86	48,55	48	6,95	25,27
23	1,89	47,64	49	7,60	24,45
24	1,91	46,73	50	8,32	23 63
25	1,93	45,82			

Muertes por cada 1.000	Probabilidad de vida-años	Edad	Muertes por cada 1.000	Probabilidad de vida-años	Edad
79,18	7,39	76	9,11	22,82	51
85,70	6,98	77	9,96	22,03	52
93,06	6,59	78	10,89	21,25	53
101,19	6,21	79	11,90	20,47	54
109,98	5,85	80	13,00	19,71	55
119,35	5,51	81	14,21	18,97	56
129,17	5,19	82	15,54	18,23	57
139,38	4,89	83	17,00	17,51	58
150,01	4,60	84	18,59	16,81	59
161,14	4,32	85	20,34	16,12	60
172,82	4,06	86	22,24	15,44	61
185,13	3,80	87	24,31	14,78	62
198,25	3,55	88	26,57	14,14	63
212,46	3,31	89	29,04	13,51	64
228,14	3,06	90	31,75	12,90	65
245,77	2,82	91	34,74	12,31	66
265,93	2,58	92	38,04	11,73	67
289,30	2,33	93	41,68	11,17	68
316,66	2,07	94	45,61	10,64	69
351,24	1,80	95	49,79	10,12	70
400,56	1,51	96	54,15	9,63	71
488,42	1,18	97	58,65	9,15	72
668,15	0,83	98	63,26	8,69	73
1.000,00	0,50	99	68,12	8,24	74
			73,37	7,81	75

la tabla CSO de 1958 son mayores a cualquier edad que para la población total, aun cuando se podría pensar lo contrario. Las estadísticas de mortalidad general incluyen individuos de cualquier edad y en cualquier estado de salud, mientras que las personas aseguradas han sido sometidas, supuestamente, a un examen médico antes de su aceptación. Sin embargo, las tablas de

mortalidad de seguro están «recargadas» a propósito para cubrir ciertas contingencias (tales como fluctuaciones bruscas en un año determinado) y garantizar que todos los aseguradores, grandes y pequeños, puedan usar la tabla sin excesivo riesgo. Sin embargo, la mayoría de las veces la tabla es una representación bastante exacta de la tasa de mortalidad.

Tabla 19-2

PROBABILIDAD DE VIDA AL NACER EN LOS ESTADOS UNIDOS

	Blanco		No blanco	
Año	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1900	46,6	48,7	32,5	33,5
1920	54,4	55,6	45,5	45,2
1930	59,7	63,5	47,3	49,2
1940	62,1	66,6	51,5	54,9
1950	66,5	72,2	59,1	62,9
1957	67,1	73,5	60,3	65,2
1965	67,7	74,7	61,1	67,4
1969	67,9	75,1	60,7	68,4

Fuente: National Office of Vital Statistics, United States Department of Health, Education and Welfare.

La probabilidad de que una persona viva es de uno, menos la probabilidad de que muera. Las tablas de mortalidad en uso muestran que cada 1.000 personas de veinte años, 687 hombres u 833 mujeres vivirán hasta la edad de sesenta y cinco años. La Tabla 19-2 muestra las estimaciones de la probabilidad de vida al nacer para años seleccionados desde 1900. Esta tabla muestra los grandes avances que se han hecho para disminuir las tasas de mortalidad con el correr de los años. Es posible observar que desde 1900 la probabilidad de vida para los hombres blancos ha aumentado en cerca del 45 por 100, comparado con un aumento del 53 por 100 para las mujeres blancas. Las probabilidades de vida para los no blancos han aumentado a una tasa mucho mayor, acercándose al 87 por 100 para los hombres y al 99 por 100 para las mujeres. En la actualidad es

posible esperar que una mujer blanca viva siete años más que un hombre blanco. Esta información tiene consecuencias importantes en los seguros sobre la vida y en el cálculo de rentas. Por ejemplo, las tasas del seguro sobre la vida para las mujeres deberían ser más bajas que para los hombres. Además, una mujer puede esperar vivir siete años más que su marido, si son de la misma edad. Sin embargo, ya que es normal que un hombre viva algunos años más que su mujer, parece que un período de viudez considerable está reservado a la mujer promedio. Así los maridos deben comprender que, a menos que tomen ciertas precauciones, existen probabilidades de que la mujer promedio sea viuda varios años. La necesidad del seguro de vida es manifiesta y, dado que las mujeres viven más que los hombres, la prima para asegurar un cierto ingreso es mayor que si el beneficiario fuese un hombre.

Tabla 19-3

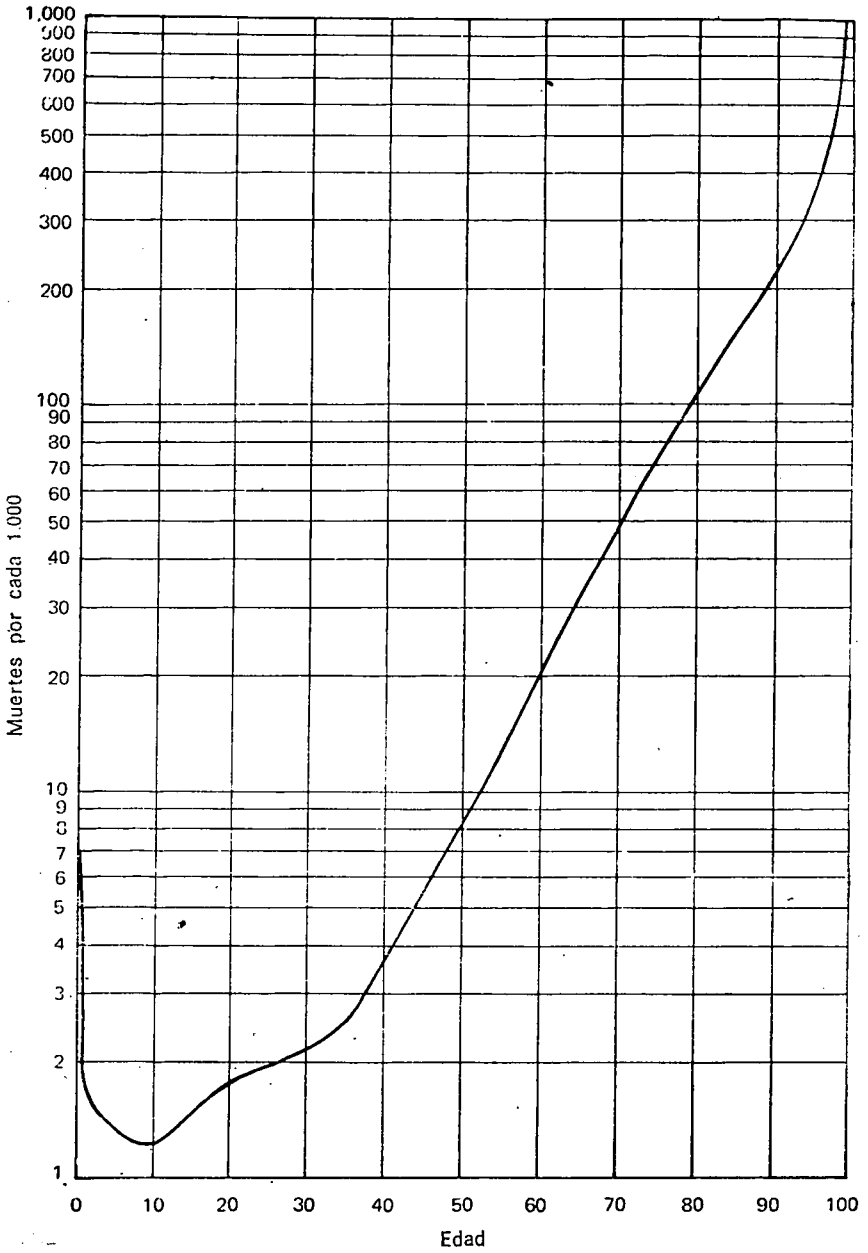
MUERTE POR CAUSAS CLASIFICADAS ENTRE LOS INDIVIDUOS ASEGURADOS (1950 y 1971)

Causa de la muerte	Muertes, porcentaje del total	
	1950	1971
Enfermedades cardiovasculares y renales	57,0	51,7
Cáncer	17,3	20,0
Pneumonía y gripe	1,9	3,0
Tuberculosis	1,3	0,1
Diabetes	1,3	0,9
Causas externas:		
Accidentes de circulación	3,1	3,5
Otros accidentes	3,6	3,0
Suicidio	2,2	1,7
Homicidio	0,3	0,6
Otras causas	12,0	14,5

Fuente: *Life Insurance Fact Book* 1972 (New York: Institute of Life Insurance, 1972), p. 92.

Figura 19-1

LA TASA DE MORTALIDAD. TABLA DE MORTALIDAD DE CSO 1958



El aumento de la longevidad ha dado lugar a una tasa más rápida para las primeras edades que para las últimas. Por ejemplo, la «American Experience Mortality Table», basada en información recogida en el período 1843-1858, revela que un niño de dos años tiene una media esperable de cincuenta años de vida, mientras que la «Commissioners Standard Ordinary (CSO), 1958, Table» muestra al mismo niño con una media esperable de sesenta y siete años; es decir, un aumento del 37 por 100. Sin embargo, a los cincuenta años, de acuerdo con la «American Experiencie Mortality Table», una persona tenía una probabilidad de vivir alrededor de veintiún años más, mientras que en las condiciones actuales puede esperar 23,6 años, es decir, un aumento de sólo un 12,4 por 100 respecto a cien años atrás. Gran parte de la explicación de este fenómeno se encuentra en el hecho de que la ciencia médica ha concentrado sus esfuerzos en el control de enfermedades que no afectan principalmente a los grupos más ancianos. Como se muestra en la tabla 19-3, las enfermedades que afectan predominantemente a las personas mayores causaron la muerte de tantas personas en 1970 como en 1950. Por ejemplo, las enfermedades renales y cardiovasculares y el cáncer representan el 74 por 100 de todas las muertes aseguradas en 1970, y así se ha mantenido desde 1950. Aun cuando estas enfermedades no se concentran exclusivamente en las personas mayores, ocurren con mucha mayor frecuencia en este grupo que en los más jóvenes. Es lógico que hasta que se logre un progreso en el control de las enfermedades que afectan principalmente a las personas mayores, la probabilidad de una vida más larga aumentará muy lentamente.

La probabilidad de muerte aumenta rápidamente con la edad. La figura 19-1 es un bosquejo de las tasas de mortalidad de CSO en 1958, escala semilogarítmica, en la que los niveles de edad se representan en el eje horizontal y las tasas de mortalidad en el eje vertical. Las tasas de mortalidad son más altas durante los primeros años de vida que una vez alcanzados los nueve o diez años de edad. La tasa de mortalidad al año de edad es aproximadamente la misma que a los diecinueve años, con tasas menores entre estas dos edades. Después de los veinticinco años, las tasas aumentan continuamente hasta los cuarenta, pero manteniéndose relativamente bajas. A los setenta, la tasa de mortalidad es más del doble que a los cincuenta, y a los setenta, 2,5 veces mayor que a los sesenta. Por lo tanto, vemos que después de los sesenta la tasa de mortalidad aumenta geométricamente hasta llegar a ser el 100 por 100 a los noventa y nueve años.

Las primas para el seguro de vida tienden a seguir el mismo esquema que el representado por la curva de la figura 19-1. Aumentan bruscamente después de los cuarenta y tienden a ser prohibitivas para quienes desean ingresar en el grupo asegurado a una edad avanzada. Por esta razón poca gente puede permitirse comprar un seguro de vida a una edad avanzada, y la mayoría de los aseguradores rehúsan aceptar peticiones de individuos mayores de sesenta y cinco años, debido a la tendencia a una selección adversa pasada esa edad. Así, si una persona pide un seguro de vida «cuando lo necesita», no está vendible para ella. Debe comprarlo en un momento en que su probabilidad de muerte es baja. La misma actitud se observa en otros ramos (por ejemplo, no es posible comprar un seguro contra incendio cuando la casa está en llamas); es decir, el seguro es algo que debe ser adquirido antes que ocurra la pérdida o se convierta en algo altamente probable.

PERDIDA DE LA SALUD

La segunda forma importante en que la vida humana puede verse menoscabada es por la pérdida de la salud. En muchos aspectos éste es un riesgo más importante que la muerte prematura, ya que si una persona está incapacitada a causa de un accidente o enfermedad, no sólo se pierde o se reduce en gran medida su capacidad para producir, sino que además es necesario pagar por gastos médicos y hospitalarios y cuidar del individuo durante su enfermedad, lo que supone una carga financiera considerable.

Pérdida de ingresos

Los daños causados por la pérdida de la salud pueden ser estimados de dos formas: pérdida de ingresos por incapacidad y gastos por cuidados médicos. La Oficina de Seguridad Social (Social Security Administration), que realiza estimaciones anuales de las pérdidas totales causadas por incapacidades de trabajo de corta duración (enfermeda de seis meses o menos), las calculó en 15,1 mil millones de dólares en 1969. De esta cantidad, cerca del 34 por 100 estaba asegurado y solamente cerca del 14 por 100 del seguro total estaba representado por pólizas individuales; el resto estaba incluido en seguros de grupo de diversos

tipos [5]. Los accidentes y las incapacidades de trabajo por plazos largos representan una pérdida muy superior, pero no existe una estimación precisa de la misma. Una estimación sugiere que la enfermedad temporal es causante del 20 por 100 de las pérdidas de ingresos; los casos de incapacidad parcial, del 50 por 100, y la incapacidad total, del 30 por 100 [6]. Basándose en esto, las enfermedades habrían causado una pérdida de ingresos en 1969 de alrededor de 75 mil millones de dólares. Esto no incluye la pérdida causada por accidentes del trabajo, que se estimó en cerca del 1 por 100 de la renta nacional en 1952 [7]. Si la misma relación se mantuviese en 1969, habría que agregar 9,3 mil millones de dólares, elevando el total de pérdidas por incapacidad a cerca de 83,3 mil millones, o sea, del 9 ó 10 por 100 de la renta nacional de ese año. Es obvio que estas estimaciones no toman en cuenta la gran cantidad de pérdidas indirectas, tales como una menor eficiencia de producción y otros gastos adicionales, que corren por cuenta de los empresarios y las familias de los obreros imposibilitados, ni tampoco la pérdida de servicios de personas que no reciben sueldo, tales como las amas de casa.

Gastos médicos

Se estima que los gastos en cuidados médicos en los Estados Unidos alcanzaron los 63,8 mil millones de dólares en 1969. Hay que comparar esta cifra con los 12,8 mil millones de 1950. El gasto medio *per cápita* en cuidados médicos aumentó cerca de cuatro veces en ese período. Paralelamente, el porcentaje del producto nacional bruto utilizado en estos cuidados aumentó del 4,5 a 6,9 por 100 en el período 1950-1969. Las Tablas 19-4 y 19-5 resumen algunas de las estadísticas que se refieren a estos conceptos.

---

[5] DANIEL N. PRICE, *Cash Benefits for Short-Term Sickness*, Social Security Bulletin (énero de 1971), pp. 19-31. Sesenta por ciento de los 5.100 millones de dólares estimados en pago de beneficios en 1969 era en forma de ausencia por enfermedad.

[6] J. G. TURNBULL, C. A. WILLIAMS and E. F. CHEIT, *Economic and Social Security* (Nueva York: The Ronald Press Company, 1957), p. 298, cita a la Comisión de Necesidades de Salud de la Nación, Building America's Health, IV (Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1957), p. 303.

[7] *Ibid.*, p. 247.

Tabla 19-4

GASTOS «PER CAPITA» POR CUIDADOS MEDICOS EN LOS ESTADOS UNIDOS (1965-1966 y 1970-1971)

Tipo de pago	1965-66 (dólares)	1970-71 (dólares)	Porcentaje de aumento
Servicios hospitalarios	71,22	141,42	99
Servicios médicos	44,60	67,99	52
Servicios dentales	14,42	22,24	54
Otros servicios profesionales ...	5,74	7,04	23
Drogas	25,32	35,66	41
Anteojos	6,59	9,14	39
Cuidado de enfermeras a domicilio	7,08	16,09	127
Costos administrativos de compañías de seguro	7,21	10,96	52
Servicios de salud pública	3,68	7,72	110
Otros servicios de salud	9,56	13,40	40
Construcción de instalaciones médicas y de investigación ...	17,35	26,41	52
TOTAL	212,77	358,04	69

Fuente: DOROTHY P. RICE and BARBARA S. COOPER, *National Health Expenditures*, 1929-1971, «Social Security Bulletin» (enero de 1972), p. 12.

La información sobre los costos de los cuidados de la salud permite llevar a las siguientes conclusiones:

1. El costo medio «per capita» de los cuidados de la salud en los Estados Unidos aumentó en el período 1966-1971 en un 69 por 100 y alcanzó 358 dólares en 1971. Un dólar de estos gastos se divide aproximadamente de la siguiente forma: servicios profesionales, 27 por 100; atención hospitalaria, 40 por 100; drogas, 13 por 100; varios, 20 por 100.
2. Los costos de atención hospitalaria y cuidado de enfermeras a domicilio han aumentado casi dos veces más rápidamente que otros tipos de cuidado en el período de cinco años, según se muestra en la Tabla 19-4. La información muestra que el costo diario de cuidado hospitalario tenía una media de 65 dólares en 1969, comparado con sólo 15 en 1960. El costo de mantenimiento de los hospitales crece alrededor del 13 por 100 anual.
3. Los costos pagados por el Gobierno federal para proveer una gama más amplia de servicios de cuidado de la salud han subido dramáticamente en años recientes. El estudio de un sistema de seguro nacional de la salud se está llevando a cabo actualmente en el Congreso; parece ser que a través de este seguro, la participación del Gobierno se ampliará aún más en los años venideros.
4. Los costos de gastos médicos financiados directamente por los individuos ha ido disminuyendo continuamente (ver la Tabla 19-5). En 1970 los ciudadanos pagaron directamente menos del 40 por 100 de sus gastos médicos totales (comparado con el 56 por 100 en 1960); el resto se paga a través de seguros privados del Gobierno. La proporción pagada mediante seguros privados ha variado entre el 20 y el 24 por 100 en el período 1960-1970.

Tabla 19-5

DISTRIBUCION DE COSTOS DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS (1960-1971)

Fuente pagadora	Porcentaje de costos pagados	
	1959-60	1970-71
Gobierno:		
Federal	9,3	23,2
Estatal y local	12,4	12,6
Total sector público	21,7	35,8
Agencias privadas:		
Individuales	55,3	37,2
Seguro privado	20,7	25,5
Otras	2,3	1,5
Total sector privado	78,3	64,2

Fuente: DOROTHY P. RICE and BARBARA S. COOPER, *National Health Expenditures*, 1929-1971, «Social Security Bulletin» (enero de 1972), p. 12.

La probabilidad de pérdida

La información anterior muestra el tremendo costo de las pérdidas en los ingresos causadas por enfermedades, accidentes y gastos de cuidados médicos. ¿Cuál es la probabilidad de que una persona se encuentre entre los infortunados cada año? No existe una respuesta precisa a esta pregunta, dado que la información respecto a enfermedades y accidentes no está estudiada con la misma precisión que la de mortalidad; sin embargo, es posible hacerse una idea de la probabilidad de pérdida de la salud examinando las estadísticas de admisión en los hospitales. Por ejemplo, una de cada siete personas ingresó en el hospital. Como media, cerca del 3 por 100 de la población total está en los hospitales en un período determinado[8]. En 1968, los asalariados perdieron un promedio de 3,6 días de trabajo como resultado de alguna dolencia. En cuanto a una proporción del promedio de días trabajados (cerca de 250), la pérdida en tiempo representaba cerca del 1,4 por 100. Sin embargo, la National Health Survey, la agencia que recopiló la información anterior, mostró también que el americano medio tiene quince días de menor actividad durante el año. Debería quizá concluirse que la cantidad probable de tiempo perdido debido a mala salud se acerca más al 5 que al 1 por 100.

Aun cuando la probabilidad de pérdida de la salud es importante, algunos individuos soportan una carga mayor en los gastos médicos que otros. Por ejemplo, las personas de sesenta y cinco años constituyen cerca del 10 por 100 de la población, pero pagan el 27 por 100 de tales gastos. De la misma manera, las personas menores de diecinueve años constituyen el 16 por 100 de la población y pagan el 36 por 100 de los gastos totales[9]. Al

[8] *Source Book of Health Insurance Data* 1970 (Nueva York: Health Insurance Institute, 1871), p. 49.

[9] BARBARA S. COOPER and MARY F. MCGES, *Medical Cars Outlays for Three Age Groups: Young, Intermediate and Aged*, Social Security Bulletin (mayo de 1971), p. 5. Se han realizado varios estudios extensivos sobre la salud a nivel nacional: por el Comité de Costos de Cuidados Médicos (Committee on the Costs of Medical Cars), que cubría 8.758 familias en el período 1928-1931; el Estudio sobre Salud Nacional (National Health Survey), que cubrió 703.092 familias en 18 Estados en 1935-1936, y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (United States Public Health Service), la Oficina de Seguridad Social (Social Security Administration) y el Centro de Rehabilitación Vocacional (Office of Vocational Rehabilitation), que cubrió 25.000 familias en 1950 y desde entonces lo hace en forma periódica.

mismo tiempo la información muestra que las enfermedades son más graves entre los no blancos que entre los blancos, entre los de bajos ingresos que entre los que disponen de más y entre los desempleados más que entre los que trabajan. Las mujeres tienden a ser más susceptibles a las enfermedades que los hombres, pero se ven afectadas por éstas en períodos más cortos. Los solteros son más propensos a las enfermedades que los casados.

Esta distribución poco proporcionada de los costos de salud representa un problema que se presta en forma ideal para ser solucionado mediante el seguro. La cuenta médica media puede no ser alta, pero la variación es grande y una minoría desafortunada sufrirá cada año una pérdida que no puede soportar.

Causas de enfermedad

Una indicación de las causas de las enfermedades graves puede verse en la Tabla 19-3, que muestra las principales causas de muerte. Es obvio que los mismos factores son responsables de las enfermedades, pero eso no es todo. La información que se muestra en la tabla 19-6 nos dice que el cáncer es causa de sólo el 10,5 por 100 de las incapacidades de importancia; sin embargo, el cáncer es la causa del 20 por 100 de las muertes. La tuberculosis es una causa de muerte de menor importancia, sin embargo, origina el 3,5 por 100 de las incapacidades. Las enfermedades mentales son una causa importante de incapacidad, pero ni siquiera aparecen mencionadas como causa de muerte en la Tabla 19-3. La información de la Tabla 19-6 incluye las incapacidades por las que los afectados reciben compensación de la Oficina de Seguridad Social.

Tabla 19-6

CAUSAS IMPORTANTES DE INCAPACIDAD EN LOS ESTADOS UNIDOS

Causas	Porcentaje del total de incapacitados
Accidentes	6,4
Enfermedad:	
Enfermedades circulatorias	26,2
Huesos y articulaciones, incluyendo artritis	13,3
Enfermedades del sistema nervioso	12,4
Desequilibrios mentales	11,5
Cáncer	10,5
Enfermedades respiratorias	7,9
Tuberculosis y otras enfermedades parasitarias	3,5
Diabetes y otras enfermedades metabólicas	3,5
Desórdenes digestivos	2,5
Desórdenes genitourinarios	0,8
Enfermedades de la piel	0,4
Otras	1,1

Fuente: U. S. Department of Health, *Education and Welfare, Social Security Disability Applicant Statistics* (Washington: U. S. Government Printing Office, 1967), pp. 22-27.

El análisis de la información sobre las enfermedades revela ciertas diferencias de acuerdo a la edad, raza, ocupación y sexo. Por ejemplo, las enfermedades cardiacas representan la causa más importante de incapacidad tanto en hombres como en mujeres; la segunda más importante es la enfisema para los hombres y artritis para las mujeres. La tuberculosis y las hipertensiones cardiacas son más importantes entre la población negra que entre los blancos. El cáncer es más común en edades superiores a los cuarenta y cinco (por ejemplo, hay diez veces más de personas incapacitadas por cáncer a la edad de sesenta años o más que entre los cuarenta y los cuarenta y cuatro). Los obreros especializados son más propensos a la incapacidad que los no especializados.

VEJEZ

La vejez es una condición que a menudo destruye la capacidad de ingresos al igual que la muerte prematura o la pérdida de la salud. Es claro que una persona joven, o bien muere antes de alcanzar la vejez o bien la alcanza; sin embargo, a los veinte años, un individuo tiene mayores probabilidades de alcanzar los sesenta y cinco años que de no hacerlo —tiene una probabilidad aproximada de 62 por 100 de «llegar a viejo».

Por diversas razones, son relativamente pocos los individuos capaces de ganarse la vida después de llegar a la vejez. El seguro de vida está dirigido contra el riesgo de la dependencia económica durante aquélla, haciendo uso de un método mediante el cual es posible acumular fondos que pueden ser liquidados en forma de renta, de acuerdo a una base científica. De esta manera, se crea un flujo de ingresos que durará tanto como uno viva.

Extensión del grado de dependencia durante la vejez

A pesar de que todos saben que alguna vez llegarán a viejos y se convertirán en individuos dependientes, a menos que de alguna manera hayan hecho planes para sí mismos, las estadísticas muestran que en la mayoría de los casos la llegada de la fecha de jubilación encuentra al individuo con una garantía mínima de tener ingresos. Esta situación ha adquirido gran importancia debido a la creciente proporción en la sociedad de personas de edad, el número cada vez menor de oportunidades de empleo para esas personas y el aumento de la longevidad, que extiende el período medio durante el cual dependerán de otros. En 1900, sólo el 4,1 por 100 de la población tenía más de sesenta y cinco años de edad. En 1958 este porcentaje había aumentado al 8,6 y las extrapolaciones de los actuarios lo sitúan en el 10,6 por 100 en 1980 [10]. En 1970 había en los Estados Unidos cerca de 20 millones de personas de más de sesenta y cinco años. Debido a la creciente adopción de normas obligatorias de retiro es cada vez más difícil para estas personas seguir trabajando, en caso de estar capacitadas para hacerlo.

[10] *Census Bureau, Current Populations Report, Population Estimates,* series p-25, núms. 98, 114, 170 y 187.

Posición en cuanto a los ingresos

El «Estudio sobre la vejez de 1968» informó que las personas mayores de sesenta y cinco años de los Estados Unidos recibieron cerca de 60 mil millones de dólares. De este total, los salarios representaban el 30 por 100, los beneficios de retiro el 37 por 100, la ayuda a veteranos y asistencia pública el 6 por 100, rentas por acciones el 25 por 100, y varios el 2 por 100. Las Tablas 19-7 y 19-8 muestran la posición en cuanto a ingresos de las personas mayores que recibían beneficios de retiro y aquellos que no los recibían.

La Tabla 19-7 muestra que los salarios representan una importante fuente de ingresos para las personas mayores. Entre aquellos que recibían pensiones de OASDHI y privadas, el 31 por 100 de los casados y el 10 por 100 de los solteros estaban también trabajando; entre aquellos que no recibían beneficios de retiro estaban trabajando el 80 y el 15 por 100, respectivamente. Las parejas que no gozaban de beneficios constituían el 9 por 100 de la población mayor. Más de la mitad de la población en edad de retiro obtenía ingresos de otras fuentes, pero sólo el 4 por 100 estaba recibiendo rentas privadas, tales como las que se derivan de las pólizas de seguro de vida. Los individuos solteros, sin goce de beneficios, tienden a confiar en la asistencia pública. Alrededor del 20 por 100 de las parejas de edad que pertenecían a OASDHI recibían también pensiones privadas de grupo. Sin embargo, para cerca del 60 por 100 de los ancianos, la OASDHI constituía su única fuente de ingresos estable.

De la Tabla 19-8 es posible deducir que si un individuo es lo suficientemente afortunado para gozar de una pensión de OASDHI y otra privada, se encuentra en una situación financiera muy superior que si debiese basarse solamente en OASDHI. Por ejemplo, sólo 7 por 100 de las parejas de ancianos que gozaban de pensión de OASDHI y privada recibieron menos de 2.500 dólares en 1967, mientras que el 29 por 100 de aquéllas que dependían sólo de OASDHI recibieron menos de los 2.500 dólares anuales.

Se muestran claramente los apuros del individuo soltero que no goza de beneficios de retiro. Cerca de la mitad de estos individuos recibieron menos de 1.000 dólares y su ingreso medio fue de sólo 1.020 dólares. Aquellas parejas sin beneficios de retiro contaban posiblemente con uno o más familiares en situación de empleo y su ingreso medio en 1967 era de 6.270 dólares.

La pobreza entre los ancianos

En el análisis de la situación económica de los ancianos, preparado por el Comité Especial sobre la Vejez del Senado de los Estados Unidos (United States Senate Special Committee on Aging), se dieron a conocer varios hechos interesantes respecto de los ingresos actuales y futuros de éstos.

Tabla 19-7

FUENTES DE INGRESO PARA INDIVIDUOS DE 65 AÑOS O MAS EN LOS ESTADOS UNIDOS (1967)

Porcentaje de individuos con	Titulares de beneficios de OASDHI más pensiones privadas		Titulares sin beneficios de jubilación	
	Casados	Solteros	Casados	Solteros
Ingresos	31	10	80	15
Sueldos y salarios	26	9	53	12
Autoempleo	7	1	26	3
OASDHI	100	100	—	—
Pensiones de grupo privadas	100	100	—	—
Beneficios de veteranos	11	2	5	7
Seguro de desempleo	2	1	2	1
Asistencia pública	1	2	14	54
Ingresos por acciones	73	61	55	24
Contribuciones personales	1	2	—	5
Anualidades privadas individuales	3	4	1	1
Otros	4	2	4	5

Fuente: WALTER W. KOLODRUBETZ, *Private and Public Retirement Pensions: Findings From the* 1968 *Survey of the Aged*, «Social Security Bulletin» (septiembre de 1970), pp. 17-18. El estudio se basó en una muestra representativa de los 19,3 millones de individuos de 65 años o más. La muestra consistió de 9.128 personas, de las cuales se entrevistó a 8.248.

Tabla 19-8

INGRESOS DE LOS ANCIANOS EN LOS ESTADOS UNIDOS (1967)

Ingreso total (dólares)	Porcentaje de parejas casadas con			Personas solteras sin beneficios de jubilación
	OASDHI más pensión privada	Sólo OASDHI	Sin beneficios de jubilación	
Menos de 1.000 ...	—	4	6	48
1.000-1.499	—	9	5	28
1.500-1.999	2	16	8	8
2.000-2.499	5	15	6	5
2.500-2.999	12	12	1	1
3.000-3.999	27	18	4	2
4.000-4.999	19	8	8	3
5.000-7.499	22	10	21	4
7.500-9.999	7	4	22	2
10.000 o más	6	3	19	1
Ingreso medio ...	4.087 dólares	2.748 dólares	6.270 dólares	1.020 dólares

Fuente: WALTER W. KOLODRUBETZ, *Private and Public Retirement Pensions: Findings from the* 1968 *Survey of the Aged,* «Social Security Bulletin» (septiembre de 1970), pp. 17-18.

Nota.—Los porcentajes no suman el 100 por 100 debido a aproximaciones.

Las conclusiones que se presentan a continuación están basadas en el citado estudio [11]

1. Cerca del 30 por 100 de la población mayor vive en la pobreza, comparado con el 10 por 100 de la población menor de sesenta y cinco años. Sus ingresos medios equivalen a menos de la mitad de los de la población más joven y las diferencias se hacen cada vez mayores.

[11] U. S. Senate Special Committee on Aging, *Economics of Aging: Toward a Full Share of Abundance, Hearings.* 91st Congress. Primera Sesión, Parte I, Survey Hearings (Washington: U. S. Goverment Printing Office, 1969), pp. 158-228.

2. Los costos cada vez más altos de los gastos médicos, la inflación y otras presiones agudizan el problema. La tendencia a una jubilación temprana y la falta de oportunidades de trabajo para los ancianos apuntan a un número mayor de personas de edad que se encontrarán en una situación económica desfavorable en el futuro.
3. Estas presiones económicas agotan cualquier propiedad que la persona de edad haya sido capaz de acumular; la propiedad principal, la casa, es cada vez más difícil de mantener.
4. Los ingresos por la seguridad social y pensiones privadas no aumentan lo suficientemente rápido como para contrarrestar estas tendencias. Alrededor del sesenta por ciento de los individuos que se jubilen en el período 1970-1980 gozarán de un ingreso de menos de la mitad de lo que ganaban antes de jubilarse. Menos del cuarenta por ciento del sector laboral recibirá pensiones privadas en la presente década.

Causas de dependencia de las personas de edad avanzada

La información presentada anteriormente muestra que, globalmente, no se ha logrado prevenir la dependencia de las personas de edad. Se han dado algunas explicaciones a este hecho, valgan como ejemplo las siguientes:

1. La economía americana está basada en un esquema de gran consumo y la publicidad empuja a la gente a gastar libremente. En un esfuerzo por «no ser menos que el vecino», los ahorros para la vejez caen en el olvido.
2. Una disminución de las tasas de interés que se prolongó por un largo período (que terminó en U. S. A. alrededor de 1950) hizo que la gente no ahorrara lo suficiente para su vejez.
3. Una inflación continua ha reducido la capacidad de ahorro, ya que los precios y un nivel de vida aceptable aumentan con más rapidez que los salarios.
4. Los hijos no se sienten obligados a cuidar de sus padres ni son capaces de hacerlo.
5. La depresión de 1930 y las desgracias personales causaron a muchos la pérdida de los ahorros de toda una vida.
6. La gente no gana lo suficiente como para ahorrar una cantidad adecuada para la vejez.
7. Los sindicatos son responsables de la falta de oportunidades de trabajo para la gente de edad.

8. La adopción de planes de jubilación en las empresas ha causado el retiro forzoso de gente en condiciones de seguir trabajando.

Estas explicaciones son, en ciertos aspectos, más una excusa que una justificación válida de una causa que está fuera del control del individuo afectado. Quizá debieron haber sido resumidas bajo el título «negativa de la mayoría de la gente de planificar para el futuro» o «la tendencia a vivir sólo para hoy», o la actitud «ya nos arreglaremos de algún modo». Independiente del mérito o veracidad de las explicaciones anteriores hay que reconocer que a pesar de que la gran mayoría no logra ahorrar para enfrentar días más duros, algunos sí tienen éxito. Estos pocos que lo logran, en general tienen planes para ello y el seguro es una parte integrante de esos planes. En los tres capítulos siguientes se estudiará la utilización del seguro para resolver algunos de los problemas bosquejados en éste.

● RESUMEN

1. Los valores de la vida humana, que a menudo son descuidados, tienen, sin duda, mayor importancia y alcance que cualquier propiedad. Cuatro riesgos pueden ser la causa de la destrucción de estos valores: muerte prematura, pérdida de la salud, vejez y desempleo.
2. La muerte prematura causa graves pérdidas a las familias y a los empresarios, pérdidas que pueden ser evaluadas y aseguradas en forma objetiva. La probabilidad de muerte prematura no es despreciable, a pesar de los importantes avances para aumentar la longevidad logrados desde 1900. La información sobre las causas de las enfermedades sugiere que se lograrán disminuciones significativas en las tasas de mortalidad cuando la ciencia médica conquiste afecciones tales como el cáncer y fallos cardíacos.
3. El aumento de la longevidad ha tenido como consecuencia un aumento en la tasa de pérdida de la salud, dado que muchos que antes habrían muerto a causa de la enfermedad continúan vivos, pero en un estado de salud precaria. La pérdida de la salud causa mayores daños económicos que la muerte.

4. Una salud precaria implica dos tipos principales de pérdidas: pérdida de ingresos durante el período de incapacidad y gastos médicos. Ambos han aumentado con gran rapidez en los Estados Unidos. Aun cuando no se dispone de estimaciones precisas, parece claro que tales pérdidas se encuentran alrededor del 10 por 100 de los ingresos globales anuales de los Estados Unidos. La pérdida acumulada total debido a falta de ingresos es cerca de 1,3 veces el costo de los cuidados médicos (83,3 mil millones de dólares, contra 63,8 mil millones, respectivamente).
5. La incapacidad a largo plazo y la parcial representan cerca del 80 por 100 de las pérdidas de ingresos debido a enfermedades o accidentes, mientras que la atención médica y hospitalaria representa cerca del 55 por 100 de los gastos médicos globales.
6. Menos del 40 por 100 de los gastos médicos son cancelados directamente por el usuario y una proporción cada vez mayor corre por cuenta del gobierno federal. La proporción de pérdidas de la salud pagadas por el seguro ha aumentado del 20,2 al 23,8 por 100 en el período 1960-1970.
7. Varios estudios han verificado la conclusión de que mientras los costos médicos y las pérdidas de ingresos no representan una carga económica insoportable, una parte desproporcionada de esta carga recae sobre unos pocos individuos. Indudablemente, éste ha sido un hecho que ha estimulado el uso del seguro como una forma de repartir en forma más equitativa las pérdidas.
8. La probabilidad de alcanzar una edad avanzada es casi el doble de la de sufrir una muerte prematura. La medida en que la gente de edad es dependiente sugiere no sólo que la gente no ahorra lo suficiente para sus años postreros, sino que tienden a basarse en la seguridad social para resolver el riesgo de sobrevivir a sus ingresos. Son relativamente pocas las personas que pueden contar con anualidades o rentas de seguros de vida después de jubilarse.

PREGUNTAS DE REVISION

1. Se ha dicho que el comerciante medio no pensaría en dejar sin asegurar el edificio de su fábrica, pero no tiene intención de asegurar las vidas de sus funcionarios claves, que pueden ser más valiosas que el edificio. ¿Está usted de acuerdo? ¿De qué manera puede ser más valiosa la vida de un funcionario importante que el edificio?
2. ¿Cómo se puede medir la pérdida económica de un jefe de familia? Explíquelo con detalle.
3. Se estima que más de un tercio de las mujeres solteras y más del 20 por 100 de las casadas trabajan fuera del hogar.
   (a) ¿Considera usted que la capacidad productiva de una esposa que trabaja da origen a un valor económico que debería estar asegurado?
   (b) ¿Se debería asegurar la vida de una esposa y madre que no está empleada fuera de casa? ¿Por qué?
4. John está a punto de comprar un negocio de ropas tasado en 50.000 dólares, de los cuales diez mil representan existencias e instalaciones. El resto del precio de venta se atribuye a activos invisibles. Se espera que el negocio produzca 5.000 dólares netos anuales, una vez descontados todos los gastos, incluido el salario del administrador.
   (a) Si John cree que una tasa apropiada de capitalización por fondos invertidos en empresas similares es del 15 por 100, ¿es razonable el precio del negocio? Si no, ¿cuál sería razonable?
   (b) ¿Esperaría usted encontrar una persona cuya capacidad de ingresos fuese de 5.000 dólares asegurada por una cantidad similar?
5. (a) ¿En qué medida la muerte de un socio o accionista de una sociedad puede causar una pérdida a la firma?
   (b) ¿Cómo se puede usar el seguro de vida para prevenir esta pérdida?
6. Con referencia a la Tabla 19-1, determine la probabilidad de que (a) un individuo de dieciocho años alcance los diecinueve y (b) que una persona de noventa y siete años alcance los noventa y nueve.
7. (a) ¿Qué explicación puede ofrecer al hecho de que la longevidad entre la población no blanca ha aumentado desde 1900 a una tasa superior que para los blancos?
   (b) ¿Qué importancia tiene esto para el seguro de vida?
8. La información disponible, ¿debilita o respalda lo afirmado en el texto de que «a la esposa promedio espera un largo período de viudez»? ¿Por qué es verdadero o falso?
9. La siguiente afirmación fue hecha por una analista de inversiones con respecto a una gran empresa industrial y las ventajas de sus valores: «... la compañía cambió a un tipo de organización descentralizado hace cerca de seis años. Sin embargo, este cambio no dio los resultados esperados en cuanto a una mayor eficacia... Las deficiencias debidas a los muy pocos controles centralizados están siendo corregidas. Hace poco más de un año se eligió un nuevo presidente. Desde entonces la compañía ha hecho grandes avances en el logro de una mejor organización... La compañía ha tenido suerte al contar con un ejecutivo tan calificado para dirigir su programa de progreso..., combina una buena educación comercial con una sólida experiencia práctica..., desarrolló un núcleo de expertos para procurar el control y conocimientos especializados que antes faltaban...» ¿Cuáles son las implicaciones de este análisis respecto a la dependencia de los valores de vida humana?
10. Gracias a los inmensos avances de la ciencia médica, la longevidad ha aumentado significativamente, especialmente en los niveles más jóvenes. ¿Cuál es la razón de esto y cuáles son sus implicaciones para el seguro de vida?
11. ¿Por qué es difícil para una persona mayor de sesenta años contratar un seguro de vida? (Consulte la Figura 19-1.)
12. Se dice que la disminución de las tasas de mortalidad ha tenido como consecuencia un aumento de las tasas de incapacidad.
    (a) ¿Cómo se verifica esto?

(b) ¿Qué otros factores han contribuido a aumentar las tasas de incapacidad?

13. Diga las posibles razones que originan el aumento en los ingresos disponibles para gastos de cuidado médico en 1950-1969.

14. (a) ¿Cómo es posible hacer una comparación de los costos económicos debidos a pérdida de la salud y la vida? ¿Qué hipótesis hacen posible este método?
(b) ¿Qué conclusiones se obtienen de esta comparación?

15. Un estudio acabado en 1950 indicó que el 13,6 por 100 de la población civil incapacitada en los Estados Unidos en 1949 entre las edades de 14-64 años estaba en esa situación durante diez años o más al ser entrevistada. Otro 22,5 por 100 estaba incapacitada más de dieciocho meses, pero menos de diez años. ¿Qué indica esta información respecto de la probabilidad de incapacidad?

16. «Una distribución inapropiada de los costos médicos encontraría una solución mediante la utilización del seguro». Explique por qué.

17. Un estudio reciente mostró que el 80 por 100 de los ancianos que están fuera de la población laboral abandonó el trabajo por motivos de salud o porque su empresario se lo pidió. Más del 77 por 100 de estos individuos no se sienten en condiciones de trabajar. Finalmente, la mayoría de las personas de edad descubren que su preparación está anticuada.
(a) ¿Cuáles son las implicaciones de este estudio respecto del problema de la dependencia de la edad avanzada?
(b) ¿Existen otros hechos que refuercen esta afirmación?

18. Resuma los aspectos principales de nuestra economía que contribuyen al problema de la dependencia de la población de edad.

19. Se ha hablado mucho acerca de una explosión demográfica en el mundo. ¿Qué implicaciones tiene en el problema de la dependencia de la gente de edad?

20. Se pide a un empresario que adopte la política de no aplicar la regla de jubilación obligatoria a los sesenta y cinco años, para así permitir a muchos obreros,

capaces de trabajar, el continuar haciéndolo. El empresario rehusa argumentando que los problemas morales entre los más jóvenes serían muy graves si hiciese esto.
(a) ¿Por qué existiría un problema moral?
(b) ¿Qué argumentos daría para refutar al empresario?

21. Critique las explicaciones dadas para la dependencia de los ancianos. Dé un ejemplo de su propia experiencia de una persona mayor que sea dependiente y su explicación de las razones de ésta.

22. ¿Cuál es, en su opinión, la posición que el gobierno debería tomar en la labor de mantener a la gente de edad? ¿Cuáles podrían ser las desventajas de ese plan?

23. Un autor escribió: «El 50 por 100 de las personas incapacitadas que sufren una pérdida en sus ingresos de cuatro meses o más son aquellas sobre las que el impacto de la enfermedad es mayor. Además de la pérdida de ingresos, incurren en gastos médicos, que tienden a ser mayores mientras más larga sea la enfermedad, aun cuando el aumento no es proporcional. Los efectos de desintegración sicológica aumentan con la duración del mal.» Sugiera algunos de los posibles factores a que se refiere la frase «los efectos de desintegración sicológica del mal». ¿Por qué aumentan por dicha causa?

20

El Seguro de Vida

Teniendo en cuenta el gran valor de la vida humana, se ha registrado una demanda creciente de seguros para indemnizar a quienes son víctimas de una pérdida por destrucción de este valor. Pocas industrias han igualado el record de crecimiento del seguro de vida. Aun así, cuando esta expansión se compara con el mercado potencial, se concluye que las ventas se han quedado muy atrás respecto de éste. No es una razón sin importancia la falta de comprensión del público consumidor del significado del seguro, de sus metas, del porqué de su necesidad y cómo puede ser suscrito. Parte de la dificultad se encuentra en los métodos tradicionales de distribución, que se han justificado diciendo que «el seguro de vida no se compra; se vende». En este capítulo analizaremos los contratos de seguro de vida y sus propósitos desde el punto de vista del consumidor, y determinaremos el papel jugado por el seguro de vida en el desarrollo de la protección financiera y en la creación de una seguridad económica para la familia.

¿QUE ES EL SEGURO DE VIDA?

Considerado como un instrumento social y económico, el seguro de vida es un método mediante el cual un grupo de personas puede cooperar a disminuir los efectos causados por la muerte

prematura de alguno de sus miembros. La organización aseguradora recibe contribuciones de cada uno de éstos, las invierte y garantiza tanto su seguridad como un mínimo de interés y distribuye beneficios a los herederos de aquellos miembros que fallecen.

Considerado desde el punto de vista del individuo, el seguro de vida es una forma de crear una «herencia» en beneficio de otros, en especial, la familia, independiente de si el jefe de familia muere prematuramente o a una avanzada edad. Desgraciadamente, la palabra «herencia» lleva consigo la sugerencia de la muerte, ya que se la usa a menudo para describir las pertenencias de una persona fallecida. Sin embargo, su significado es mucho más amplio y aquí la usaremos para denotar la propiedad total, incluyendo aquella que produce ingresos, sin importar si ha de ser usada antes o después de la muerte de un individuo. Por último, la propiedad se acumula para el beneficio de los vivos, no de los muertos, y los diversos planes para construirla deberían tener en cuenta esta cuestión fundamental.

Se ha dicho que la mayoría de los trabajadores tienen dos tipos de propiedades —la actual o real y la futura o potencial—. La propiedad actual o real es aquella que se ha acumulado para beneficio propio de las personas a su cargo para el momento en que sus ingresos se vean interrumpidos por muerte prematura o vejez. La futura o potencial se refiere a la que se acumularía en condiciones normales para beneficio de las personas a su cargo en caso de vivir lo suficiente. Una muerte prematura significa que la propiedad potencial nunca se convierte en real. El seguro de vida es un medio de crear una propiedad real para beneficio de las personas que de él dependen en caso que el trabajador no viva lo suficiente para hacer real la potencial y al mismo tiempo es una manera de ahorrar dinero para usar la propiedad real como una fuente de ingresos durante la vejez.

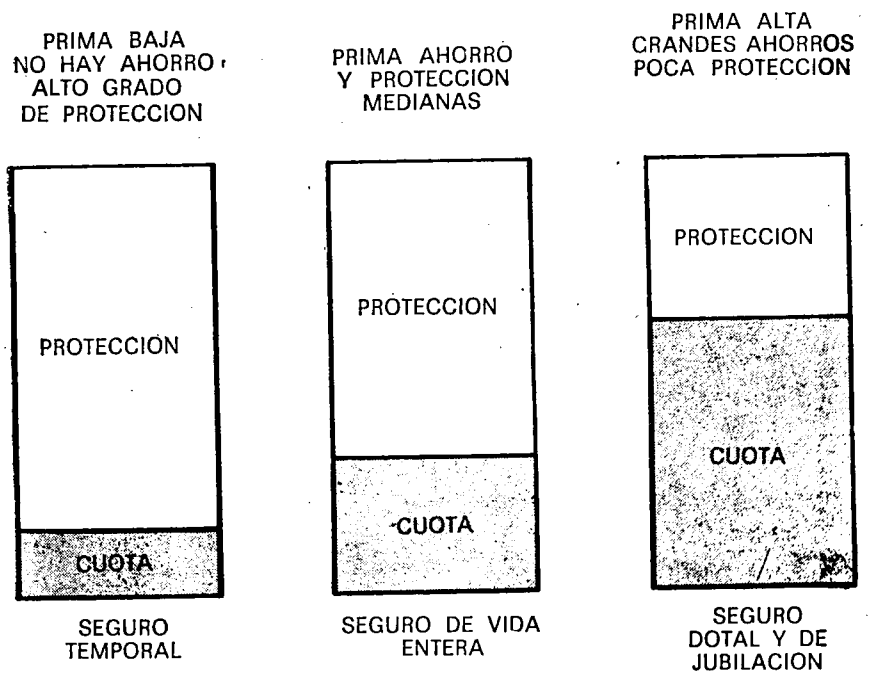
Necesidad de protección frente a la necesidad de ahorro

El seguro de vida pretende lograr dos objetivos: garantizar la existencia de una propiedad con la cual hacer frente a las deudas y recibir ingresos, en caso de muerte del jefe de familia, y a la vez ahorrar dinero para satisfacer las futuras necesidades de ingresos. El primer objetivo puede recibir el nombre de la necesidad de protección y el segundo la de ahorro.

Las pólizas de seguro de vida, que son analizadas más adelante en este capítulo, pueden ser adquiridas para satisfacer ambas necesidades en diversas proporciones. En sus distintas formas el seguro temporal se refiere exclusivamente a la necesidad de protección. En general, en este tipo de seguro no hay valores monetarios y, por lo tanto, ninguna posibilidad de satisfacer la necesidad de ahorro [1]. En consecuencia, este seguro está concebido únicamente para proteger en caso de muerte y para crear una herencia en caso de muerte prematura. Por otra parte, el seguro de vida entera puede tomar formas diferentes para satisfacer tanto la necesidad de protección como la de ahorro. Es posible delinear estos contratos de tal manera que la necesidad de

Figura 20-1

PROTECCION FRENTE A AHORRO EN EL SEGURO DE VIDA



[1] Algunos contratos de seguro temporal a largo plazo tienen un pequeño valor monetario, como se explicará más adelante.

ahorro reciba una atención tan específica como se desee, dentro de ciertos límites. Todos los contratos de seguro de vida entera contienen un factor de protección que se extiende durante toda la vida del asegurado. Las pólizas dotales hacen énfasis en la necesidad de ahorro, siendo menor el factor de protección. Los contratos dotales y de jubilación son principalmente contratos de ahorro durante un cierto número de años, con la garantía adicional de que si el asegurado no sobrevive a este período para completar su plan de ahorro, el asegurador lo hará por él. Estas relaciones se muestran en la Figura 20-1, que ilustran en qué forma los distintos contratos de seguro de vida contienen diferentes proporciones de ahorro y protección.

Como ideal, un programa de formación de un patrimonio debería proveer tanto ahorro como protección; ahorro en caso de vida y protección en caso de su muerte. Algunos prefieren usar el seguro temporal como protección y hacer énfasis en otros tipos de inversiones, tales como mercaderías, bonos, cuentas de ahorro o inmuebles, como parte del programa de ahorro. Otros prefieren preparar sus programas incluyendo solamente el seguro temporal como elemento de protección y el dotal o mixto como elemento de ahorro. Claramente no existe un límite para las diversas combinaciones posibles.

Necesidades permanentes frente a necesidades temporales

Otra forma de considerar los diferentes contratos de seguro es preguntarse si la necesidad es temporal o permanente. Desgraciadamente, lo que para uno es temporal para otro es permanente. Se considera, en general, que los contratos de vida entera y de rentas por jubilación satisfacen necesidades permanentes y que los temporales y dotales, necesidades temporales.

A modo de ilustración damos algunos ejemplos de necesidades temporales que podrían ser los siguientes: (1) John Roman desea un préstamo a cuatro años de 5.000 dólares para poder asistir a la facultad de medicina. Su tío está dispuesto a prestarle el dinero si John adquiere un seguro de vida en su favor para protegerle de la posibilidad de que John muera antes de obtener el título y sea capaz de devolver el dinero. Seguramente John decidirá que una póliza a cinco años es la forma más conveniente y económica de seguro en este caso. (2) Erik Stone, de treinta y cinco años, tiene una familia y su hijo menor tiene cinco años. Desea garantizarles un mínimo de 400 dólares al

mes durante quince años en caso de su muerte. Para satisfacer esta necesidad es posible suscribir una póliza temporal. Por otra parte, si desea asegurar a su mujer un mínimo de 200 dólares al mes por el resto de su vida, en caso de su muerte, una póliza temporal no será adecuada ya que ésta es una necesidad continua hasta la muerte de Erik. Como ya hemos visto, Erik tiene más probabilidades de vivir hasta los sesenta y cinco que de no hacerlo. Por lo tanto, debería contratar un seguro de vida entera que puede ser mantenido vigente de forma indefinida.

El concepto de la prima fija

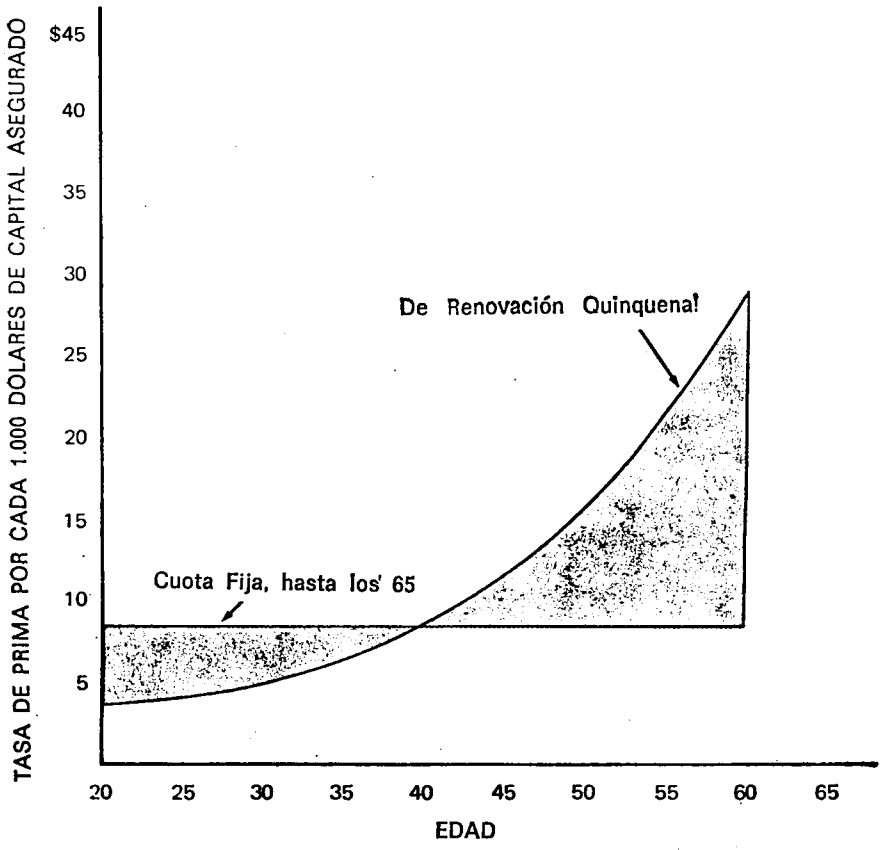
Comúnmente el seguro de vida se suscribe de acuerdo con una cuota fija o «nivelada»; es decir, la misma cuota se paga durante toda la vigencia del contrato. Cuando esto se implantó constituyó una innovación alarmante ya que se pensó que debido a la probabilidad creciente de muerte, sería imposible establecer una cuota fija que compensase los costos de mortalidad cada vez mayores. Las primeras pólizas de seguro fueron suscritas sólo por un año y eran renovables al término de éste a una tasa más alta, siempre y cuando el asegurado se encontrase en buena salud; todavía existe este tipo de contrato, conocido como pólizas de renovación anual [2]. La idea de la cuota fija es considerada como uno de los avances básicos en el desarrollo del seguro de vida. En virtud de este concepto fue posible suscribir pólizas por períodos cada vez más largos hasta alcanzar los contratos de vida entera. Mediante la utilización de estadísticas de mortalidad más precisas, los actuarios fueron capaces de calcular exactamente cuánto se debería cobrar en los primeros años del contrato de modo de compensar los mayores costos de mortalidad de los últimos años. Esta idea se ilustra en la Figura 20-2, donde se muestra una comparación de las tasas anuales del contrato de cuota fija considerado hasta los sesenta y cinco y la póliza de renovación quinquenal por 1.000 dólares de capital asegurado. A la edad de veinte años, el asegurado tiene la posibilidad de suscribir el contrato como una cuota anual de 8,54 dólares durante cuarenta y cinco años o mediante el pago de cuotas progresivamente mayores que comienzan en 3,73 y alcanzan a 29,90 a los sesenta años de edad. Esta tasa de crecimiento constante sigue la curva de mortalidad creciente de la Figura 19-1 del capítulo

[2] Sin embargo, los contratos modernos son casi siempre renovables por períodos específicos, aun sin evidencia de gozar de buena salud.

anterior. A la edad de cuarenta años, se llega al punto de convergencia de estos dos contratos. En esta edad, la prima de la póliza de renovación quinquenal se encuentra sobre la de cuota fija. Los mayores pagos de los primeros años correspondientes a la póliza de cuota fija, junto con el interés, representados por el área de la izquierda del punto de corte en la Figura 20-2, compensan los menores pagos representados por el área de la derecha del punto de contacto.

Figura 20-2

COMPARACION DE PRIMAS ANUALES ENTRE EL CONTRATO DE RENOVACION QUINQUENAL Y EL DE CUOTA FIJA, CONSIDERADO HASTA LOS 65 AÑOS DE EDAD



El asegurado pagaría una cantidad menor de acuerdo al contrato de renovación quinquenal si su intención es dejar que el contrato caduque antes que el área a la izquierda del punto de convergencia sea compensada por el área a la derecha de éste. Veremos que el área de la derecha es mayor que el de la izquierda; esta diferencia está representada, en general, por los intereses acumulados durante los años en que la póliza está vigente.

La última vez que es posible renovar el contrato quinquenal es a los sesenta años de edad. La protección bajo el contrato hasta los sesenta y cinco expira a los sesenta y cinco años. Las mayores cuotas pagadas durante los primeros años de la póliza de seguro de cuota fija no corresponden realmente a un mayor pago en el sentido de que el asegurado esté pagando más de lo que debiera por su protección. El asegurado actúa como depositario de los fondos satisfechos en cuotas, los cuales pertenecen a los asegurados en su conjunto y reduce la cuota como resultado de las ganancias por intereses. La acumulación hecha recibe el nombre de «valor de rescate» o reserva [3]. Si el asegurado lo desea puede solicitar un préstamo por esta cantidad o recuperarla completamente una vez expirada la póliza. En pólizas temporales que se extienden durante muchos años, el valor de rescate es relativamente pequeño; lo contrario sucede con los contratos permanentes en que el valor de rescate es de importancia y constituye el elemento de ahorro a que antes nos referíamos.

Por lo tanto, la razón del elemento de ahorro en los seguros de vida es extender el pago de cuotas durante un largo período. El asegurador no acumula las reservas con el único propósito de contar con fondos para participar en negocios de inversión o para convertirse en una entidad de crédito. La reserva cumple la tarea de soportar la carga de los altos costos de mortalidad durante los últimos años del contrato; sin ella sería imposible ofrecer protección más allá de una cierta edad, alrededor de sesenta y cinco años.

CLASES DE POLIZAS MAS IMPORTANTES

Como se ha explicado con anterioridad, los contratos más importantes de seguro de vida son los temporales, de vida entera

[3] Existe una diferencia técnica entre el valor de rescate y la reserva, que será explicada en el capítulo 27.

y dotales. También existen combinaciones de estos tres tipos básicos, algunas de las cuales se mencionan a continuación:

Seguro temporal

— Contrato por capital fijo.

— Contrato por capitales decrecientes.

— Contrato de vida ordinario.

Seguro de vida entera

— Contrato de vida de pago limitado.

Seguro dotal

— Contrato a corto plazo.

— Contrato de rentas por jubilación.

Contratos combinados

— Póliza de renta familiar.

— Póliza de mantenimiento de la familia.

— Especiales.

— Póliza modificada de seguro de vida.

— Póliza de seguro de protección múltiple.

— Seguro juvenil.

— Póliza familiar de grupo.

— Contrato de vida variable.

Otra forma de considerar la estructura del seguro de vida es de acuerdo con el tipo de usuario (ver la Tabla 20-1). Cerca del 71 por 100 del total de seguro de vida suscrito en 1971 era del tipo ordinario o «individual»; aproximadamente un 25 por 100 de los seguros de vida vigentes se contrata en forma de «grupo» o colectivos, especialmente a través de los empresarios; finalmente, cerca del 4 por 100 del total de seguros de vida se llama industrial o «popular» y consiste en pólizas de poco capital (menos de 1.000 dólares) cuyos principales usuarios son individuos de bajo nivel económico que buscan proveerse de un fondo de entierro.

TABLA 20-1

PRINCIPALES TIPOS DE SEGURO DE VIDA SUSCRITOS EN LOS ESTADOS UNIDOS (1962 y 1971)

Tipo de seguro	CAPITALES (en miles de millones de dólares)		Porcentaje de aumento 1962-1971
	1962	1971	
Ordinario	57	133	116
De grupo	16	49	206
Industrial	7	7	—
Total	80	189	136

Tipo de seguro ordinario	Porcentaje del capital total	
	1962	1971
Temporal	18	22
Vida entera	36	36
Dotales y rentas de jubilación	6	5
Contratos combinados	40	37

Fuente: *Life Insurance Fact Book* 1972 (Nueva York: Institute of Lif Insurance, 1972), pp. 17-18.

La Tabla 20-1 indica la importancia relativa de los tipos más importantes de seguro de vida en los Estados Unidos y las tendencias de cambio que se registran en sus preferencias de contratación. Los americanos han aumentado sus «compras» en un promedio del 15 por 100 anual en el período 1962-1971. El tipo de mayor crecimiento es el seguro de grupo, lo que en parte se debe al hecho de que este seguro puede ser comercializado en forma más eficiente y tiene la ventaja del impuesto sobre la renta, por cuanto las primas son deducibles como gastos por parte del empresario y en general no necesitan ser declaradas como

ingreso tributable del empleado. El crecimiento del seguro de grupo se ha visto también estimulado por los aumentos periódicos de la cobertura colectiva para los funcionarios y empleados federales, cubiertos por planes de grupo patrocinados por el Gobierno.

La Tabla 20-1 muestra que los usuarios han tendido más al seguro temporal que a los contratos del tipo de inversión En 1971 los seguros temporales representaban el 22 por 100 del total de planes ordinarios y constituían también una parte importante de los contratos combinados, que representaban el 37 por 100 del total de los planes ordinarios. Los contratos de vida entera dotales y de rentas por jubilación han declinado levemente en cuanto a su importancia cuantitativa y es posible que en conjunto representen cerca de la mitad del total de los seguros ordinarios. Por otra parte, los contratos combinados consisten generalmente de pólizas que resaltan más los planes temporales que los de vida entera. Es claro que el público está comprando los seguros de vida como una forma de proteger a sus familias en caso de muerte, aun cuando es evidente que existen otras razones. Los estudios muestran que más de un tercio de los seguros de vida son comprados por individuos entre los veinticinco y treinta y cuatro años de edad, con ingresos que van desde los 10.000 a 25.000 dólares, y cuya póliza tiene un capital entre 10.000 y 25.000 dólares [4]. El valor medio del seguro de vida en los Estados Unidos en 1971 era de 21.800 dólares, comparado a unos ingresos disponibles promedio de 10.800 [5].

Las diferencias de primas

A menudo se presenta al contratante del seguro información sobre las tasas de prima correspondientes a las diferentes edades, junto con las explicaciones respecto al elemento de ahorro de cada tipo de contrato. A continuación debe decidir qué modalidad le es más conveniente. Sin embargo, llegar a una decisión puede ser difícil sin un conocimiento más detallado. En la tabla que figura a continuación aparecen las tasas típicas para pólizas de seguro ordinario suscrito a la edad de treinta años, junto a sus valores en dinero después de diez y veinte años.

[4] *Life Insurance Fact Book* 1972 (Nueva York: Instituto de Seguro de Vida; Institute of Life Insurance, 1972), p. 18.
[5] *Ibid.*, p. 27.

Vemos entonces que a la póliza de diez años corresponde la cuota menor; pero al no haber acumulación de valores monetarios, su costo total después de veinte años es mayor que el de otras pólizas. Aquí no se toma en cuenta el interés que se habría ganado por la diferencia entre la prima de ese período y el mayor costo de la póliza. La cuota en el seguro de vida ordinario es casi el triple de la de diez años, pero su costo después de veinte años es menor que el de esta última. En parte, ello se debe a los efectos del interés compuesto a lo largo de un período prolongado. Para períodos más cortos de protección, el seguro temporal es quizá el más económico, tanto en la prima como en el costo neto. Para períodos más largos, las pólizas que gozan de valor monetario pueden resultar menos costosas. Algunas de las razones de estos resultados se analizan a continuación.

Tipo de seguro	VALOR MONETARIO			Costo a 10 años * (dólares)	Costo a 20 años * (dólares)
	Prima por 1.000 (dólares)	10 años (dólares)	20 años (dólares)		
Por diez años (**) ...	5,45	0	0	54,50	147,00
De vida ordinario ...	20,05	113	281	87,50	120.00
De vida en 20 cuotas.	31,81	219	549	99,10	87,20
Dotal a 30 años ...	46,96	397	1.000	72,60	(60,80)

(*) Costo = Total de las primas menos el valor monetario.

(**) El costo a 20 años es la suma de 10 años de primas correspondientes a una póliza suscrita a la edad de 30 años, más 10 años de una suscrita a los 40.

Seguro temporal

Como ya ha sido indicado, los contratos de seguro temporal se suscriben por un determinado número de años y generalmente no incluyen ningún elemento de ahorro. En este sentido, son similares a otros tipos de seguro en las modalidades de propiedad y de responsabilidad. Por lo tanto, los contratos temporales proveen de una mayor protección por cada dólar de prima que cualquier otro tipo de seguro. Por ejemplo, una cuota anual de 100 dólares equivaldría a una cobertura de alrededor de 18.300 para

una persona de treinta años de acuerdo con un contrato de prima fija a diez años. La misma prima sólo aseguraría una cobertura de unos 5.000 dólares en caso de seguro de vida entera. Por esta razón, el seguro temporal es el que más se usa en los siguientes casos:

1. Cuando se desea una cobertura máxima y no se dispone de una cantidad suficiente para las primas.
2. Cuando el período durante el cual se necesita la protección no supera la edad de sesenta y cinco años.

Contrato de capital fijo. Estos contratos se suscriben por un capital fijo durante la vigencia del mismo. Algunos ejemplos son los de renovación quinquenal, de renovación decenal, de renovación cada veinte años y los válidos hasta los sesenta y cinco años. Los contratos a plazo fijo son casi siempre renovables sin exigirse evidencia de asegurabilidad; de esta manera se eliminó una objeción que se hacía a este tipo de contratos, según la cual se decía que la póliza de un individuo podía expirar y dejarlo sin protección si era inasegurable en ese momento. En los seguros de vida, la inasegurabilidad significa que la salud de un individuo es tal que no le permite responder a los requerimientos médicos mínimos ni a otras exigencias de selección sobre las que basan las tablas de mortalidad. Factores tales como la ocupación y la posición crediticia también forman parte del significado de la inseguridad. Alrededor del 3 por 100 de las peticiones de seguro de vida son rechazadas debido a inseguridad y cerca del 5 por 100 del total son aceptadas mediante una sobreprima para cubrir riesgos anormales [6]. La probabilidad de inasegurabilidad es lo suficientemente alta como para que el derecho a renovación sin examen médico sea un aspecto importante. Sin embargo, en el caso de la mayoría de los aseguradores, este derecho expira a los sesenta o sesenta y cinco años de edad.

Contrato de capital decreciente. Cuando la protección en caso de muerte se hace menor cada año, la póliza recibe el nombre de capital decreciente. La prima a pagar puede ser la misma durante todo el período pero la protección disminuye. Un buen ejemplo de este tipo de seguro se encuentra en el seguro de vida de crédito y en el seguro de protección hipotecaria. A medida que el asegurado cancela sus obligaciones, tales como una deuda hipotecaria, la cobertura disminuye constantemente. De esta manera, la cobertura se adapta a las necesidades para las que ha sido creado el seguro. Dado que, en promedio, el capital asegurado en el seguro decreciente es considerablemente menor que en un contrato de capital fijo, la prima es también menor. Otro caso en que se emplea el seguro de capital decreciente es la póliza de renta familiar, de la que se hablará más adelante.

[6] *Ibid.*, p. 94

Convertibilidad. La mayoría de las pólizas de seguro temporal son convertibles; es decir, pueden ser cambiadas a un tipo de cobertura permanente antes o en el momento de expirar la póliza, sin evidencia de asegurabilidad. De esta manera, un individuo puede suscribir un seguro temporal por un período en que sus necesidades de protección son máximas y luego convertirlo a una forma de seguro permanente para los años posteriores [7].

Seguro de vida entera

Como su nombre indica, el seguro de vida entera puede permanecer vigente *tanto como se desee* o hasta que el contrato expire, lo que nunca ocurre más allá de los cien años. Existen diferentes maneras de convenir el pago de las primas en un contrato de vida entera, que van desde el pago continuo a lo largo de toda la vida de una persona (plan ordinario o vitalicio), hasta el pago de una sola cuota (vida entera a prima única). En otras palabras, un asegurado puede pagar una sola prima de 5.000 dólares por una póliza de 10.000 a la edad de treinta y cinco años y no pagar nunca más; a su muerte, el asegurador pagará al beneficiario 10.000. Si el asegurado no dispone de los 5.000 dólares para pagar la cuota única (y pocos son capaces de hacerlo), puede pagar en partes durante el tiempo que desee.

Un contrato *ordinario* o *vitalicio* está planificado de tal manera que las primas se pagan mientras el asegurado viva. El contrato no será pagado en su totalidad hasta alcanzar los cien años o morir, sea cual sea lo que ocurra primero. Por otra parte, una póliza de vida de *pago limitado* es aquella en que el asegurado paga una cuota mayor que en el plan ordinario, de modo que es posible estimar una fecha de cancelación más allá de la cual no se realizan más pagos. Los planes de pago limitado

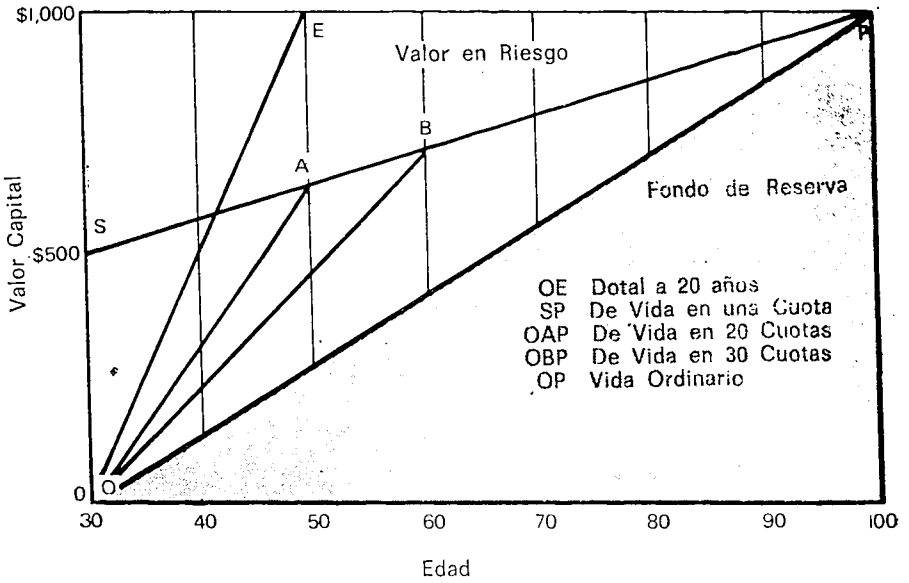
[7] Algunas pólizas temporales requieren que la conversión se haga antes de la expiración del período de protección. De esta manera, los períodos de conversión y expiración no siempre coinciden.

más comunes son los de veinte años, treinta años y pago hasta los sesenta y cinco años. La figura 20-3 ilustra los diferentes planes de seguro de vida entera. En el eje vertical se ve el capital de la póliza. Este consta de dos partes, la cantidad «en riesgo» y la que va al fondo de reserva. Por ejemplo, la línea SP muestra que si se paga la póliza de vida completa en una cuota, inmediatamente después de la compra se cuenta con un fondo de reserva de 500 dólares. En caso de morir al día siguiente, el asegurador pagará a su beneficiario el capital de la póliza, 1.000 dólares. Se puede ver entonces que la cantidad que el asegurador tiene en riesgo es en realidad de sólo 500. Por otra parte, en la póliza de vida ordinaria, representada por la linea OP, si el asegurado paga una prima no cuenta con un fondo de reserva; pero en caso de morir al día siguiente el asegurador pagará a su beneficiario 1.000 dólares. Por lo tanto, la cantidad en riesgo corresponde a la casi totalidad del capital del contrato. A medida que transcurre el tiempo, el fondo de reserva aumenta, ya que las cuotas pagadas en los primeros años ha sobrepasado la cantidad necesaria para gastos de mortalidad. Si el asegurado vive hasta los cien años, su fondo de reserva alcanza el capital total del contrato y el asegurador considerará que éste está vencido y pagará los 1.000 dólares al asegurado. Existe una diferencia entre una póliza *cancelada* y una *vencida*. Cuando las condiciones son tales que el asegurador debe pagar el capital de la póliza, se dice que el contrato ha vencido y, por lo tanto, terminado. Esto ocurre en caso de muerte o cuando el valor monetario es igual al capital del contrato. En la Figura 20-3, la línea OE representa la línea de reserva del contrato dotal a veinte años. Esta línea sube rápidamente de modo que, después de veinte años de suscribir el contrato, su valor monetario es igual al capital y por lo tanto el contrato está terminado por vencimiento. Por otra parte, la línea OAP, que representa el contrato de toda la vida en veinte cuotas, aumenta hasta un cierto punto (punto A) después de lo cual la póliza queda cancelada. Esto significa que los valores monetarios, junto con el interés que es posible obtener de ellos, serán suficientes para permitr al asegurador cumplir con sus obligaciones para con todos los asegurados, contribuir cada año con una parte a los gastos de mortalidad y aumentar el capital de modo que a la edad de cien años los valores monetarios equivalgan al capital de la póliza, 1.000 dólares. Después de los cincuenta años (punto A), el asegurado no necesita pagar más cuotas, pero su valor monetario no es igual al capital de la póliza, como es el caso de la póliza dotal a veinte años. En un caso típico, el contrato de vida en veinte cuotas por 1.000 dólares

tiene un valor monetario de alrededor de 600, una vez cancelado por completo. El contrato de vida entera es en realidad «un dotal para los cien años» y a menudo se le llama de esa manera, debido a que el capital de la póliza es igual a su valor monetario a esa edad.

Figura 20-3

FORMA EN QUE EL SISTEMA DE PAGO DE LAS PRIMAS AFECTA AL FONDO DE RESERVA EN CONTRATOS DE SEGURO DE VIDA ORDINARIOS



Nota.—El área oscura representa el fondo de reserva en la póliza de vida ordinaria a diferentes edades. El fondo de reserva para otras pólizas está representada por el área total bajo cada línea: OE, SP, OAP y OBP.

La Figura 20-3 muestra que mientras menor es el período de pago de las cuotas, éstas son mayores y el valor monetario crece con más rapidez. Así, la línea OAP crece más rápidamente que la OBP, ya que si el asegurado desea pagar todas las cuotas en veinte años, debe pagar más que si elige pagarlas en treinta. Es claro que mientras más rápido se paguen las cuotas y se forme el fondo de reserva, la cantidad en riesgo es menor. En cualquiera de los planes mencionados, el asegurador debe pagar al benefi-

ciario del asegurado 1.000 dólares en el momento de su muerte. Sin embargo, el asegurador «pierde» menos con la póliza de cuotas más altas que con la de cuota menor. Es decir, los 1.000 dólares pagados al beneficiario se descomponen en dos partes: el elemento de reserva y el de protección. El beneficiario recibe los ahorros del asegurador, además de una contribución de los otros asegurados. Si el asegurado vive hasta los cien años recibe devuelto su propio dinero. Un estudio de este punto muestra por qué la reserva no es usada completamente para compensar la alta tasa de mortalidad experimentada por el asegurador en los años últimos. Ya hemos visto (Tabla 19-1) que la tasa de mortalidad es 5,5 veces mayor a los ochenta años que a los sesenta. A los ochenta años, el costo de mortalidad por 1.000 dólares puede ser de 220 o más. De esta manera, la reserva se agotaría en un año o dos si los 1.000 dólares constituyeran el riesgo. En realidad, la cantidad en riesgo disminuye a medida que las reservas aumentan y así los costos de mortalidad se mantienen bajo control. Finalmente, a los cien años el elemento de mortalidad se extingue por completo; y así debe ser ya que a los cien años los actuarios consideran que la muerte es una certeza. Como hemos aprendido, no es posible asegurarse contra certezas. Al hacerse más viejo, la muerte es más probable cada año y por lo tanto la cantidad en riesgo en el contrato disminuye continuamente en los seguros permanentes de vida entera.

Seguro dotal

Los contratos dotales son principalmente de ahorro con un elemento de protección incorporado a la póliza, de modo que si el asegurado muere antes de completar su plan de ahorro, el asegurador lo hará por él. Para comprender la mecánica de un contrato dotal, pongamos el siguiente ejemplo: Adam Jones, de treinta y cinco años de edad, se propone ahorrar 1.000 dólares en veinte años. Si pudiese recibir un 4 por 100 de interés en una institución de ahorro, debería hacer depósitos anuales de 36,13 dólares durante veinte años por un total de 772,60 para lograrlo. Supongamos ahora que desea estar seguro de que en caso de morir antes de los veinte años su mujer recibirá los 1.000 dólares. Si suscribe un seguro de plazo fijo y lo renova cada año por la diferencia entre los 1.000 dólares y la cantidad ya ahorrada, el costo total del seguro será de alrededor de 163 dólares. Su gasto total sería de 885,60. Si suscribiese una póliza dotal podría lograr

el mismo resultado pagando 46,50 al año o 930 en veinte años[8]. Aun cuando este último contrato le costaría algo más, hay ciertos aspectos que le compensan en parte su mayor costo. Un análisis más completo de estos aspectos de la póliza y el uso del seguro de vida como una forma de ahorro, se hace en los dos capítulos siguientes.

Contratos a corto plazo. Los contratos dotales a corto plazo son aquellos que se extienden por un cierto número de años, en general 5, 10, 15, 20 ó 30 años. Es muy común el de veinte años. Generalmente estos seguros se usan para propósitos específicos tales como educación, jubilación o fondos para el viaje. De este modo, si el ahorrador muere antes de cumplirse el plazo, sus herederos pueden lograr a menudo los objetivos para los que el plan de ahorro fue concebido.

Póliza de rentas de jubilación. Esta póliza es similar a la dotal excepto en que asegura el valor monetario que corresponde a una suma suficiente para devengar 10 dólares al mes al llegar la edad de jubilación, normalmente sesenta y cinco años, por cada 1.000 de capital asegurado. Estas pólizas son suscritas por diferentes períodos, como diez, veinte o treinta años. Al término de este período caducan. En el momento de caducar tienen un valor monetario de cerca de 1.700 dólares por cada 1.000 de capital. La razón de ello estriba en que se necesitan cerca de 1.700 dólares para adquirir una anualidad de 10 dólares mensuales a los sesenta y cinco años. El capital de la póliza de rentas de jubilación es aún 1.000, de modo que si el asegurado muere antes de jubilarse, el asegurador pagará 1.000 dólares o el valor en dinero, si éste es superior. Dado que los valores monetarios aumentan rápidamente en estas pólizas, el elemento de seguro es relativamente pequeño. (Ver el Capítulo 22.)

Contratos combinados

Los contratos combinados mezclan o modifican los tipos básicos de seguro de vida para satisfacer necesidades específicas. En los párrafos siguientes se describen los tipos más comunes.

Póliza de renta familiar. Es una combinación de un seguro temporal decreciente y un seguro de vida ordinario. En la mayo-

[8] Las tasas citadas suponen un interés del 3 por 100 en las reservas CSO 1941, pólizas sin participación.

ría de los casos se suscribe en base a una cuota fija. Como su nombre indica, la póliza está concebida para otorgar un elemento de protección durante un período en que los hijos son jóvenes. Generalmente, la base del contrato es un seguro de vida ordinario al que se agrega un temporal decreciente. El seguro «acompañante» se expresa en unidades de renta de 10 dólares cada una. Así, una póliza de rentas familiar puede consistir en 10.000 dólares de seguro de vida ordinario más 10 unidades de seguro temporal decreciente. En general se suscribe la póliza de modo que el beneficiario reciba 100 dólares al mes durante un período fijo y 10.000 al final de este período. El asegurador retiene los 10.000 dólares y el interés sobre esta cantidad ayuda a financiar los pagos.

El seguro acompañante es «decreciente» porque el período en que se debe pagar la renta disminuye con el tiempo. Supongamos, por ejemplo, que Jack suscribe una póliza de renta familiar por 10.000 dólares con un temporal decreciente a veinte años cuando él tiene veinticinco años y su hijo menor tiene un año. La renta es pagadera desde su muerte hasta que hubiese alcanzado los cuarenta y cinco años o hasta que su hijo menor tenga veintiún años. Si Jack muere diez años después de suscribir la póliza, los pagos se hacen durante diez años. Si muere después de quince años, los pagos se harán durante cinco años, después de los cuales se pagan los 10.000 dólares del seguro de vida ordinario. Si Jack no ha muerto después de veinte años, el seguro «acompañante» expira y esta parte de la póliza se declara vencida. La prima se reduce y Jack puede mantener el seguro de vida ordinario por el tiempo que desee.

La póliza de renta familiar es uno de los contratos de seguro más populares ya que constituye un pequeño programa de seguro en sí mismo. Representa una solución equilibrada a la doble necesidad de seguro de vida temporal y permanente. El seguro acompañante se puede suscribir por diferentes períodos —5, 10, 15 ó 20 años— de modo que es posible asegurar el ingreso hasta que los hijos han alcanzado cierta edad. Algunos aseguradores ofrecen el seguro acompañante sin la obligación de suscribir junto con él el seguro permanente. Muchos aseguradores suscriben también un seguro acompañante que puede ser agregado a cualquier póliza permanente ya emitida sobre la vida del asegurado.

Póliza de mantenimiento familiar. La póliza de mantenimiento familiar es una combinación de un seguro de vida ordinario y un seguro de cuota fija, que no debe ser confundida con la

póliza de renta familiar. Tanto en la póliza de renta familiar como en la de mantenimiento existe una protección básica representada por el seguro ordinario, pero en la póliza de mantenimiento la parte temporal no disminuye durante su período de vigencia. Supongamos que en el ejemplo anterior, Jack tiene una póliza de mantenimiento familiar en lugar de una de renta. La póliza tiene un temporal a veinte años. Si Jack muere en cualquier instante dentro del período de veinte años, su viuda recibe una renta por los veinte años completos y, al cumplirse éstos, el capital de la póliza. Si Jack sobrevive al período de veinte años, el temporal expira, como en el caso de la póliza de renta familiar, y Jack puede continuar indefinidamente la póliza básica.

La póliza de mantenimiento familiar tiene la ventaja sobre la de renta en que la viuda puede recibir los pagos correspondiente a los veinte años o cualquier otro período que pueda haber.

Seguros especiales. Muchos aseguradores extienden contratos que reciben el nombre de «especiales» —contratos de seguro de vida como un capital mínimo a precios reducidos—. Las tasas más económicas que se encuentran en los contratos especiales pueden justificarse de diversas maneras. Por ejemplo, es más económico suscribir una póliza por 5.000 dólares o 10.000 que 5 ó 10 de 1.000 cada una. La reducción de costos se debe también a que los contratos se refieren a «riesgos preferentes», individuos que cumplen con requisitos muy exigentes. Una reducción de la comisión del agente que vende el contrato puede también ser causa de una reducción del precio de éste. Cada una de estas fuentes de ahorro parece constituir un método legítimo para reducir el costo del seguro de vida. Sin embargo, muchos aseguradores consiguen ahorros por formas que parecen menos ortodoxas. Por ejemplo, los «especiales» pueden incluir esquemas más reducidos de valores monetarios, menos opciones, posibilidades menos generosas o reducción de otros servicios. No es fácil para el comprador medio valorar estas diferencias, por lo que pueden resultar comparaciones engañosas con los contratos normales. Aun cuando es posible que se caiga en abusos de esta índole al ofrecer los contratos «especiales», sería conveniente que los aseguradores prepararan sus ofertas con vistas a satisfacer las necesidades del público con tanta precisión como sea posible, en particular cuando se pueden reducir los costos de distribución.

Contratos de seguro de vida modificados. Estos contratos se caracterizan porque las cuotas son más bajas que el promedio

durante los primeros cinco o diez años del contrato y algo mayores en el resto de su duración. Ello se logra combinando el seguro de plazo fijo con alguna forma de seguro permanente, de modo que el asegurado paga a su edad más que el costo de la póliza de plazo fijo pero menos que el costo del seguro permanente. De esta manera, los contratos de vida modificados permiten que el asegurado obtenga una póliza de seguro permanente a un costo próximo a la mitad de lo que pagaría normalmente durante los primeros cinco o diez años.

Este contrato se adapta a las necesidades del joven casado con ingresos limitados que desea crear un programa de seguro permanente pero no está en condiciones de hacerlo hasta lograr mayores ingresos.

Contrato de seguro de protección múltiple. El contrato de seguro de protección múltiple utiliza el seguro temporal para conceder, durante un período dado, el doble, triple o cualquier múltiplo del capital de la póliza, después del cual la protección se reduce al capital normal de ésta.

Seguro juvenil. El seguro de vida para los hijos recibe el nombre de «seguro juvenil». Para niños muy pequeños, entre uno y cuatro años, es común conceder beneficios escalonados para limitar el monto de la cobertura a cantidades pequeñas, en general menos de 500 dólares. A medida que el niño crece, la cobertura aumenta automáticamente hasta alcanzar, digamos 1.000 dólares, o algún múltiplo de esta cantidad. Normalmente, esta cobertura se extiende sólo en alguna modalidad de seguro permanente.

Seguro juvenil cuantificado. Un contrato combinado, conocido a veces como juvenil cuantificado, se suscribe en unidades de 1.000 dólares a una corta edad. La cantidad aumenta automáticamente a 5.000 a los veintiún años sin aumentar la cuota y sin evidencia de asegurabilidad. Este seguro se vende a menudo como un método de ahorro para la educación escolar.

Las ventajas de este tipo de seguro incluyen la protección de un seguro de vida permanente aunque el niño sea inasegurable más tarde; la formación del hábito del ahorro a una temprana edad y el establecimiento de un programa de seguro a una edad en que las cuotas son bajas. La desventaja es que este plan sustrae dinero que podría ser mejor empleado por el jefe de familia. En vista del infraseguro general que existe sobre la vida humana es dudoso que se pueda justificar el gasto en esta cobertura juvenil.

«La Cláusula Payor». A menudo los aseguradores ofrecen lo que se conoce por la «Cláusula Payor» en una póliza juvenil, que estipula que si el dueño (generalmente el padre) muere antes de expirar la póliza, todas las cuotas futuras son diferidas hasta que el niño alcance los veintiún años. Esta cláusula equivale en realidad a un seguro adicional sobre la vida del padre.

Póliza de grupo familiar. Uno de los tipos más sugestivos de seguro de vida combinado recientemente introducido es la póliza de grupo familiar, en la que cada miembro de la familia está asegurado por una cantidad diferente. Normalmente el cabeza de familia obtiene la mayor cobertura y el seguro sobre la mujer e hijos se limita a cantidades menores. No es raro que si el jefe de familia está asegurado en 5.000 dólares el cónyuge y los hijos lo estén por 1.000 cada uno. La parte del contrato correspondiente a los 5.000 dólares puede ser temporal o permanente, pero la cobertura sobre el cónyuge y los hijos es en general temporal convertible. Se paga una cuota por todo el conjunto que resuelve una necesidad común: una protección limitada sobre las personas dependientes combinada con el seguro del cabeza de familia.

Seguro de vida variable. Se ha introducido recientemente en los Estados Unidos un seguro de vida para ayudar a hacer frente a la pérdida de poder adquisitivo causada por la inflación. Esta póliza ha existido en Europa desde hace años. Las reservas del contrato de vida variable se invierten en acciones que fluctúan de acuerdo a la variación de precios en el mercado de valores.

El aumento en el valor de estas inversiones se refleja en un mayor capital que el estipulado en el contrato. Si el mercado de valores sufre una baja, este capital también la sufre; pero algunos contratos contienen un beneficio mínimo por fallecimiento igual al capital original. Esta póliza será estudiada en el Capítulo 22.

● RESUMEN

1. El seguro de vida es el único método de crear un patrimonio inmediato en caso de muerte prematura; sirve de protección contra la posibilidad de que el asegurado muera antes de llevar a cabo sus planes de acumulación de bienes.

2. El propósito principal del seguro de vida es el de ayudar a los dependientes en caso de muerte del cabeza de familia. Un objeto secundario es el ahorro para la propia jubilación. Existen pólizas que satisfacen ambas necesidades con distintos grados de énfasis.
3. A menudo el seguro de vida se suscribe en base a primas fijas. Dado que el riesgo de muerte aumenta significativamente a lo largo de un período largo, es necesario ahorrar dinero en los primeros años para compensar por los mayores costos de mortalidad de los años postreros. Por esta razón todas las pólizas, excepto el seguro temporal, acumulan un valor monetario conocido como «la reserva».
4. En los seguros de vida la reserva sirve no sólo para mantener el mismo nivel de prima durante todo el período de pago, sino que cumple también una variedad de propósitos adicionales. El asegurado puede considerar la reserva como un fondo de ahorro con el que puede contar en caso de emergencia, como una defensa contra la posible caducidad de la póliza, como un suplemento para préstamos bancarios, o como un fondo de jubilación. La reserva hace posible la continuación del seguro de vida más allá de los 65 años, un período durante el cual existe mucha necesidad de protección.
5. Las modalidades más importantes de seguro de vida —temporales, vida entera y total— pueden ser suscritos en forma separada o en diversas combinaciones para satisfacer las necesidades de los asegurados. De los tres tipos, el de más rápido crecimiento ha sido el temporal.

PREGUNTAS DE REVISION

1. (a) ¿Qué se entiende por patrimonio futuro? ¿El actual?
   (b) ¿Cómo protege el seguro de vida estos patrimonios?
2. Se ha dicho que el seguro de vida es una propiedad. ¿Qué características generales de la propiedad posee el seguro de vida?
3. Se ha dicho que el problema del seguro de vida es que hay que morir para poder recibir el capital. ¿Es ésto exacto? ¿Por qué? En caso contrario, enúncielo en forma más correcta.
4. «Lo que es temporal para uno es permanente para otro». Explique mediante ejemplos lo que usted considera necesidades permanentes frente a temporales en el seguro de vida.
5. Todos los contratos de seguro de vida permanentes tienen un valor monetario, pero no todos los contratos con valor monetario son permanentes. ¿Está usted de acuerdo?
6. ¿Por qué los aseguradores de vida suscriben contratos con primas mayores de lo debido, mientras los de propiedad y responsabilidad no lo hacen? Explíquelo.
7. Un detractor del seguro de vida afirmaba: «Si uno muere... el valor monetario muere con él. Los valores monetarios están irremediablemente atrapados. Cuando se pide prestado este dinero, que es producto del propio esfuerzo, te piden interés sobre él. ¿Han oído alguna vez de un negocio más oscuro que pagar interés a alguien que te presta tu propio dinero?». Conteste a esta crítica en su calidad de conocedor del seguro de vida.
8. El crítico anterior afirmaba también: «Mientras la tabla actuarial de 1941 afirma que 4,59 de cada 1.000 hombre que acaban de cumplir los 35 años morirán en el año siguiente, de hecho la experiencia de varias grandes compañías señala que un promedio de sólo 2,9 de cada 1.000 murieron. De esta manera se llega a la primera de las exageraciones del seguro de vida. Las grandes compañías se estaban guardando 1,69 dólares al año por cada 1.000. ¿Es esta afirmación verdadera o falsa? ¿Coincide su conclusión con la del autor de este comentario? ¿Por qué?
9. Vea el último volumen de Life Insurance Fact Book y compare las tendencias de crecimiento reciente de los tipos principales de seguro de vida en los últimos 20 años.
   (a) ¿Qué observa?
   (b) ¿Cómo se explica usted estas tendencias?
10. «La idea de cancelar una póliza en lugar de pagar durante toda mi vida es atractiva, pero tiene ciertas dificultades que poner en duda tal decisión». Cite algunas de las dificultades a que se hace referencia.

11. ¿Para qué fines se debería usar el seguro temporal? ¿Y el de vida entera? ¿Y el dotal? Justifique sus respuestas.
12. John Smith, de 30 años, tiene una familia de cinco personas, sus hijos tienen tres, cinco y diez años. Gana 7.000 dólares al año y piensa que puede dedicar 500 anuales para el seguro de vida. El está cubierto por la seguridad social y tiene un certificado de seguro de vida de grupo por 7.000 dólares por su empleo.
    (a) ¿Qué tipos de seguro de vida le recomendaría a John para invertir su dinero? Justifique su respuesta.
    (b) ¿Cuánta protección se lograría con su elección si John muriese mañana?
13. ¿Cambiaría su respuesta a la pregunta 12 si John tuviese 49 años, ganase 15.000 dólares y sus tres hijos tuviesen 22, 24 y 29 años, respectivamente?
14. ¿Cuál es la diferencia entre una póliza cancelada y una vencida?
15. Un crítico del seguro de vida preguntó: «¿Por qué las pólizas de vida entera caducan a los 100 años, cuando la mayoría está muerto a esa edad?». ¿Cómo le respondería usted?
16. Si hubiese que dibujar la línea adecuada a una póliza a plazo fijo hasta los 65 años en la figura 20-3. ¿Dónde la dibujaría? ¿Por qué?
17. John compró una póliza de vida ordinaria de 1.000 dólares a los 30 años por una cuota anual de 21,53. A los cinco años su valor monetario era de 86,66; a los diez años de 178,43; a los quince años de 273,82 y a los 20 años de 370,83. Se podría haber comprado una póliza temporal por 1.000 dólares a un costo de 6,46 anuales los primeros cinco años; 7,31 anuales los segundos cinco años y 13,02 anuales los ultimos cinco años.
    (a) ¿Cuál es el costo neto de la protección de John de acuerdo a cada plan después de (1) 5 años, (2) 10 años, (3) 15 años y (4) 20 años? (Costo neto = Cuotas — Valor Monetario).
    (b) ¿Cómo explica las diferencias?
18. «A» pide información respecto a la póliza de renta familiar. Desea saber:
    (a) ¿Por qué la compañía no paga los réditos de la póliza básica inmediatamente después de la muerte del asegurado en lugar de hacerlo al final del período?
    (b) ¿Por qué los ingresos no continúan durante 20 años a partir de la fecha de muerte, en lugar de terminar a los 20 años de duración del contrato? ¿Puede usted exponer las razones de ello?
19. Cierto asegurador ofrece una póliza de renta familiar con las siguientes características: No se exige una póliza básica y la póliza puede ser convenida para recibir rentas por cualquier lapso de tiempo, siempre que el período de pagos no se extienda más allá de los 65 años.
    (a) ¿Qué tipo de seguro de vida básico se está usando en este plan?
    (b) ¿Tiene algunas ventajas sobre la póliza normal de renta familiar?
20. Una de las ventajas que se atribuyen al seguro permamente es que protege en forma automática contra la caducidad. ¿Cómo es posible?
21. Cierto asegurador ofrece una póliza de vida ordinaria a la edad de 25 años con una cuota de 18,56 dólares al año por cada 1.000, y una póliza «económica» con un capital mínimo de 3.000 dólares, y con una cuota de 16,20 al año por cada 1.000 dólares.
    (a) Explique las posibles fuentes de ahorro de ambos sistemas.
    (b) ¿Representan estas fuentes formas legítimas de ahorro para el asegurado?
22. (a) ¿Qué objeciones se podrían hacer a la compra de un seguro juvenil?
    (b) ¿Tiene algunas ventajas su compra? Explíquelo.

21

Estipulaciones contractuales del Seguro de Vida

Las estipulaciones contractuales que se contienen en la póliza del seguro de vida son de especial interés para el asegurado porque algunos de los beneficios más valiosos de la protección sólo pueden obtenerse mediante un uso adecuado de estos derechos. Además, existen unos pocos contratos de seguro que contengan un mayor número de estipulaciones referentes al bienestar del asegurado. El seguro de vida es generalmente un contrato a largo plazo que continúa vigente después de la muerte del asegurado, por lo que una comprensión clara de las estipulaciones más importantes es crucial si se quiere emplear en forma eficiente los servicios del asegurador y del agente para satisfacer las intenciones del asegurado respecto de su patrimonio. En este capítulo se describen las estipulaciones más importantes, muchas de las cuales son de uso general y obligatorias por ley.

CLAUSULAS DE NO CONFISCACION

En el seguro de vida, estas cláusulas garantizan que el elemento de ahorro de la póliza no será negado por el asegurador bajo ninguna circunstancia, pero siempre será otorgado en beneficio del asegurado. Existen tres formas en que el asegurado puede recibir el valor monetario: un solo pago en dinero, exten-

sión del plazo del seguro y concesión de un seguro ya concelado por un valor menor [1].

Cláusula de valor monetario y de préstamo

Esta cláusula permite al asegurado retirar sus ahorros con o sin cancelación del contrato. Si se necesita dinero en forma urgente pero no se desea cancelar la póliza, es posible pedir un préstamo por una cantidad equivalente al valor monetario. Dado que el asegurador ha calculado la cuota original suponiendo que se obtendrán intereses por las reservas, se cobra interés a todo el mundo, incluido el asegurado que hace uso de estas reservas. Mientras el asegurado está haciendo uso de sus propias reservas y pagando un interés por ello, el asegurador le está haciendo un abono en su cuenta con el interés correspondiente a sus valores. Así, el asegurado puede estar pagando un 5 por 100 de interés por su préstamo y recibir un 3 por 100 de interés en forma de abono en su cuenta de reserva. Por lo tanto, el préstamo le cuesta sólo un 2 por 100 de interés. Este costo es algo necesario porque los préstamos por la póliza se ofrecen como un servicio al asegurado y son de costosa administración. Los argumentos anteriores destruyen la falacia que se escucha a menudo de que es injusto que el asegurador cobre interés por el dinero del propio asegurado. En realidad no es el dinero de un solo asegurado sino del conjunto de todos ellos. Si el asegurado muere con un préstamo pendiente en su póliza, esta cantidad se resta del capital de la misma. De otra manera no habría ninguna obligación de devolver los préstamos. Si el préstamo equivale al total del valor monetario es claramente necesario que el asegurado pague el interés anual en metálico para evitar la cancelación de la póliza.

[1] Antes del establecimiento de las cláusulas de no confiscación (que son exigidas por la Ley en todos los Estados) había personas de edad que aceptaban vender sus pólizas a especuladores cuando se sentían incapaces de pagar las primas. La oferta del especulador dependía del estado de salud del individuo y a menudo tenía lugar su venta ante notario, en presencia de la persona de edad para que pudiese ser examinada. No es necesario decir que pocas veces el asegurado conseguía un trato justo en estas transacciones. Elizur Wright, comisionado de seguros de Massachussetts, tuvo una activa participación en la eliminación de esas prácticas.

Cláusula de extensión del plazo

Si el asegurado no ha elegido ninguna cláusula especial, la mayoría de los aseguradores aplica de forma automática la cláusula del plazo mayor. El valor monetario del contrato se usa para comprar una póliza a plazo fijo por tantos meses o años como lo permitan las tasas vigentes correspondientes a la edad del asegurado en el momento de cancelarse el contrato. Este contiene una tabla que define la duración de este período para diferentes edades. Así, para un asegurador, un contrato de vida ordinario suscrito a los treinta y cinco años y vigente por veinte tiene un valor monetario garantizado de 370,83 dólares por cada 1.000. Si el asegurado desea cancelar el contrato puede recibir su dinero o un seguro a plazo fijo de 1.000 dólares por dieciséis años y 325 días.

Cláusula del seguro cancelado

En el ejemplo anterior, el asegurado puede elegir la cláusula del seguro cancelado y recibir así una póliza de vida ordinaria ya cancelada por valor de 561 dólares. Esto significa que no deberá pagar más cuotas y que el asegurador pagará 561 dólares al morir el asegurado, independientemente de cuando muera. Esto es equivalente a la contratación de una póliza de vida ordinaria de 561 dólares en una sola cuenta de 370,83 [2].

Las cláusulas de no confiscación tienen gran importancia para el asegurado. Este no debe perder sus ahorros por su imposibilidad para continuar los pagos; además, puede continuar su protección de dos formas diferentes, si así lo desea. Esto deja en evidencia una falacia que se oye a menudo respecto al seguro de vida ordinario: que el problema de este seguro es que hay que pagar «toda la vida». En realidad, es posible dejar de pagar en cualquier momento y elegir alguna de las cláusulas de no confiscación. La cláusula de plazo mayor ha beneficiado a muchas viudas que descubrieron cómo una póliza que pensaban caduca por no haber continuado los pagos, estaba aún vigente.

[2] Sin embargo, el asegurado no paga los gastos de adquisición de seguro bajo las cláusulas de dividendo o no confiscación y se podría decir que ése es un método muy económico de comprar seguros.

Esto es muy importante cuando la avanzada edad reduce la posibilidad de continuar el pago de las cuotas y la protección ininterrumpida se hace necesaria para una mujer viuda.

CLAUSULAS DE LIQUIDACION

«Liquidación» se refiere a la forma en que el asegurador cumple con las obligaciones del contrato. Las cláusulas de liquidación describen las diferentes posibilidades que el asegurado puede elegir para precisar el pago de sus derechos, ya sea a sus beneficiarios o él mismo. Existen muchas cláusulas de liquidación y diversas combinaciones de ellas, pero las más comunes: la de un solo pago, la de plazo fijo, la de importe fijo, la de interés y la de renta vitalicia.

Cláusula de un solo pago

En este caso, las obligaciones del seguro de vida se pagan de una sola vez y las responsabilidades del asegurador se consideran terminadas. El asegurador no ejerce ningún control sobre el dinero y desaparecen los servicios que se ofrecen con las otras opciones. Por esta razón las liquidaciones en un solo pago son apropiadas cuando el asegurado o su beneficiario necesita el dinero para fines que requieren una suma en metálico, tales como la liquidación de una hipoteca, el pago de los gastos del funeral o de los impuestos. Una gran mayoría de las pólizas de seguro de vida se liquidan de acuerdo con esta cláusula.

Cláusula de plazo fijo

En lugar de cobrar un solo pago, el asegurado puede elegir la cláusula de plazo fijo, de acuerdo con la cual ordena al asegurador el pago de sus obligaciones en diversas cuotas que se extienden durante un período determinado. En virtud de esta cláusula, el asegurador emite un contrato suplementario (ya que la póliza anterior fue cancelada) en el que se compromete a cancelar sus obligaciones del modo en que le ha sido ordenado. No hay gastos adicionales por este servicio, aunque si se acudiese a una escritura separada para lograr el mismo objetivo, su costo sería importante.

A modo de ejemplo de cómo se utilizaría la cláusula de plazo fijo, consideremos al caso siguiente. Un asegurado, que ha mantenido a su familia durante el período en que sus hijos son jóvenes, desea asegurar unos ingresos a su mujer que ahora tiene treinta y seis años para cuando el hijo que ahora tiene siete años tenga dieciocho y tenga vigencia hasta que la mujer tenga sesenta y dos. No hay ingresos por seguridad social durante ese período y el asegurado nota que, sin una renta mínima, la mujer será incapaz de cubrir los gastos más elementales, aunque trabajase, dado que la ayuda de los hijos no sería apreciable. Por lo tanto, el problema es asegurar una renta a partir de un determinado momento y que continúe por un período determinado. Haciendo uso de la cláusula de plazo fijo, el asegurado comunica a la compañía de seguros que, en caso de morir, la póliza debe ser retenida hasta que la mujer alcance los cuarenta y siete años, y a partir de esta fecha debe recibir las cuotas durante quince años. Al final de este período, la mujer tendrá sesenta y dos años y comenzarán los pagos de jubilación de la seguridad social. El importe del seguro necesario para lograr ese propósito puede ser determinado con tablas especialmente calculadas para ello.

Así, a un interés del 3 por 100, se puede calcular que serán necesarios 7.459 dólares para asegurar 100 mensuales durante quince años, siendo hecho el primer pago al comenzar el undécimo año y agotado el fondo de reserva al finalizar el decimoquinto año de pagos [3].

Cláusula de importe fijo

En este caso hay una finalidad similar a la de plazo fijo, excepto en que el pago de las obligaciones se programa de tal manera que la cantidad es fija y el período es variable de acuerdo al tipo de interés devengado y a los fondos disponibles. Un asegurado puede desear garantizar un ingreso mínimo a su familia y ordenará al asegurador pagar esa cantidad mientras lo permitan las reservas. Un mayor interés prolongará el período de pago, pero no aumenta la cantidad.

[3] No todos los aseguradores acumularán interés sobre los fondos de seguro de defunción.

Cláusula de interés

En este supuesto el asegurador retiene los fondos y solamente paga los correspondientes intereses. El que recibe esta cantidad tiene, no obstante, derecho a retirar el capital. Este método se usa en los siguientes casos:

1. Los fondos de la póliza pueden estar destinados a pagar los gastos de funeral, pero no se sabe cuándo deberán ser utilizados. Por lo tanto, son retenidos a un determinado tipo de interés hasta que se los necesite y posteriormente pueden ser retirados cuando lo desee el beneficiario.
2. Los fondos están destinados para uso de la esposa en caso de emergencia. Se acuerda colocar la póliza bajo la cláusula de interés con derecho a retirar los fondos en el momento en que sean necesarios.
3. Se necesitan los intereses para complementar el ingreso familiar, pero el capital será destinado a uno de los hijos cuando cumpla los veintiún años. Los fondos se colocan bajo la cláusula de interés, pagadero a la esposa, que no tiene derecho a retirar el capital, salvo en caso de que lo haga para el hijo antes citado cuando cumpla los veintiún años.
4. Se desea usar el capital para satisfacer las necesidades de ingresos en un momento posterior, y que al mismo tiempo produzca intereses para aumentar los ingresos familiares. Se lo deja bajo la cláusula de interés por un cierto tiempo y luego es convertido en una de las opciones de plazo fijo, de capital fijo o de renta vitalicia.

La Tabla 21-1 ilustra el volumen de ingresos por fondos de seguro de vida de acuerdo a las modalidades que acabamos de exponer.

Cláusula de renta vitalicia

Consiste en que los fondos pueden ser dejados en forma de anualidad para garantizar al beneficiario un ingreso vitalicio con o sin un mínimo de cuotas garantizadas. Las anualidades serán analizadas en el Capítulo 22.

Significado de las cláusulas de liquidación

En 1969 se estimó que el 10,3 por 100 de los fondos con mayor probabilidad de ser usados como ingresos (beneficios de defunción, dotes vencidas y valores monetarios de recuperación) fueron dejados de lado para ser sustituidos por las cláusulas de liquidación. El 89,7 por 100 restante se pagó en cuotas únicas [4]. De esto se desprende que o el seguro de vida está siendo usado para satisfacer necesidades de dinero, o que los asegurados en su conjunto no son conscientes de las ventajas del uso de las cláusulas de liquidación, o que los usos alternativos de los fondos de seguro son más ventajosos o que prevalece alguna combinación de estas condiciones.

Haciendo uso de las cláusulas de liquidación es posible programar el seguro de tal forma que garantice la seguridad de ingreso que le es dado otorgar. Se ha dicho con anterioridad que la finalidad más importante del seguro de vida es restituir los ingresos perdidos por la muerte del asegurado. Si esto ocurre, se debe a las cláusulas de liquidación, pues los ingresos perdidos pueden ser reemplazados en forma económica y eficiente por el ciudadano medio. El énfasis en estas cláusulas permite definir una línea de conducta para la contratación del seguro de vida y una guía para determinar el importe del seguro a comprar. En otras palabras, la respuesta a la pregunta «¿Cuánto seguro de vida debo comprar?» debe ser «Depende principalmente de la cantidad que desee como ingreso para usted o sus dependientes». El capital necesario para producir un cierto nivel de ingresos se determina en consecuencia fácilmente.

La utilización de los servicios prestados por el asegurador para administrar los fondos del seguro no significan un mayor costo al asegurado. Los fondos se mantienen alejados de los beneficiarios inexpertos o del despilfarro por parte de parientes irresponsables. El asegurado tiene la seguridad de que las fluctuaciones del mercado de valores no interrumpirán el flujo de ingresos que desea garantizar a sus beneficiarios. El temario presentado en el Capítulo 22 mostrará otras ventajas de las cláusulas de liquidación. Por ejemplo, existen ventajas en los impuestos y la ley ha ofrecido la protección del seguro de vida frente a ciertos riesgos que podrían poner en peligro otro tipo de inversiones.

[4] *Life Insurance Fact Book* 1972 (Nueva York: Instituto de Seguro de Vida; Institute of Life Insurance, 1972), p. 46.

Tabla 21-1

POSIBLES USOS DE LOS FONDOS DE SEGURO DE VIDA

Cláusula de plazo fijo

Ingreso mensual por cada 10.000 dólares de reserva (1) (en dólares)	Plazo
183,24	5 años
100,58	10 años
60,03	20 años
49,40	vitalicio (2)

Cláusula de importe fijo

Fondo del seguro (en dólares)	Plazo durante el cual se pagarán 100 dólares mensuales
5.000	4 años, 6 meses
10.000	10 años
20.000	26 años, 11 meses

Cláusula de interés

Ingreso mensual por cada 10.000 dólares de reserva (en dólares)	Porcentaje de interés
25,00	3
33,33	4
41,66	5
50,00	6

(1) Suponiendo un interés del 4 por 100.

(2) Beneficiario femenino, pago vitalicio con diez años asegurados.

CLAUSULAS QUE PROTEGEN AL ASEGURADO Y AL BENEFICIARIO

Además del aspecto de protección que existe en las cláusulas anteriores, hay otras de gran importancia en el contrato de seguro de vida. Algunas de ellas, cuya finalidad es garantizar que el contrato logre los objetivos que se ha propuesto, son obligatorias por ley.

Cláusula de indisputabilidad

Mediante esta cláusula se acuerda que si la póliza ha estado vigente durante un determinado período, generalmente de dos años, y si el asegurado no ha muerto en ese lapso de tiempo, el asegurador no se puede negar al pago ni cancelar o litigar el contrato incluso en caso de fraude. Así, si se descubre que el asegurado mintió acerca del estado de su salud en el momento de solicitar el seguro de vida, pero esta falsa declaración no es descubierta hasta después de vencer la cláusula de indisputabilidad, el asegurador no puede cancelar el contrato o rehusar el pago de la póliza en caso de que el asegurado muera por una causa no excluida según los enunciados básicos de la póliza [5]. De esta forma, la cláusula de la que hablamos sirve como límite temporal durante el cual el asegurador puede descubrir cualquier fraude o falsa declaración en la solicitud o verse posteriormente impedido de hacer valer lo que de otra forma sería su derecho legal —es decir, el derecho a cancelar el acuerdo—. Tal «ordenanza limitadora» no existe en la mayoría de los contratos de seguro. La justificación legal de la presencia de esta cláusula en el seguro de vida se encuentra en el deseo de proteger a los beneficiarios de las demandas dudosas de un asegurador que alega falsas declaraciones del difunto, de lo cual es imposible que pueda defenderse.

[5] En algunos casos, la póliza excluye la muerte en guerra o accidentes de aviación. La negativa a pagar las demandas por estos riesgos no contradice la cláusula de indisputabilidad, independiente del momento de la muerte. Se ha sostenido también que en algunos casos de fraude nunca existió un contrato válido y, por lo tanto, la citada cláusula nunca tuvo vigor; v. gr., en los casos en que el asegurado presenta a otra persona al examen médico nunca se podrá «llegar a un acuerdo» y el contrato no existirá por falta de una oferta y una aceptación válida.

Cláusula del suicidio

La cláusula del suicidio protege en forma parcial al beneficiario de las consecuencias económicas del suicidio. Esta cláusula estipula que si el asegurado no se suicida dentro de un período determinado, generalmente dos años a partir de la suscripción del contrato, el asegurador no puede negar responsabilidades por un suicidio posterior. Si éste ocurre dentro del período de dos años, la única obligación del asegurador es devolver, sin intereses, las primas que ya han sido pagadas. El período de uno o dos años se justifica suponiendo que si el asegurado planeaba sucidarse en el momento de comprar el contrato, probablemente cambiará de opinión después de ese período de tiempo.

Cláusulas de rehabilitación y de período de gracia

De acuerdo con la cláusula de rehabilitación, los contratos pueden ser restablecidos después de un cierto plazo a partir de su caducidad, en general de tres o cinco años, si hay evidencia de asegurabilidad. La póliza caduca por impago de las primas pero la cláusula del período de gracia concede al asegurado otros treinta días para pagar la prima en mora, antes de cancelar la póliza. Una vez que ésta ha caducado, se exigen unas condiciones especiales bajo la cláusula de restablecimiento para obtener nuevamente la cobertura (en algunas ocasiones se requerirá un nuevo examen médico) pero en general bastará con que el asegurado afirme encontrarse en buena salud en el momento de la rehabilitación, debiéndose pagar todas las primas atrasadas más sus intereses. El restablecimiento pone en vigencia por otros dos años la cláusula de indisputabilidad, pero en general la cláusula de suicidio no entra nuevamente en vigor. A menudo se desea rehabilitar una póliza antigua antes que comenzar una nueva, ya que aquélla puede contener ciertas estipulaciones más favorables o mayores intereses que no figuran en la nueva. Además, no es necesario pagar los gastos de nueva emisión dado que estos costos son elevados (alrededor de una prima anual en las pólizas ordinarias) el ahorro es bastante considerable.

Cláusula del préstamo automático

Como hemos visto, el impago de una cuota implica la caducidad después del período de gracia. Si la póliza tiene un valor de rescate en el momento de caducar, puede ser liquidada en dinero, cambiada por otro tipo distinto de contrato o convertida en un seguro ya cancelado con inferior capital. Para evitar la caducidad, muchos aseguradores fomentan el uso de la cláusula de préstamo automático que autoriza a éstos a establecer un préstamo sobre la póliza como si el asegurado lo hubiese solicitado para otros fines. De esta manera, la antigua póliza continúa vigente sin interrupción; el único cambio es que ahora existe un préstamo sobre ella.

Cláusula de edad incorrecta

El declarar una edad incorrecta en el seguro de vida puede determinar que el asegurador acepte un riesgo que en otro caso rehusaría, por lo que podría alegarse por éste como causa de impago de la suma asegurada. Si no se controlase este aspecto sería posible que el público mintiera acerca de su edad para obtener primas más bajas o un mayor ingreso de jubilación; por lo tanto, antes de cancelar los fondos se requiere una demostración de la edad. De acuerdo con esta cláusula, si se establece que la edad de un individuo ha sido falsamente declarada, el asegurador reajusta la cantidad a pagar antes de liquidarla. La cantidad real a pagar es la que corresponde al seguro que habría sido comprado con la prima satisfecha si se hubiese declarado la edad correcta. Por ejemplo, si la prima relativa a la edad verdadera fuese 30 dólares y la declarada 25, el asegurador pagará únicamente 5/6 de la cantidad debida.

Cláusula de contrato completo

Generalmente la póliza de seguro de vida contiene una cláusula que estipula que la póliza, junto con la proposición, constituyen el único contrato entre las partes. Esta cláusula es necesaria para la protección del asegurado y del beneficiario, ya que, sin ella, sería posible alterar sus derechos mediante cambios

en los estatutos del asegurador. En el caso de aseguradores en régimen mutual los derechos del asegurado pueden ser modificados si sus estatutos son cambiados en la forma oportuna [6].

Cláusula de «despilfarro»

Uno de los derechos de que gozan en muchos Estados los titulares de un seguro de vida es la exención de los fondos de seguro y valores monetarios respecto a las demandas de los acreedores. Estos no pueden exigir que el valor monetario del seguro de vida sea destinado al pago de las deudas del asegurado, a menos que éste haya comprado o pagado en forma indebida su seguro de vida con dinero sujeto a las reclamaciones del acreedor. Los acreedores del asegurado tampoco pueden disponer de los fondos de defunción del seguro de vida. Este es un derecho importante que protege al beneficiario frente a los acreedores del asegurado, ya que las posibles actuaciones irregulares de éste no pueden poner en peligro la seguridad del beneficiario en cuanto a su percepción de los beneficios de la póliza de seguros.

Sin embargo, persiste una cuestión: «¿Qué ocurre respecto de los acreedores del propio beneficiario?» ¿Puede éste contraer deudas usando como garantía su derecho a recibir unos ingresos por concepto de seguro de vida? Esto es posible desde un punto de vista técnico, a menos que la ley del Estado estipule lo contrario o salvo que ésta haya permitido la inclusión de la llamada «Cláusula de despilfarro». Si esta cláusula se agrega a una póliza de seguro de vida, los derechos del beneficiario a recibir la cantidad estipulada no pueden ser menoscabados por los acreedores en ningún juzgado del Estado. Una cláusula de este tipo es una valiosa medida de seguridad, ya que si no existiese se podría dar el caso de un acreedor poco escrupuloso que convenciera a un beneficiario a comprar bienes por cantidades mayores de las que se puede responder, basándose en su conocimiento que lo puede recibir en virtud de un seguro de vida. De esta manera, la socidad concede al seguro de vida una posición especial de que no gozan otros tipos de inversión. En muchos Estados, el endoso de la «cláusula de despilfarro» es legal. Para cumplir con los requisitos de esta cláusula, los fondos deben ser liquidados en forma de renta, puesto que la protección se pierde en el momento en que el dinero pierde su carácter de fondo derivado de un seguro de vida. Esto puede ocurrir al depositarse esta cantidad en la cuenta bancaria del beneficiario, o al ser mezclada con otros fondos.

[6] Ver el Capítulo 5.

OTRAS DISPOSICIONES CONTRACTUALES

Hay muchas clases de estipulaciones contractuales que son comunes a las pólizas del seguro de vida. Los párrafos siguientes describen las más comunes.

Cláusulas de dividendo

Las pólizas con participación son aquellas en virtud de las cuales el titular del contrato tiene derecho a recibir ciertos dividendos [7]. En realidad el dividendo es un retorno parcial de las primas pagadas y refleja la experiencia del asegurador respecto a los costos de mortalidad, gastos generales y sus ingresos netos por inversiones. Todos los contratos de seguro de vida con participación prevén ciertas opciones en cuanto al uso de los dividendos. En general, las posibilidades del asegurado son: recibir los dividendos en dinero, dejarlos en poder del asegurador a un cierto tipo de interés o usarlos para comprar contratos cancelados de inmediato o para pagar su contrato en forma más rápida [8].

Los dividendos pueden representar sumas importantes y, por lo tanto es necesaria una buena elección de las opciones que se presenten. Por ejemplo, como se muestra en la tabla 6-1 del capítulo 6, los dividendos pagados por seis grandes aseguradores mutuales de vida en el período 1951-1970 estaban entre el 25 y el 40 por 100 de las cantidades totales pagadas por los asegurados en tal período de veinte años. Mediante tales dividendos, los asegurados podrían haber reducido sus primas o comprado pólizas adicionales de seguro de vida. El uso de los dividendos permite pagar un contrato de vida ordinario y en algunos casos

[7] Ver el capítulo 6 para un análisis de este tema y su influencia en el problema de seleccionar al asegurador.

[8] En 1970 los dividendos se usaron para ese propósito en la siguiente proporción: recibo en dinero, 21 por 100; depositado a interés, 28 por 100; usado para comprar seguros adicionales, 27 por 100; usado para pagar las cuotas, 24 por 100. *Life Insurance Fact Book* 1972 (Nueva York: Instituto de Seguro de Vida, 1972), p. 50.

aumentar la reserva de la póliza de modo que no serían necesarios pagos después de los sesenta y cinco años. (Los contratos en que no se pagan dividendos cuestan menos al comienzo y reciben el nombre de contratos sin participación.)

El uso de los dividendos para comprar seguros adicionales tiene cuatro ventajas de importancia:

1. Dado que no implican recargos de compras, es una forma económica de adquirir seguros de vida.
2. Debido a que no se exige examen médico ni evidencia de asegurabilidad, el uso de esta opción puede permitir la compra de un seguro cuando sería imposible obtener la cobertura de otra manera.
3. Los seguros adicionales tienen a su vez un valor monetario que puede ser solicitado en préstamo. En caso de muerte del asegurado, el beneficiario recibe el seguro de vida adicional (menos la cantidad en préstamo) aun en el caso de que el asegurado haya hecho uso de la mayoría de los dividendos mientras vivía.
4. Para individuos situados en una alta escala para el pago de impuestos, los seguros adicionales tienen la ventaja que el interés devengado está libre de impuestos, mientras que si se los dejara acumular estarían sujetos a gravamen. Los dividendos, en cuanto son considerados como una devolución de las cuotas, tampoco están sujetos a impuesto.

Ampliación de la cobertura

La mayoría de los aseguradores permiten seguros «adicionales» mediante el pago de una prima adicional.

«Adicional» de renuncia de primas. Este sistema, cuyo costo es de alrededor de 50 céntimos por cada 1.000 dólares anuales a la edad de treinta años en un seguro ordinario, exime al asegurado de seguir pagando la póliza en caso de incapacidad total y permanente por cualquier causa antes de cierta edad, generalmente sesenta años[9]. La póliza mantendrá el mismo valor monetario, beneficios de defunción y dividendos que en el caso de haber seguido pagando todas las primas. Normalmente hay un

[9] Lo que constituya una incapacidad total y permanente depende de la interpretación del asegurador. Una definición común es que el asegurado debe ser considerado incapaz de dedicarse a su trabajo normal para obtener ganancias o remuneración. La pérdida total de la vista o del uso de ambas manos o pies o una mano y un pie constituye normalmente evidencia de una incapacidad total.

período de carencia de seis meses antes que el asegurador renuncie al cobro de las primas. El uso de este «adicional» se recomienda para garantizar que el valor del seguro de vida permanece intacto, independientemente del estado de salud del asegurado.

«Adicional» de renta por incapacidad. Llevando la idea de la renuncia de las primas un poco más adelante, la mayoría de los aseguradores amplían la póliza de vida para asegurar un ingreso mensual de 5 o 10 dólares por cada 1.000 de capital, en caso de que el asegurado resulte incapacitado total y permanente. Esta opción, conocida como el «adicional» de renta por incapacidad entra en vigencia después de un período de carencia de cuatro a seis meses y caduca si la incapacidad no se ha registrado antes de los cincuenta y cinco o sesenta años de edad, o al vencimiento de la póliza, según qué ocurra antes. La renta continúa mientras el asegurado se vea total y permanentemente incapacitado, si es necesario en forma vitalicia, pero normalmente no se extiende más allá de la fecha de expiración de la póliza o a los sesenta y cinco años de edad, dependiendo de lo que ocurra en primer lugar.

Si la incapacidad persiste a la edad de sesenta y cinco años, la póliza se declara vencida. A menudo el asegurador impone ciertas restricciones sobre heridas causadas por el mismo individuo, por la guerra, en calidad de viajero en un avión o por verse envuelto en un desorden o conmociones civiles. El costo de esta cobertura es relativamente bajo: un promedio de tres dólares anuales por cada diez dólares de renta mensual para un individuo de veinticinco años. Dado que es posible obtener la protección por incapacidad en forma más flexible con pólizas separadas, la importancia de este «adicional» es sólo relativa.

«Adicional» de indemnización doble. Es una cobertura de acuerdo con la cual los beneficiarios del asegurado pueden recibir dos o tres veces la suma asegurada si la muerte se debe a un accidente. Sin embargo, este beneficio tiene numerosas restricciones; así, la muerte acidental por suicidio, la muerte después de noventa días de sufrir un accidente, la muerte por cualquier enfermedad, la muerte sin rastros visibles de heridas o contusiones y cualquier muerte accidental que no cumpla con la definición estricta de accidente[10] no está cubierta. Mientras el recargo que se hace por la cláusula de indemnización doble no es

[10] Ver el Capítulo 22 para un análisis de esta cláusula.

muy elevado, en general 1,25 dólares por cada 1.000 de capital, la cobertura de esta cláusula puede inducir al asegurado a creer que ha doblado su protección con un pequeño costo adicional. Nada más lejos de la verdad; como hemos visto, la muerte no sólo ha de ser accidental, sino que los accidentes deben cumplir ciertas condiciones limitativas.

Transferencias

En lugar de invertir en un póliza de vida o pedir un préstamo al asegurador, el asegurado puede desear traspasar sus beneficios a otro, como por ejemplo un prestamista. La razón para proceder así puede ser que el banco rehúse conceder el préstamo sin un seguro, que el prestatario puede no disponer de medios suficientes para cubrir el préstamo o que éste puede ser inasegurable por una nueva cobertura que proteja el préstamo. No se necesita permiso del asegurador para traspasar la póliza de seguro de vida. Sin embargo, éste debe ser informado por escrito de la concesión para verse obligado por ella. En caso de muerte del asegurado, el procedimiento usual es que el asegurador pague a quien corresponda la parte de los fondos equivalentes a la deuda, y el resto a los beneficiarios designados. En otras palabras, el cesionario de una póliza de seguro sólo puede recibir aquella parte de ésta «que corresponda a sus intereses». El cesionario no necesita tener un interés asegurable en la vida del asegurado. Por ejemplo, éste puede hacer un regalo a alguien mediante la cesión de la póliza.

Pago de primas

La mayoría de los aseguradores conceden a los asegurados el derecho a pagar las cuotas en forma anual, semestral o trimestral. Muchos conceden incluso el pago mensualmente. Sin embargo, en estos pagos no anuales hay un recargo. Por ejemplo, si la cuota anual es de 100 dólares, el asegurador puede fijar una cuota semestral de 51. Esto equivale a recargar dos dólares al año por el derecho a usar 49 durante seis meses [11]. En términos de interés simple, el costo es de 4,08 por 100 por seis meses o el 8,16 por 100 anual. Sin embargo, puede ser conveniente para el asegurado este interés debido a las ventajas de hacer pagos en cuotas como parte de su presupuesto personal.

[11] Si el asegurado dispone de 51 dólares para cancelar su cuota y se le pide que cancele el resto de los 100 en seis meses, podemos afirmar que si estuviese dispuesto a pagar otros 49 en el acto, no necesitaría crédito. Por lo tanto, el monto del crédito necesario para gozar de las ventajas del pago semestral es de 49 dólares.

Riesgos excluidos

No es normal que los aseguradores de vida excluyan riesgos de la cobertura. En ocasiones se excluyen las muertes causadas por accidentes de aviación, excepto los que ocurren en vuelos regulares de las líneas comerciales. La mayoría de los aseguradores excluyen solamente la muerte en accidentes de aviación con ocasión de actividades militares. En tiempos de guerra, muchos aseguradores excluyen las muertes por tal causa. No existe uniformidad en las cláusulas de riesgos excluidos y las normas de cada asegurador deben ser estudiadas en detalle para determinar el alcance de la cobertura. Si un riesgo está excluido de un póliza de seguro de vida, el hecho de existir la cláusula de indisputabilidad no impide que el asegurador niegue sus responsabilidades puesto que se mantiene la tesis de que esta cláusula sólo se aplica a los riesgos no excluidos. Desde un punto de vista técnico, la póliza no está siendo «discutida», porque el asegurador simplemente eligió no incluir ciertas causas de muerte. Afortunadamente, la póliza *standard* de seguro de vida contiene muy pocas excepciones. Es prácticamente un auténtico acuerdo a todo riesgo.

Designación del beneficiario

El asegurado puede nombrar a quien desee como beneficiario de su póliza, el cual no debe tener necesariamente un interés asegurable sobre la vida de aquél. Una de las ventajas del seguro de vida como medio de crear un patrimonio es que el contrato asegura tanto la acumulación como la *distribución* de la propiedad. Los fondos se pagan directamente al beneficiario y no deben pasar para su prueba ante un tribunal: por lo tanto no están sujetos a los costes y demoras de los procedimientos testamentarios. Sin embargo, hay que prestar gran atención a la forma en que se designa al beneficiario.

Cambio de beneficiario. El asegurado tiene derecho a cambiar de beneficiario sin informar a los afectados, siempre que

no haya nombrado beneficiario de modo irrevocable. Un beneficiario revocable no tienen control sobre la póliza, sólo derechos eventuales. Sin embargo, nombrar un beneficiario irrevocable equivale a transferir todos los derechos de propiedad a ese individuo. Esto se hace generalmente después de un divorcio o separación para dar una seguridad adicional al beneficiario.

Beneficiarios secundarios. Es común nombrar beneficiarios secundarios o eventuales, de modo que si el beneficiario principal no vive al morir el asegurado, los fondos estarán destinados a ellos. Dado que a menudo los beneficiarios secundarios son los hijos, es necesario nombrar un apoderado que reciba los fondos [12]. De otra manera, los tribunales pueden nombrar a tal efecto a alguien que no sea de la confianza del asegurado. También, en caso de que el asegurado y su mujer, que es el beneficiario principal, resultasen muertos en el mismo accidente y no fuese posible determinar quién murió primero, la regla general es que los fondos los recibe el beneficiario secundario [13]. Sin embargo, si la mujer sobrevive al asegurado, aun por un período muy corto, los fondos pasan a su propiedad y serán heredados por su familia. Si el asegurado desea evitar esto, puede usar lo que se ha llamado la cláusula de «desastre común», que especifica que los fondos de seguro estarán bajo opción por un cierto período, por ejemplo dos meses, y que si al final de éste el beneficiario principal vive, los fondos pasarán a éste; en caso contrario, los recibirán los beneficiarios secundarios o pasarán a propiedad del cónyuge.

ESTIPULACIONES SOBRE EL SEGURO DE VIDA POPULAR

Aun cuando contienen beneficios similares a otras pólizas de vida, la contratación y comercialización del seguro de vida industrial (popular) y de grupo merecen un estudio aparte.

[12] Esto se hace a menudo en un testamento.

[13] Este resultado está determinado por la ley de Defunción Simultánea (Uniform Simultaneous Death Act), que ha sido aprobada en la mayoría de los Estados.

Seguro industrial (popular)

En 1970, el 3,6 por 100 del total de los seguros de vida vigentes en los Estados Unidos eran seguros industriales. En estos seguros, llamados a veces de cuota semanal, las pólizas son generalmente menores de 1.000 dólares y las primas se pagan semanalmente. Las cuotas son normalmente cobradas por un cobrador que va de puerta en puerta en un recorrido conocido como de «débito». El seguro industrial fue creado originalmente como una póliza de enterramiento para asalariados que de otro modo no compraría un seguro debido a las dificultades económicas que le supone pagar la prima. Hoy en día, sin embargo, no es correcto afirmar que sólo el obrero industrial tiene esta cobertura, ya que casi todas las clases de trabajadores contratan algún seguro de este tipo. La tasa de crecimiento en este campo de seguro se ha nivelado y el número vigente declinó por primera vez en 1958. Existen varias razones para esta disminución; quizá la más importante sea el crecimiento del seguro de vida colectivo, que ha satisfecho las necesidades antes cubiertas por el seguro industrial. Otra razón es que los grandes aseguradores que se especializan en esta modalidad han convertido sus agencias de «industriales» a «ordinarias» [14]. Es posible actualmente obtener un seguro de vida ordinario por una cantidad menor de 1.000 dólares. Además, el nivel económico de la mayoría de los individuos en el mercado industrial ha aumentado hasta el punto de que la razón principal de la venta del seguro industrial —la conveniencia de su cuota— no tiene la importancia de antes.

El contrato de seguro de vida industrial, que se vende de puerta en puerta y por lo tanto requiere un sistema de distribución costoso, tiene un precio mayor que el seguro de vida ordinario; ello es debido a que las tasas de mortalidad son más altas que las que caracterizan al seguro de vida ordinario. No hay un consenso general acerca de la cuantía de la diferencia debido al gran número de factores que intervienen en una comparación válida entre los dos [15]. Parece adecuado concluir, sin embargo, que las diferencias de costo, cualquiera que sean o hayan sido, se han hecho cada vez menores a medida en que la

[14] Los que han desarrollado el seguro industrial y a la vez los más grandes en el negocio son Metropolitan Life, Prudential Life y John Hancock Life, en ese orden.

[15] Ver el Capítulo 6.

forma de administrar ambos tipos de negocios se han hecho cada vez más similares.

La póliza de seguro de vida industrial difiere del contrato ordinario en algunos detalles, que se deben en gran medida a los pequeños capitales asegurados en una póliza de seguro industrial típica. Por ejemplo, en el caso del seguro industrial, la póliza debe estar vigente por lo menos tres o cinco años antes de disponer de los valores monetarios. No hay valores de préstamo ni formas alternativas de liquidación. Existen, eso sí, las cláusulas de no confiscación. La póliza no tiene cláusula de suicidio y, de acuerdo con la cláusula de indisputabilidad, la póliza es irrenunciable después de un año en lugar de dos. Puede ser restablecida sin evidencia de asegurabilidad. En la cuota se incluye la doble indemnización. La póliza industrial se suscribe normalmente sin examen médico, aun cuando el asegurado debe hacer declaraciones acerca de su salud. La mayoría de las pólizas contienen una cláusula de devolución de dinero, según la cual se reembolsan todas las cuotas pagadas dentro de las primeras semanas si el asegurado no está satisfecho con la cobertura.

Una cláusula inusitada de la póliza industrial es la de la facilidad de pago; según ella, los fondos de la póliza pueden ser pagados al beneficiario o «a cualquier persona que la compañía estime con los mismos derechos, por haber tenido gastos a favor del asegurado, ya sea de manutención, atención médica o funeraria». Por lo tanto, si no existe un beneficiario, los fondos son entregados a cualquier persona que haya financiado cualquier gasto del difunto. De esta manera, los fondos no están sujetos a los gastos y demoras de los procedimientos testamentarios.

Seguro de vida de grupo

No debe ser confundido con el seguro industrial, pues el de grupo se vende normalmente a los empresarios de grupos de obreros que van desde diez hasta millones [16]. A diferencia del seguro industrial, el seguro de vida de grupo ha mostrado un aumento increíble en los Estados Unidos y al final de 1970 representaba el 39 por 100 del total de seguros vigentes. En 1950 representaba el 21 por 100 y en 1940 sólo el 13 por 100 del total.

El seguro de vida de grupo se extiende siempre para un

[16] El grupo más numeroso está compuesto por los tres millones de empleados del Servicio Federal Civil.

plazo fijo. El empresario recibe un contrato básico que describe las estipulaciones de la cobertura y el empleado recibe un certificado que prueba su participación en el plan. El monto del seguro depende normalmente del salario del empleado o su puesto en la firma y puede variar desde 1.000 dólares a 100.000 o más. Sin embargo, el capital típico por empleado varía usualmente de 3.000 dólares a 10.000, y en 1968 era de 8.600 como promedio.

En el mismo año, alrededor del 88 por 100 de todos los grupos estaban constituidos por empresarios-empleados. Otras asociaciones que han comprado seguro de vida de grupo son los sindicatos, sociedades profesionales, asociaciones de empleados, sociedades de ayuda mutua y grupos de ahorro e inversión. Aun cuando el 54 por 100 de todos los grupos asegurados cuentan con menos de 25 miembros, éstos poseen sólo el 2,4 por 100 de todos los seguros de grupo vigentes. Por otro lado, los grupos de 500 miembros o más constituyen sólo el 7 por 100, pero representan alrededor del 85 por 100 de todos los seguros de grupo vigentes. Muchos de los grupos más grandes extendieron la cobertura a los miembros en retiro, en general por cantidades menores [17].

Existen varias condiciones privadas y legales en este seguro, la mayoría de las cuales se establecen para prevenir la selección adversa:

1. El grupo no debe formarse con el único propósito de obtener el seguro.
2. Un porcentaje mínimo de los miembros debe estar cubierto. Si el empresario paga todos los gastos, deben ser incluidos todos los empleados que correspondan a la misma clase. Si el empleado contribuye, se debe incluir en la cobertura al 75 por 100 o más.
3. La cobertura de los empleados debe programarse de tal manera que el importe de la protección recibida no puede ser elegido por aquéllos. Normalmente se determina de acuerdo al salario, puesto que ocupa en la empresa o algún otro criterio.
4. En muchos Estados, el monto de la cobertura está limitado por ley. Una limitación usual es de 20.000 dólares ó 150 por 100 del salario de un individuo, dependiendo de cuál sea el mayor, pero en ningún caso debe superar los 40.000 dólares. De acuerdo con la ley federal, si un empleado recibe protección por un seguro a plazo fijo por un monto superior a los 50.000 dólares y pagado por su patrono, debe pagar el impuesto por el valor de exceso sobre los 50.000 dólares.

[17] *Life Insurance Fact Book* 1972 (Nueva York: Instituto de Seguro de Vida, 1972), pp. 32-33.

5. Si un miembro abandona el grupo, puede convertir su póliza en una individual en un plazo de treinta días, sin necesidad de examen médico.

En general, el seguro de grupo cuesta al empleado menos que una póliza individual, además de gozar de otras ventajas, como son las que a continuación se mencionan:

1. El seguro se suscribe sin examen médico. Si el empleado es capaz de trabajar, se le considera en buenas condiciones para merecer la cobertura. Si abandona su empleo, su seguro bajo ese plan cesa, pero puede convertir su póliza en otra individual, sin evidencia de asegurabilidad.
2. Otros costos de compra, tales como comisiones de ventas y gastos de suscripción de póliza, se reducen considerablemente.
3. A menudo el empresario contribuye al costo del seguro, ya sea en forma directa (pagando una parte de las cuotas) o indirecta (haciéndose cargo de parte de los costos de administración). El empresario puede llegar a pagar la cuota completa. Es común que el empresario pague toda la cuota que exceda de 60 dólares al mes por cada 1.000 asegurados.
4. Los costos de mortalidad son menores porque los grupos de trabajo están compuestos en general por gente activa y que goza de buena salud.

Es posible programar el seguro de vida de grupo de acuerdo con alguna de las opciones de liquidación ofrecidas por el asegurador en las pólizas ordinarias, aun cuando el contrato básico permite menos opciones que las posibles para contratos individuales. En caso de incapacidad total y permanente del obrero, antes de cierta edad, el contrato de grupo usual contiene lo que equivale a una renuncia de las cuotas. Otras estipulaciones y la existencia de un período de gracia se aplican a los seguros de grupo de la misma manera que para la cobertura individual.

Algunas de las razones para el crecimiento del seguro de vida de grupo son:

1. Es un aliciente no salarial para la productividad.
2. No es necesario reunir fondos cuando un empleado muere.
3. El máximo de hasta 50.000 dólares de beneficios no está sujeto a impuestos federales, y, sin embargo, las cuotas son deductibles al empresario.
4. Los sindicatos han impulsado el seguro de vida de grupo como un beneficio adicional.

RESUMEN

1. Las cláusulas de no confiscación del contrato de seguro de vida se refieren a aquellas estipulaciones que permiten tres formas de obtener los beneficios de éste:
   (a) En una sola cuota.
   (b) Usándolo para comprar seguro de mayor plazo.
   (c) Convertir la póliza en una ya cancelada y por una cantidad menor. Si se comprende esta cuestión se deshace la falacia de «pagar toda la vida» por la póliza.
2. Las cláusulas de liquidación se refieren a las estipulaciones contractuales, mediante las cuales el asegurado o el beneficiario puede elegir entre recibir los fondos de defunción o los valores monetarios del seguro de vida. El asegurador aceptará actuar, mediante un pago adicional, como depositario de los fondos de la familia del asegurado, reteniéndolos con un interés o distribuyéndolos en forma de ingreso garantizado por un período fijo o en cuotas fijas por tanto tiempo como los fondos lo permitan. Así, el asegurado puede planificar en forma económica la distribución del patrimonio que ha creado y de tal manera que se cumplan los fines que se ha fijado, sin correr el riesgo de perderse por una mala administración, robo u otros riesgos de inversión.
3. En el contrato de seguro de vida típico existen muchas cláusulas que cumplen, primordialmente el papel de proteger al asegurado y a su beneficiario y que confieren al seguro de vida una posición de preferencia respecto de otras fórmulas de inversión. Entre estas cláusulas figuran la de indisputabilidad, la de suicidio, la de rehabilitación y período de gracia, el préstamo automático para pago de las cuotas, la falsa declaración de la edad, la de contrato completo y la de despilfarro. Estos acuerdos reflejan el propósito social básico del seguro de vida para proteger a los dependientes, que de otra forma se convertirían en una carga para el Estado.
4. El uso adecuado de ciertas opciones puede multipli-

car los beneficios que se reciben del contrato de seguro de vida. El monto del fondo del seguro puede ser incrementado considerablemente mediante un uso adecuado de las cláusulas de dividendo. El «adicional» de renuncia de primas garantiza que la acumulación de bienes no se verá interrumpida por la incapacidad total y permanente del asegurado. El «adicional» de renta por incapacidad reemplaza las pérdidas de renta causadas por una incapacidad total y permanente. El «adicional» de indemnización doble tiene como función multiplicar la protección en caso de muerte por causa accidental.

5. Dado que el seguro de vida se contrata a menudo en beneficio de otra persona, es necesario tener cuidado al nombrar a los beneficiarios y planificar las diferentes contingencias para que la herencia se distribuya de acuerdo con los deseos del asegurado.
6. El seguro de vida industrial que describe aquel tipo de seguro vendido por capitales menores de 1.000 dólares y con una cuota semanal, parece haber alcanzado el límite de su crecimiento natural. Fue concebido para individuos de pequeños ingresos que no podían comprar seguros de vida de otra forma; actualmente sólo constituye el 3,6 por 100 del total de seguros de vida vigentes.
7. En contraste con el seguro industrial, el seguro de vida de grupo se ha expandido rápidamente y actualmente constituye el 39 por 100 del total de seguros de vida vigentes. Este tipo de cobertura aparece como llenando el vacío ocupado anteriormente por el seguro industrial para proveer de seguros de vida a la clase trabajadora a costos bajos. Sin embargo, este seguro, que se emite a menudo a plazo fijo, no se ha limitado a la clase trabajadora, sino que cubre también a los empleados de las firmas comerciales.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. (a) Distinga entre las cláusulas de no confiscación y de liquidación.
   (b) ¿Cuáles son las principales ventajas del uso de las cláusulas de liquidación?

2. Determinado asegurador anuncia que, de acuerdo con sus pólizas, es posible cambiar por dinero el seguro a plazo extendido y al mismo tiempo participar de los dividendos.
   (a) ¿Qué es el seguro de plazo extendido y por qué esos aspectos son una ventaja para el asegurado?
   (b) Revise el contenido de una póliza de seguro de vida y trate de determinar cómo maneja el asegurador las distintas cláusulas.
3. En un estudio realizado por aseguradores se determinó que sólo alrededor de un 25 por 100 de ellos estaría dispuesto a agregar la cláusula de despilfarro a sus pólizas a petición de sus clientes, mientras que el resto la incluye automáticamente.
   (a) ¿Cuál es la finalidad de esta cláusula y qué ventajas tiene incluirla?
   (b) ¿Cuándo se utiliza esta cláusula?
4. Un uso adecuado de la cláusula de interés es dejar los fondos de seguro a interés hasta el final de un período fijo, o hasta que alguno de los beneficiarios alcance su mayoría de edad, en cuyo caso la cantidad acumulada se distribuye de acuerdo con otra de las opciones, como por ejemplo, ingreso vitalicio o de plazo fijo. Sin embargo un estudio hecho por 100 aseguradores indica que menos de la mitad permitiría este sistema.
   (a) ¿Por qué razones es interesante este uso de la opción de interés?
   (b) Revise una póliza de seguro de vida y determine si el asegurador permitiría este uso de la opción.
5. Para incorporarse a un plan de seguro, el asegurado declaró como edad suya 50 años, cuando en realidad tenía 51. Después de los 50 no era posible incorporarse al plan de seguro. Tras el vencimiento del período indisputable, el asegurado murió. Cuando se presentaron las pruebas de la edad, la entidad aseguradora negó sus responsabilidades y ofreció devolver las cuotas. La defensa del asegurado inició juicio argumentando que tanto la cláusula de edad incorrecta como de la indisputabilidad impedían que el asegurador negara sus responsabilidades. Use sus conoci-

mientos respecto de estas dos cláusulas para decidir el caso. Justifique las razones de su decisión.

6. Los dividendos en seguros de vida se deben, principalmente, a los ahorros de mortalidad y las ganancias por excesos de interés. Si esto es cierto, ¿qué tipos de pólizas producirán los mayores dividendos en períodos de baja general de los fondos de inversión? ¿En períodos de superávit de fondos de inversión ¿Por qué?
7. En 1958 se desarrolló una nueva tabla de mortalidad que reemplazó a la CSO de 1941 y reflejó el decrecimiento de la mortalidad. ¿Qué efectos se puede esperar sobre los dividendos por la adopción de la nueva tabla de mortalidad de 1958? ¿Por qué?
8. Smith pide su consejo respecto a si los dividendos de su seguro de vida, que fueron de 1.000 dólares el año anterior, están sujetos a impuesto de acuerdo a la ley federal. Se le entregaron 1.000 dólares en dividendos por sus pólizas y de acuerdo a la opción elegida por él, estos dividendos son retenidos con un interés y ha logrado 50 dólares por ese concepto. Smith se encuentra delicado de salud y no desea cancelar ninguno de sus seguros de vida. No recibió ningún dinero.
   (a) Aconseje a Smith respecto a los impuestos sobre estas sumas.
   (b) ¿Está haciendo Smith el mejor uso de sus dividendos? ¿Por qué?
9. Jack se entera de que puede pagar sus cuotas trimestralmente en lugar de cada seis meses, como lo había estado haciendo. Su cota anual es de 40,42 dólares anual por cada 1.000, 20,61 al semestre y 10,51 al trimestre. Calcule el costo del interés simple del sistema de pago trimestral, en lugar de semestral; semestral en lugar de anual.
10. El asegurado tiene una póliza de un «adicional» de indemnización doble, que garantiza el pago del doble de la póliza si el asegurado muriese por inmersión directa, independiente y excluyente de cualquier otra causa o, por medios externos, violentos y accidentales. Se encontró al asegurado muerto en la bañera. Se encontraba en aparente buena salud y no había evidencia de que la muerte hubiese sido causada por un accidente excluyente de cualquier otra causa.

   (a) ¿Tiene en este caso importancia el que el período de indisputabilidad ya haya expirado? ¿Por qué?
   (b) ¿Podrá recobrar el beneficiario? ¿Por qué?
11. Un asegurado no canceló su cuota trimestral en la fecha debida, 12 de febrero. La cláusula de préstamo automático mantuvo la póliza vigente hasta el 12 de mayo, en cuyo momento el valor monetario era de 4,74 dólares, insuficiente para pagar otra cuota trimestral. Por lo tanto, la póliza caducó y el asegurador compró una póliza de plazo extendido con los 4,74, extendiendo así la cobertura del asegurado para otros 92 días. El asegurado murió el 2 de septiembre. El beneficiario del asegurado reclamó que los 92 días se extienden a partir de la expiración del período de gracia, lo que implicaría que la póliza todavía estaba vigente el 2 de septiembre. El asegurador alega que los 92 días se cuentan a partir del 12 de mayo. ¿Cómo se debería decidir en este caso? ¿Por qué?
12. Un autor argumentaba que hay muchas ventajas en pedir préstamos sobre las pólizas de seguro de vida, comparadas a la petición de préstamos a los bancos u otro prestamista, como por ejemplo la facilidad y rapidez del proceso, el bajo interés y la falta de presiones para pagar, ¿puede usted enumerar alguna de las desventajas?
13. Una póliza caducó el 25 de octubre y el asegurado envió una nota al asegurador el 6 de noviembre, diciendo: «Deseo cancelar mi póliza correspondiente al número que indico más arriba». El asegurador contestó por escrito: «De acuerdo con su deseo, su póliza ha sido dejada caducar el 25 de octubre». El 14 de noviembre el asegurado murió en forma accidental. ¿Se debería pagar esta demanda? ¿Por qué?
14. Un asegurado divorciado cambió, al volver a contraer matrimonio, la designación de beneficiario de su seguro de vida a favor de su segunda esposa. El segundo matrimonio duró cinco meses y en el decreto de divorcio la segunda esposa renunció a todos los derechos que pudiese tener en un seguro de vida de su marido. Al morir el asegurado, se consideró que no había cambiado la designación del beneficiario y hubo una acción judicial entre la primera y la segunda es-

posa, respecto al capital del seguro. ¿Quién debería recibirlo? ¿Por qué?

15. Un tribunal ordenó a un asegurado que hiciese uso de los valores monetarios de su seguro de vida, si fuese necesario, para pagar las deudas de manutención de su mujer, que alcanzaban a 1.058 dólares. El valor monetario del seguro era de 14.725. Las pólizas estaban en poder del hijo del asegurado. El asegurado apeló esta decisión a un tribunal superior. ¿Piensa usted que la orden debería mantenerse? ¿Por qué?
16. Una designación absoluta es aquélla en que todos los derechos de propiedad se traspasan a otra persona. En un caso, un seguro de vida con un valor monetario de 110.000 dólares fue destinado como colateral para garantizar un préstamo de 85.000. El asegurado murió y el asegurador pagó los 110.000 al individuo designado. Los beneficiarios del asegurado iniciaron juicio por la diferencia entre el préstamo y el monto del seguro, alegando que era injusto que el prestamista recibiera el monto completo. ¿Cómo se debería fallar este caso? ¿Por qué?
17. El asegurado ha elegido usar sus dividendos para pagar las cuotas de una póliza de seguro de vida de 5.000 dólares. Sin embargo, no pagó la cuota correspondiente al 24 de mayo. El 24 de junio la cuota aún no había sido pagada, por lo que, de acuerdo con la cláusula de no confiscación, la compañía usó el valor monetario para comprar un seguro ya cancelado. El 5 de julio el asegurado pidió el restablecimiento de la póliza, pero murió el día en que fue aprobada la petición. El asegurador ofreció al beneficiario 639,25 dólares, correspondientes al monto del seguro cancelado, más 31,25 de intereses acumulados. El cheque fue devuelto y el beneficiario exigió los 5.000. Justifique su posición para resolver este caso.
18. Un asegurador inició juicio para anular y cancelar una póliza de seguro de vida, alegando que el asegurado dio respuestas falsas a algunas preguntas acerca de su estado cardíaco y de sangre. El asegurado, que murió dentro del año siguiente a la suscripción del contrato, había sido «bien considerado» debido a las condiciones de salud reveladas por el examen médico.
    (a) ¿Tiene el asegurador algún derecho a cancelar el contrato?

    (b) ¿Piensa usted que puede haber alguna defensa válida por parte del beneficiario que pueda obligar al pago de la póliza?
19. Un asegurado murió de insolación después de haber estado expuesto durante dos horas a temperaturas de 109 grados F. El tribunal rechazó la negativa del asegurador de pagar indemnización doble de acuerdo con las cláusulas de la póliza de seguro de vida.
    (a) ¿Cuál fue la razón probable del asegurador en su negativa?
    (b) ¿Bajo qué condiciones es posible que una muerte causada por insolación obligue al asegurador a pagar indemnización? Explíquelo.
20. ¿Existen en la actualidad las mismas condiciones que motivaron la venta del seguro industrial? En caso contrario, ¿espera usted que este tipo de cobertura desaparezca gradualmente? ¿Por qué?
21. ¿En qué aspectos se diferencian el seguro industrial del de grupo? Explíquelo.
22. ¿Cuáles son las fuentes de ahorro en el seguro de vida de grupo y las causas del alto costo del seguro industrial? Explíquelo.
23. Una regla básica del seguro de vida de grupo es que debe existir una razón para la existencia del grupo, aparte de la compra del seguro. Explique por qué se insiste sobre esta norma.
24. Indique cuál de las cuotas que se mencionan se aplica a cada una de las pólizas siguientes si ésta se suscribe a los 20 años: vida ordinaria, a 20 años, dotal a 20 años, vida a los 65, dotal a los 65 y de renovación quincenal. (a) 16,19 dólares, (b) 17,27, (c) 19,35, (d) 26,45, (e) 46,14 y (f) 51,01.
25. Sugiera algunas razones para las cuotas relativamente bajas de las pólizas (a), (b) y (c) de la pregunta 24.
26. Un vendedor presentó dos planes de seguro de vida al asegurado. En cada uno la cuota era la misma, 351,40 dólares para un individuo de 40 años. El Plan I provee 10.000 dólares de protección según el plan de pago en 20 cuotas y el Plan II provee 15.180, según el plan de vida ordinario. En 20 años el seguro ya cancelado del Plan I era de 10.000 dólares y el Plan II 8.956. ¿Cuál es mejor? ¿Qué ventajas atribuye a su elección? Explíquelo.

22

Anualidades, Seguro de Vida y planificación del patrimonio

Los seguros de vida suscritos con carácter permanente tienen unos valores monetarios que pueden ser usados para diversos fines, incluyendo el de crear un fondo de jubilación. Otros contratos, llamados de anualidades, también pueden ser comprados para dicho fin. Estos contratos contienen sólo un elemento de protección y muchos especialistas no los consideran como contratos de seguro de vida. Sin embargo, el hecho importante es la posibilidad de combinar la protección del seguro de vida con un plan de ahorros de jubilación, o la de ahorrar por métodos que no incluyan exclusivamente la protección. Las compañías de seguro de vida ofrecen ambas modalidades así como combinaciones de ellos. La conveniencia de los diversos planes de ahorro es un aspecto importante en el problema que plantea la dependencia durante la vejez.

CONCEPTO DE ANUALIDAD

Es posible definir en forma matemática la anualidad (*annuity*) como una serie de pagos iguales hechos a intervalos regulares; es ésta una definición muy amplia, ya que incluye pagos regulares (que en caso de la anualidad se llaman renta) de cualquier tipo y por cualquier lapso de tiempo. En el campo del seguro de vida estamos interesados principalmente en las anua-

lidades de pagos iguales que un asegurador hace al asegurado (llamado rentista) de acuerdo con un criterio anual (aun cuando los pagos anuales se exponen usualmente en términos de cuotas mensuales) según el cual estos pagos, compuestos de capital más interés, se hacen a fines de cada año (o de cada mes).

A menudo la palabra anualidad sugiere la idea de pagos vitalicios, a pesar de que matemáticamente el período de la anualidad puede tener cualquier extensión. En la exposición que sigue, la expresión «anualidad vitalicia» significa una anualidad ordinaria que se paga por toda la vida, esto es, que el período de pago, o plazo, se extiende durante toda la vida del rentista. Los pagos hechos por el asegurador durante un plazo fijo se consideran como una de las opciones de liquidación, tales como la opción de plazo fijo o la de interés, que fueron examinadas en el Capítulo 21. Sin embargo, estos pagos constituyen una anualidad por un período corto y reciben también el nombre de anualidades a corto plazo.

El valor real de una anualidad, o su equivalente monetario, corresponde a la cantidad de dinero que el asegurador debe poseer para poder cancelar los pagos prometidos en el lapso de la misma. Debido al interés, sin embargo, el valor real es menor que la suma de todos los pagos prometidos. Así, un valor cuya renta es de 100 dólares anuales durante treinta y cinco años a un interés del 6 por 100, es de 1.449,82 dólares, menos de la mitad de la suma de todos los pagos, que totalizan los 3.500 [1]. Si el asegurador dispone de 1.449,82 dólares será capaz de pagar al rentista los 100 al final de cada año y durante treinta y cinco, al cabo de los cuales habrá agotado el capital.

A largo plazo, el interés que supone el acuerdo de anualidad representa una diferencia apreciable en el valor real de ésta. Por ello, la tasa de interés sobre los ingresos es vital en la elección de un contrato de seguro o anualidad. Una anualidad vi-

[1] La Tabla C-4 (véase más adelante) muestra el valor actual de una anualidad de un dólar en diferentes períodos. La fórmula para este valor es:

$$a_{\overline{n}|i} = \frac{1-(1+i)^{-n}}{i},$$

que se lee «a sub n a la tasa i es igual a...». En esta expresión n es el número de períodos de pago en términos de la anualidad e i es la tasa de interés supuesta. Si se desea encontrar el valor actual de una anualidad de cualquier monto por un período dado, se debe simplemente multiplicar la cantidad deseada por $a_{\overline{n}|i}$ para un dólar.

talicia, que garantiza que el rentista no puede sobrevivir a su renta, es lo contrario a un contrato de seguro de vida en el que el riesgo no es el tiempo que una persona viva para recibir sus ingresos sino si morirá antes de caducar el plazo de la póliza. Así, se ha dicho que el seguro de vida es un seguro contra «una muerte temprana» mientras que la «anualidad» es un seguro contra «una vida muy larga». La tabla de mortalidad es la base tanto para el contrato de seguro de vida como para la «anualidad», aunque en el caso de ésta última, las tablas empleadas reflejan la mayor longevidad de los rentistas. Teniendo en cuenta que el valor monetario del contrato de seguro de vida se convierte a menudo en contratos de anualidad para la jubilación, o los fondos de defunción del contrato de seguro de vida se liquidan de acuerdo a la cláusula de renta vitalicia (que no es más que una anualidad vitalicia), existe un íntima relación entre el seguro de vida y las «anualidades».

CLASES Y USOS DE ANUALIDADES

Las anualidades vitalicias pueden ser clasificadas de acuerdo con los siguientes criterios:

1. El período durante el cual se garantiza un número mínimo de pagos.
2. Cuándo comienza la renta.
3. El método de pago de las primas.
4. El número de vidas aseguradas.
5. El carácter fijo o variable de la renta.

Pagos garantizados

Las cuatro clases más importantes de anualidades, clasificadas de acuerdo con la garantía de pago, son las siguientes:

1. Anualidad de vida entera.
2. Anualidad de plazo fijo.
3. Anualidades de reembolso.
4. Anualidad temporal.

Anualidades de vida entera. Una anualidad de vida entera es aquella que se paga sólo durante la vida del rentista, sin garantizar un mínimo de pagos. Si el asegurado muere al día si-

guiente de comprar la anualidad, el asegurador no está obligado a devolver el precio de la compra. La suma cancelada se retiene para beneficio de otros rentistas. En esta modalidad, el principio de anualidad opera en su forma más pura. Sin embargo, muchos individuos dudan de usar este sistema en particular si tienen herederos o dependientes que desearían gozar del patrimonio del asegurado después de su muerte. De acuerdo a la anualidad de vida entera, la renta es mayor que en caso de la anualidad de período fijo o la de reembolso en cuotas y dinero, en que se exige un mínimo de pagos.

El valor de las anualidades ha disminuido en los últimos años debido a las mayores tasas de interés. Por ejemplo, un precio típico en 1971 para una anualidad de vida entera (sin reembolso después de la muerte) era de 12.500 dólares por cada 100 de ingreso mensual vitalicio para un varón de sesenta y cinco años. Esto equivale a un reembolso próximo al 10 por 100 sobre los costos (considerando capital e interés). Antes de esa fecha, no era raro que el precio fuese de 15.000 dólares. Aun así, el precio parece muy elevado para los individuos, que a partir de 1969 pueden obtener intereses de hasta el 10 por 100 por fondos invertidos en valores con una cotización razonablemente buena. Al comprar un valor no hay reducción de capital principal. En caso de muerte del propietario, el beneficiario puede venderlo por su precio de mercado o mantenerlo. En caso de la anualidad de vida entera, no hay reembolso para el beneficiario a la muerte del rentista. El tenedor de valores puede correr un mayor riesgo que el rentista pero también puede preservar el capital para sus herederos.

Anualidad de plazo fijo. Según este sistema el asegurador se compromete a garantizar 10, 15 ó 20 años de pagos, y si el rentista sobrevive a ese período, los pagos son por toda la vida.

Anualidades de reembolso. El asegurador resta del valor de la anualidad en el momento inicial (es decir, de su valor real) el total de rentas pagadas al rentista en el momento de su muerte. Cualquier diferencia se abona al beneficiario en dinero o en cuotas. Se conceden anualidades algo superiores para el tipo de reembolso en cuotas, ya que el asegurador retendrá los fondos por más tiempo. Si el asegurado invierte 10.000 dólares por una anualidad de reembolso en dinero a los sesenta y cinco años y recibe 57 mensuales durante diez años, habría recibido un total de 6.840 dólares. Su beneficiario recibiría 3.160.

Anualidad temporal. Supongamos que se desea garantizar un ingreso vitalicio al rentista pero se desea que los pagos cesen después de un determinado período de tiempo. Así el rentista recibe la renta durante un determinado número de años pero el ingreso cesa antes si éste muere sin cumplirse el plazo. Esta situación puede surgir cuando el rentista sepa que recibirá unos ingresos en algún período futuro, ya sea de un contrato que caduca dentro de quince años o por beneficios de la seguridad social. Si sobrevive los quince años, no necesitará la renta de la anualidad. Si muere antes de ese período de tiempo, la anualidad cesará. Este acuerdo recibe el nombre de «anualidad temporal» y se menciona en este punto sólo para ilustrar la variedad de acuerdos que, para garantizar los pagos, es posible concebir en orden a satisfacer las necesidades de rentas.

Cuándo comienza la renta

La renta de una anualidad puede comenzar en el momento de comprarla, en cuyo caso la transacción recibe el nombre de «anualidad directa». En forma alternativa, la renta puede comenzar con posterioridad, en cuyo caso recibe el nombre de «anualidad diferida». A menudo la renta comienza con la jubilación.

Método de pago de primas

Una anualidad puede ser pagada en una sola cuota o en cuotas extendidas durante un cierto número de años. En caso de pago al contado se llama anualidad de cuota única. Si se paga en varias cuotas, se la conoce como anualidad de cuota anual. Es posible considerar la póliza de seguro de vida permanente como una anualidad vitalicia de cuota anual diferida, ya que la opción de ingreso vitalicio permite que el asegurado o sus beneficiarios acepten los fondos como una anualidad vitalicia de acuerdo a una de las cláusulas de liquidación. Una observación similar se aplica a la póliza de rentas por jubilación analizada en el Capítulo 20. Las anualidades de cuota única constituyen un método común para financiar los planes de pensión colectivos. La pensión del empleado se compone de una serie de anualidades de cuota única, compradas durante la vida activa de éste.

Número de vidas aseguradas

Los dos tipos más importantes de anualidad en que es posible incluir más de una vida, son la anualidad colectiva y de último sobreviviente y la de grupo.

Anualidad colectiva y de último sobreviviente. Es posible suscribir una anualidad cubriendo más de una vida. Por ejemplo, es posible acordar el pago de una renta dada durante la vida de dos individuos, siempre que uno de ellos esté vivo. Este acuerdo, que es muy común, es conocido como anualidad colectiva y de último sobreviviente, ya que la renta se paga hasta la muerte del último sobreviviente. La renta puede ser fija durante todo el período o puede ser reducida, por ejemplo en un tercio, al morir el primer rentista. De esa manera, una pareja en que ambos cuentan con sesenta y cinco años, puede elegir recibir los fondos de un plan de jubilación de acuerdo con el criterio colectivo y de último sobreviviente, con un ingreso garantizado mientras uno de ellos está vivo.

Para ilustrar una comparación de rentas, un asegurador ofrece las siguientes rentas mensuales por cada 1.000 dólares de reserva a los sesenta y cinco años:

	Dólares
1. Anualidad a veinte años fijos y vitalicia	4,98
2. Reembolso en cuotas y vitalicia	5,70
3. Anualidad a diez años fijos y vitalicia	6,30
4. Colectivo y 2/3 al sobreviviente	5,88
5. De vida entera, sin devolución	6,97

Si la esposa es mucho más joven que el marido, la renta de una anualidad colectiva y de último sobreviviente es más baja debido a la obligación del asegurador de pagar hasta que aquélla muera. Sin embargo, esta anualidad elimina el riesgo de muerte de una persona dejando a la otra sin medios de subsistencia.

Anualidad de grupo. Una anualidad de grupo es similar a una colectiva excepto en que se emite para un empresario u otra entidad colectiva y cubre a todos los miembros del grupo como una unidad. La anualidad de grupo es el método antiguo y mejor conocido para financiar un plan de pensiones. Por diversas razones, el costo de suscripción de las anualidades de grupo es menor que el de las individuales. Estas razones incluyen ahorros de gastos de administración, de impuestos federales sobre la renta y reducción de una selección adversa.

Renta fija o variable

Las anualidades pueden proveer a las personas rentas fijas o variables. Las anualidades fijas se pagan en dinero, cuyo importe no cambia durante su vigencia. En anualidades variables, la renta cambia periódicamente. El asegurador de vida invierte los fondos en títulos u otros tipos de inversión, cuyo valor cambia día a día. La renta mensual se paga en unidades, el número de las cuales se especifica al comenzar la anualidad. El valor de las unidades y, por lo tanto, del ingreso, varía de acuerdo a las fluctuaciones de los títulos. Las anualidades variables se mencionan más adelante en este capítulo.

SEGURO DE VIDA Y PLANIFICACION DEL PATRIMONIO

Los contratos de anualidad y el seguro de vida son instrumentos mediante los cuales es posible hacer planes para la acumulación de la propiedad, proceso que se conoce con la expresión «planificación del patrimonio». Este hace uso del seguro de vida y las anualidades, pero incluye mucho más. Entre los problemas que la planificación del patrimonio intenta resolver se encuentran los ahorros a largo plazo, las inversiones, los gastos del testamento, la obtención de créditos y la planificación impositiva. Aun cuando un estudio detallado de estos problemas se encuentra fuera del alcance de este libro, se presentarán e ilustrarán los aspectos principales de la planificación del patrimonio.

Problemas del ahorro a largo plazo

Es más difícil tener éxito en el proceso de ahorro a largo que a corto plazo, debido a la existencia de problemas cuya solución se encuentra a menudo más allá de la capacidad de un

individuo medio sin los conocimientos adecuados. Estos problemas se refieren a:

1. Desembolso de una cierta cantidad, aun cuando sea pequeña, para ahorros regulares.
2. Inversión de estos ahorros de forma que alcancen una seguridad razonable. Al juzgar la seguridad, hay que considerar el hecho de que estamos trabajando con largos períodos de tiempo y, por lo tanto, las inversiones que parecen seguras en la actualidad pueden no serlo dentro de cinco años. Por lo tanto, existe la necesidad de una revisión constante y una administración diligente de las inversiones.
3. Inversión de los ahorros para obtener una liquidez razonable. Nuevamente hay que considerar que se trata de períodos largos no siendo necesario que todos los ahorros sean colocados en inversiones que puedan ser convertidas en dinero en cualquier momento. Un grado de liquidez alto está en general ligado a un interés bajo. Evidentemente, hay que mantener una cierta parte de los ahorros en estado de alta liquidez para contar con fondos disponibles en caso de emergencia.
4. Desarrollo de inversiones para obtener un ingreso tan alto como sea posible, teniendo en cuenta las condiciones de seguridad y liquidez. Existe consenso unánime en que no se debe sacrificar la seguridad y la liquidez a cambio de la promesa de grandes ganancias. Esto no significa despreciar las ganancias, considerándolas como el menos importante de los tres elementos citados. Una diferencia pequeña en la tasa de interés significa una diferencia apreciable en los ingresos de jubilación después de un gran número de años.
5. Desarrollo de unos planes adecuados en el uso de los ahorros para lograr los objetivos deseados, tales como proveer de lo necesario a los dependientes y para la propia vejez. Los problemas en este sentido incluyen los gastos de testamentos y créditos y planes para reducir los impuestos al mínimo, aislar a la propiedad de los riesgos de inversión y asegurar una flexibilidad suficiente en la administración del patrimonio de modo que si las condiciones cambian después de la muerte del creador del patrimonio, el plan pueda ser modificado de acuerdo a las necesidades de los beneficiarios.
6. Asegurar una protección contra la inflación. Este es el anverso del criterio de seguridad, que es considerado como una protección contra la deflación. La inflación o la deflación pueden destruir el valor de un plan de ahorro, a menos que esté debidamente protegido. Una obligación de alta calidad es una buena defensa contra la deflación, porque su valor aumenta cuando los precios bajan. Por el contrario, el valor de una acción ordinaria bien elegida tiende a subir con el nivel general de los precios mientras que el valor de la obligación tiende a bajar.

El seguro de vida como inversión

Entre las ventajas e inconvenientes del seguro de vida como instrumento de ahorro a largo plazo, se pueden citar las siguientes:

1. La compra del seguro de vida implica un plan de ahorros consistente y regular, ya que es posible contratarlo para satisfacer el presupuesto de ahorro de individuos con diversos ingresos. El plan se adapta a las necesidades sicológicas de la mayoría de los ahorradores que buscan un plan de ahorro regular con carácter semiobligatorio.
2. El carácter de seguridad de la inversión en los seguros de vida es irreprochable. La probabilidad de pérdida debido a quiebra de la compañía aseguradora es casi cero, lo que permite calificar el riesgo como mínimo.
3. La liquidez de la inversión de seguro de vida está garantizada por el contrato; la única salvedad es que la póliza contiene una cláusula que concede al asegurador un período de seis meses o menos, para otorgar un préstamo para fines distintos que el pago de las primas. A pesar que pocas veces el asegurador recurre a esta cláusula, es una medida precautoria para casos de pánico financiero, como los que ocurrieron durante la depresión de los años 30.
4. El interés de la inversión en el seguro de vida es bastante conservador. En general la póliza garantiza un mínimo, por ejemplo un 3 por 100, pero el asegurado recibirá normalmente una tasa mayor gracias a los dividendos. En los Estados Unidos, la ganancia media por inversiones en el seguro de vida era de 5,3 por 100 en 1970, que es aproximadamente lo que recibe el ahorrador por la parte de su prima que se destina a inversión.

Debido a los malentendidos respecto a la verdadera naturaleza de los ingresos por interés en un contrato de seguro de vida, algunos han argumentado que convendría comprar un seguro temporal como elemento de protección e invertir de forma separada la diferencia en seguros temporales y de vida ordinaria. Si la cuota por cada 1.000 dólares de seguro de vida ordinario es de 25 y de 7 dólares por cada 1.000 dólares de seguro de cuota fija, sería conveniente comprar un seguro temporal e

invertir la diferencia de 18 dólares en inversiones varias, con el resultado de obtener un mayor valor en dinero que si se hubiesen destinado los 25 dólares para comprar la póliza de vida ordinaria. Un análisis detallado del argumento «compre un temporal e invierta la diferencia» muestra que el ahorrador debería obtener mucho más de su parte de inversión para equiparar el rendimiento del contrato de seguro de vida. Esto se debe a la protección impositiva que se da a los ingresos procedentes de los contratos de seguro de vida.

Ventajas de la planificación del patrimonio

Como se hizo notar en el Capítulo 21, el seguro de vida ha gozado durante mucho tiempo de una posición legal favorecida respecto a otras inversiones del ahorro. Existe una desafortunada tendencia entre los ahorradores a ignorar los problemas relativos a la forma más adecuada de planificar el uso de los frutos de su ahorro. Un programa de ahorro para toda la vida puede verse menoscabado o sus fines afectados por una planificación descuidada en la liquidación de los fondos. Por ejemplo, un testamento mal planificado puede entregar pertenencias a personas no previstas por el propio ahorrador. Una organización imprudente del pago de impuestos puede provocar la liquidación obligada de los valores con grandes pérdidas. Las demandas de los acreedores, los honorarios de los abogados, los costos judiciales y otros conceptos pueden causar graves daños que se hubiesen evitado prestando una atención adecuada a la planificación del patrimonio.

Un desarrollo completo de las ventajas legales e impositivas del seguro de vida en la planificación del patrimonio está fuera del contexto de este libro, pero las consideraciones siguientes pueden ser de gran utilidad para comprender la naturaleza de los problemas que se encuentran al utilizar el seguro de vida como medio de afrontar estos problemas.

Los contratos de seguro de vida proveen en forma casi automática un medio de planificar la distribución de la propiedad que permite superar muchos de los riesgos que amenazan a las no programadas. El seguro de vida es una propiedad líquida de modo que no es necesario convertir los valores para asegurar un ingreso a las personas dependientes. Esta propiedad es generalmente inmune a las reclamaciones de los acreedores. El interés procedente de los valores monetarios está exento de los impuestos federales sobre la renta durante el período de acumulación. Durante el período de liquidación, la renta recibe un trato preferencial de acuerdo con las normas reguladoras de los impuestos [2]. Dado que los fondos de seguro de vida se pagan directamente al beneficiario, no existen costos testamentarios o judiciales ni honorarios de abogados con relación a esta parte de la propiedad del asegurado. Debido a la existencia de las cláusulas de liquidación, no existen honorarios de depósito por la administración de la propiedad; el asegurador cumple estas funciones sin gasto adicional. Los impuestos de propiedad y herencia también pueden ser reducidos mediante el uso adecuado del seguro. La mayoría de los Estados eximen del pago de impuestos de herencia los fondos de seguro de vida pagaderos a beneficiarios individualizados. Las normas federales de impuestos al patrimonio no eximen al seguro de vida de su pago, pero es posible transferir una póliza de seguro de vida a un beneficiario mientras el asegurado aún está vivo y retirar así valores de sus propiedades para evitar el impuesto estatal [3]. Esta transferencia

[2] Las regulaciones de impuestos cambian continuamente, pero al escribir este libro, después de eximir una inversión en seguro de vida de los impuestos de ingreso por los intereses acumulados, éste puede ser entregado ya sea al asegurado o a los beneficiarios con una pequeña carga impositiva. Las normas actuales estipulan que el costo total del contrato debe ser determinado sumando todas las primas pagadas. Si la póliza se convierte en dinero, las ganancias, caso de haberlas, se calculan restando el costo total de este valor monetario. Dado que el costo incluye las cantidades pagadas por protección solamente, la deducción de impuestos se refiere solamente al elemento de protección. Sin embargo, es raro que haya un excedente de valor monetario sobre la suma total y, por lo tanto, sólo se pagará una pequeña cantidad en impuestos.

Si los fondos de un seguro de vida o un contrato de anualidad son retirados en cuotas, las normas sobre impuestos son más complejas. Sin embargo, el principio básico que se usa comúnmente es relativamente simple. Supongamos que el asegurado elige una anualidad vitalicia sin devolución. Supongamos los valores monetarios en 17.000 dólares. Recibirá una anualidad vitalicia de alrededor de cien mensuales a la edad de sesenta y cinco años. Las autoridades fiscales reconocen que los 100 dólares son parte interés y parte devolución de capital y, obviamente, los impuestos gravan sólo la parte de interés. Para determinar la parte que representa el capital, los 17.000 dólares se dividen por la esperanza aproximada de vida (usando las tablas de impuestos). A los sesenta y cinco años este período es de quince años; por lo tanto, el retorno de capital es 1.133 dólares y el resto es interés. Aun si el asegurado supera su esperanza de vida, debe pagar un impuesto de sólo 67 dólares al año. Debido a estas reglas, los impuestos sobre el seguro de vida se postergan hasta el momento en que otros ingresos del rentista son bajos y sus exenciones serán tales que con toda seguridad no deberá pagar impuestos. Nótese que si el ahorrador hubiese colocado los 17.000 dólares en un banco a un interés del 5 por 100, su ingreso imponible sería de 850 dólares anuales.

[3] Es posible hacer esto aun si el asegurado continúa pagando las cuotas.

puede estar gravada por el impuesto sobre donaciones, pero éste es menor que el impuesto estatal y las excepciones son más amplias.

Un problema del seguro de vida en la planificación del patrimonio es la inflexibilidad de la administración del mismo después de la muerte del asegurado. No siempre los aseguradores permiten acuerdos diferentes a los especificados por las cláusulas de liquidación, las cuales, una vez elegidas, no pueden ser cambiadas por el beneficiario. Para evitar estas dificultades no es raro que parte de los fondos de seguro se hagan pagaderos a un depositario que puede hacer uso de su criterio individual para la administración.

EJEMPLO DE PLANIFICACION DEL PATRIMONIO

A pesar de que la planificación del patrimonio es un tema complicado, sus elementos esenciales se pueden ilustrar en las fases siguientes:

1. Reunir los hechos de importancia relativos a la familia, sus ingresos, sus valores, seguros y otras fuentes de seguridad financiera.
2. Establecer las necesidades de dinero e ingresos que han de satisfacerse en caso de la muerte prematura del jefe de familia.
3. Comparar las posibilidades y necesidades de las dos primeras fases; determinar sus deficiencias y la forma de solucionarlas.
4. Elegir métodos para disponer de la propiedad, incluyendo el uso de los contratos de seguro de vida o créditos. Generalmente se considera indispensable un testamento para una planificación efectiva.

Hay que comprender que la planificación del patrimonio se refiere principalmente a las necesidades financieras en caso de la muerte prematura del jefe de familia, pero no hay que olvidar otros riesgos, como la pérdida de la propiedad o de la capacidad de trabajo por problemas de salud. Estos tópicos son tratados en otra sección del texto. Además, hay que recordar que los planes sobre el patrimonio deben ser revisados periódicamente. Al redactar el plan se supone que entrará en vigencia de inmediato en caso de muerte del jefe de familia esa misma noche. Posteriormente, tanto las necesidades como los recursos, cambian. Por ejemplo, después de cancelar una hipoteca no se necesita el

seguro contratado para satisfacer esa necesidad. El nuevo plan deberá reflejar este hecho. Consideremos el caso siguiente:

Paso 1.

Jones tiene cuarenta años y cuenta con un salario estable de 20.000 dólares al año. Tiene una mujer de treinta y cinco años y dos hijos, Bill y Mary, de quince y diez años, respectivamente. Sus valores actuales, seguros y programa de jubilación son:

	Valor dólares	
Casa	40.000	
Efectos personales, incluyendo el automóvil	10.000	
Ahorros bancarios	5.000	
Fondo de ayuda mutua	5.000	
Seguro de vida:		
Plan de vida ordinario (sin participación), individual, valor monetario 2.700	20.000	
Plan de grupo a plazo fijo, pagado por el empresario	20.000	
Valor del patrimonio	100.000	
Beneficio familiar de OASDHI en caso de muerte de Jones	400	dólares mensuales hasta que Bill cumpla los 18; 300 mensual hasta que Mary cumpla 18 [4].

	mensuales vitalicios
Ingresos de jubilación:	
Pensión de OASDHI para la mujer y él	300
Beneficios para la viuda en caso de muerte de Jones	175
Posible pensión pagada por el empresario de acuerdo a forma colectiva y de último sobreviviente, 2/3 vitalicio al sobreviviente (sin beneficios de defunción antes de los 65)	400

[4] Bajo ciertas condiciones, los beneficios de OASDHI a los hijos dependientes pueden continuar más allá de los veintidós años si están inscritos en una facultad.

Figura 22-1

Jones tiene un salario neto de 15.000 dólares anuales. Hace ahorros regulares de 300 anuales en el fondo de ayuda mutua y paga 300 anuales por la póliza de seguro de vida ordinaria, que fue suscrita cuando tenía treinta años. Jones decide que podría destinar otros 1.000 dólares anuales para satisfacer sus necesidades de patrimonio.

Paso 2

Jones calcula su patrimonio y sus necesidades de jubilación de la siguiente manera (ver la Figura 22-1):

	Dólares	
1. Fondos de educación de los hijos	20.000	
2. (Fondo de ahorros). Fondos destinados a pagar las últimas deudas, funeral, impuestos y para el período de readaptación de la familia. El patrimonio de Jones no es lo suficientemente grande para causar problemas de impuesto en la actualidad	5.000	
3. Ingresos para la mujer:		
Mientras ambos hijos sean menores de 18 años	700	
Mientras uno de ellos sea menor de 18 años.	600	
Mientras los dos asisten a la universidad hasta que la mujer tenga 62 años	400	
Después de los 62 años	400	
4. Para pagar la hipoteca	20.000	
5. Ingreso de jubilación para la mujer y él en caso de vivir a los 65 años	10.000	anuales
Dos tercios de este ingreso deberían ser suficientes para el que sobreviva	833	mensuales

Paso 3

Conocidos los hechos básicos respecto a los valores, ingresos y requerimientos financieros en caso de la muerte prematura de Jones o de supervivencia al jubilarse, el paso siguiente es comparar las necesidades con los recursos. Si Jones muere, sus

necesidades principales pueden ser clasificadas como de dinero y de renta. Las necesidades monetarias son las siguientes:

	Dólares
Fondo de educación	20.000
Gastos de defunción y readaptación	5.000
Amortización de la hipoteca	20.000
	45.000
Disponibilidad de recursos:	
Fondos, póliza temporal de grupo	20.000
Fondos, póliza de vida ordinaria	20.000
Cuenta de ahorros	5.000
	45.000

Una parte importante de las necesidades de ingreso para su familia cuando ocurra la muerte de Jones puede ser satisfecha por OASDHI, que se ocupa de todas salvo los 300 dólares de ingreso mensual hasta los dieciocho años de los hijos, después de los cuales la Seguridad Social cesa sus pagos. (El lapso de tiempo que transcurre hasta que la viuda alcanza los sesenta y dos años se llama «período muerto».) Jones dispone de sólo 5.000 dólares en su cuenta del fondo de ayuda mutua para satisfacer estas necesidades. (Ha decidido usar los fondos restantes para otros fines, como ya lo hemos mostrado.) Jones debe proveerse de un capital suficiente que le rinda 300 dólares mensuales durante ocho años hasta que Mary alcance los dieciocho años, es decir: alrededor de 25.000 (suponiendo un interés del 3,5 por 100). También debe procurar 400 dólares para su mujer a partir de ocho años más y hasta que alcance los sesenta y dos años (diecinueve años), lo que requeriría 65.000 dólares cuyo valor real, a un interés del 3,5 por 100, es de 50.000. Finalmente, Jones desea asegurar un ingreso vitalicio de 225 dólares mensuales para su mujer a partir de los sesenta y dos años, que serán agregados a los 175 que recibirá de OASDHI. El monto necesario a los sesenta y dos años para un ingreso vitalicio de 225 para su mujer supondrá alrededor de 43.000 dólares. El valor real de esa suma, suponiendo un interés del 3,5 por 100 durante veintisiete años, es de 17.000. (Ver el Apéndice C para un ejemplo de tablas de interés.) En resumen, las necesidades adicionales de seguro de vida de Jones para satisfacer las de ingreso de su familia en caso de muerte inmediata son las siguientes:

	Dólares
Período de crianza de los hijos	25.000
Ingreso a la mujer hasta jubilación	50.000
Ingreso de jubilación de la mujer	17.000
TOTAL	92.000
Menos: 5.000 dólares en el fondo de ayuda mutua	5.000
Nuevo seguro que se necesita	87.000

Antes que Jones pueda decidir qué tipo de seguro debe comprar considerará las exigencias adicionales de dinero para su plan de jubilación, en caso de existir alguna.

Jones ha estipulado que su renta de jubilación debe ser de 10.000 dólares anuales, lo que corresponde a dos tercios de su sueldo neto. Teniendo en cuenta que la pensión del empresario y de la OASDHI equivaldrán a 8.400 ($700 \times 12 = 8.400$) debe encontrar la forma de conseguir otros 1.600 anuales. Estimándose que de acuerdo con la tasa actual de contribuciones al fondo de ayuda mutua, el valor de esta cuenta alcanzará los 17.000 dólares, con un interés medio compuesto del seis por ciento. Si se convierte en una anualidad a la edad de sesenta y cinco años, esta suma puede proveer alrededor de 1.200 anualmente, de acuerdo con un plan colectivo y de último sobreviviente, con dos tercios vitalicios para la vida. Esto deja un saldo de 400 dólares adicionales para el ingreso de jubilación. Jones puede obtener estos 400 dólares de jubilación anual por su seguro de vida. El valor monetario de su póliza de seguro de vida ordinaria por 20.000 dólares, que en este momento equivale a 2.700, llegará a cerca de 12.000 a la edad de sesenta y cinco años. Jones puede convertir alrededor de 9.500 de su póliza, con un valor monetario de 5.700, en una anualidad que puede proveer los 400 adicionales. Los 10.500 restantes de la póliza original, con un valor monetario cercano a los 6.300, pueden ser convertidos en una póliza ya cancelada por 9.000. Esta póliza puede ser retenida para satisfacer las necesidades continuas de liquidación del patrimonio y los reajustes de ingreso para su mujer en caso de que él muera antes.

Dado que el ingreso de jubilación de Jones puede ser logrado con los recursos actuales, no hay necesidad de comprar un seguro de vida con valor monetario como suplemento a los fondos de jubilación. Evidentemente, si Jones desea ahorrar dinero para otros fines, aún está a tiempo para decidir sobre las ventajas del seguro de vida con valor monetario.

Si Jones no tiene necesidades adicionales de ahorro puede lograr los 87.000 dólares necesarios para el período de educación de los hijos o para los ingresos de su mujer mediante un plan de seguro temporal. Un método es comprar un seguro temporal por diez años por valor de 25.000 dólares para el período de educación de los hijos, permitiendo que esta póliza caduque si Jones sobrevive a los cuarenta y ocho años. El resto del programa podría completarse mediante un plan temporal hasta los sesenta y cinco años por un valor de 62.000 dólares. Se necesita una protección continua hasta los sesenta y cinco años porque el plan de pensión del empresario de Jones no incluye beneficios de defunción y se necesitará una cantidad casi completa hasta que Jones se jubile y convierta su plan a la opción colectiva y de último sobreviviente, protegiendo así los ingresos de jubilación de su mujer. Si Jones ha elegido un seguro de período decreciente y muere justo antes de la fecha de jubilación, el monto de su seguro de vida estará prácticamente agotado ya que la protección del seguro de vida decreciente se reduce a cero al final del período. En este caso, su mujer no contaría con capital alguno para tener ingresos en la jubilación de 400 dólares ya que aún no podrá recibir los beneficios de viudedad de acuerdo al plan de pensión del marido.

El costo del seguro por 25.000 dólares será de 100 anuales. El de un seguro temporal sin participación hasta los sesenta y cinco años por 62.000, de cerca de 13,60 por cada 1.000 ó 843. De esta manera, el plan de Jones costará 943 durante los primeros ocho años y después 843 hasta alcanzar los sesenta y cinco años. El costo se encuentra dentro de las disponibilidades de Jones de 1.000 anuales. La Figura 22-1 ilustra el plan bosquejado en el Paso 3.

Si Jones compra el seguro de vida adicional, el valor de su patrimonio aumentará de 100.000 a 200.000 dólares. En este caso, el plan testamentario de Jones deberá responder a sus responsabilidades en el impuesto federal estatal. Dependiendo de la forma en que Jones planifique su patrimonio, esta responsabilidad puede llegar a los 31.500 o a sólo 2.000[5]. Las necesidades de Jones de un seguro de vida adicional para cubrir las responsabilidades impositivas y otros gastos dependerán de los arreglos que él haga. Es necesaria la asistencia profesional de abogados, funcionarios de seguro de vida, consultores de impuestos y quizá de funcionarios de crédito para llegar a la solución más adecuada en el plan de liquidación del patrimonio y la escritura del testamento. Tal solución puede incluir a más de un beneficiario testamentario para absorber la totalidad o la mayor parte de la propiedad, en lugar de utilizar las cláusulas de liquidación de las pólizas de seguro de vida.

Las posibilidades que derivan del plan propuesto pueden ser varias. Jones ha sido capaz de cubrir las necesidades de su plan de patrimonio con un desembolso modesto de apenas 1.543 dólares al año (943 más sus ahorros regulares de 600) o poco menos del 10 por 100 de su salario neto. Goza de una pequeña protección contra la inflación a través de su fondo de ayuda mutua. Es posible hacer otras compras de seguro de vida si se tiene un objetivo definido y no sólo porque Jones piense que «el seguro es una buena cosa». Tiene la seguridad de que a través de su testamento, un crédito o las cláusulas de liquidación del seguro de vida, su plan será llevado a cabo después de su muerte a un costo mínimo y los otros valores no se verán afectados innecesariamente por una venta obligada a precios de sacrificio.

Entre las desventajas de este plan se encuentra la limitada protección contra la inflación. De los hechos dados a conocer no se sabe si el plan de jubilación del empresario de Jones ofrece alguna protección de ese tipo. Jones debería investigarlo para saber si puede elegir y aceptar parte de su pensión como una anualidad variable. Otra alternativa sería convertir el fondo de ayuda mutua en una anualidad variable en el momento de la jubilación y, en caso de ser posible, convertir el valor monetario de su póliza de seguro ordinario en una anualidad variable como un complemento a su ingreso de jubilación o el de su viuda, en caso de muerte de Jones.

El programa descrito está simplificado para hacer hincapié en los problemas esenciales y los enfoques a la planificación del patrimonio. El ciudadano medio necesita a menudo asistencia técnica para desarrollar el plan.

---

[5] Para un buen análisis de los efectos de los impuestos, ver ROBERT I. MEHR, *Life Insurance Theory and Practice* (cuarta edición; Austin: Business Publications Inc., 1970), pp. 601-605.

Paso 4

El último paso en la planificación del patrimonio es decidir en qué forma será repartida la propiedad de Jones después de su muerte. Un testamento es indispensable para contar con un plan satisfactorio. De otra manera, la propiedad será distribuida de acuerdo con las leyes del estado, lo cual puede no coincidir con los deseos de Jones. Se deben elegir las cláusulas de liquidación y los beneficiarios del seguro de vida. En el caso anterior, por ejemplo, el seguro temporal adicional puede ser liquidado de modo que coincida con los plazos de ingreso que Jones ha planificado para su familia. El seguro de vida ordinario y el de grupo pueden ser liquidados en una sola cuota.

SEGURO DE VIDA, ANUALIDADES E INFLACION

Hemos examinado las ventajas e inconvenientes de los contratos de seguro de vida y de anualidad en cuanto métodos de ahorro a largo plazo desde todo punto de vista, salvo respecto a su capacidad para servir en una economía que en el pasado se ha caracterizado por largos períodos de inflación. Es ésta una consideración de importancia y motivo de preocupación entre los tenedores de títulos y otros ahorradores.

La protección contra la inflación se refiere a la capacidad de una inversión para resistir la baja, durante un período largo, del valor adquisitivo de la moneda. Los contratos de seguro de vida y anualidad no protegen contra la inflación en el sentido usual del término. Dado que los ahorros de estos contratos se invierten generalmente en valores, están protegidos contra la deflación, pero no contra la inflación. El hecho de que en caso de la muerte del asegurado, su patrimonio se ve a menudo aumentado en un múltiplo bastante grande del monto pagado en cuotas, constituye un elemento especulativo del contrato que ha sido traducido por algunos como una protección contra la inflación, pero la similitud no parece adecuada.

El peligro de inflación

¿Cuán serio es el riesgo inflación en la disminución del poder adquisitivo de una inversión de valor fijo? Es posible estimar el efecto de esta amenaza observando el aumento de los índices

de precios que se muestran en la Tabla 22-1, que recoge las cifras del Bureau of Labor Statistics Consumer Price Index (*) correspondientes a algunos años a partir de 1940. Una inversión a largo plazo de 10.000 dólares hecha en 1940 con un interés compuesto del 3 por 100 equivaldría a 24.272 en 1970 (treinta años) Sin embargo, el índice de precios aumentó de 42,0 a 119,8. En dólares de 1940, 24.272 habrían disminuido en cerca del 65 por 100 (100-42,0/119,8).

Tabla 22-1

INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR, 1940-1971
(1967 = 100)

Año	Indice
1940	42,0
1945	53,9
1949	71,4
1955	80.2
1960	88,7
1965	94,5
1966	97,2
1967	100,0
1968	104,2
1969	109,8
1970	116,3
1971	119,8

Fuente: U. S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics.

Habría que considerar algunas limitaciones en este estudio de la inflación. Primero, el índice de precios no estima el valor de los artículos en que el ahorrador está interesado. El índice se basa en la llamada «cesta familiar» de un asalariado o funcionario urbano y no refleja las diferencias en la cantidad de artículos que la población compra, o la diferencia geográfica de los precios. Un jubilado puede considerar que los precios de los artículos que le interesan no han subido tan drásticamente.

Segundo: ciertos artículos de gran importancia en 1940 pueden no tener importancia en 1970, como tampoco su calidad es-

(*) Indice de precios al consumidor de la Oficina de Estadísticas Laborales.

tará reflejada en el índice. Por ejemplo, el mobiliario doméstico y la vivienda de 1940 no incluía muchos de los artículos que actualmente se consideran indispensables. El precio de la vivienda actual, aun cuando es mayor, puede reflejar en mayor grado que la inflación el nivel de vida más elevado. Como se ha dicho, «lo que cuenta no es el alto costo de vida, sino el costo de una vida cara.»

Tercero: al evaluar la importancia de la inflación futura, hay que recordar que el período mencionado, 1940-1970, estuvo caracterizado por un aumento de precios casi continuo. No puede ser considerado un período típico, ya que incluyó tres grandes guerras (La Segunda Guerra Mundial, 1941-1945; la guerra de Corea, 1950-1953, y la guerra de Vietnam). Si se examinan las variaciones de precios desde 1850, se encuentran grandes variaciones en las tendencias de éstos que incluyen largos períodos de baja. Por ejemplo, los precios bajaron en el período que siguió a la guerra civil hasta 1900 un lapso de más de treinta años. También se registró una baja después de la Primera Guerra Mundial, hasta 1933. Si un individuo se hubiese retirado al comenzar un largo período de baja de precios, después de haber hecho ahorros durante un período de alza, habría conseguido excelentes resultados con un programa de ahorros de renta fija. En otras palabras, no es seguro que la inflación sea un fenómeno continuo, con interrupciones por períodos de deflación.

Por otra parte, muchos creen que existe una tendencia inflacionaria natural en la economía de los Estados Unidos, que es consecuencia de ciertos factores que no estaban presentes durante aquellos períodos en que los precios bajaron. Por ejemplo, de acuerdo a la Ley de Pleno Empleo de 1946 (Full Employment Act 1946), el gobierno federal se comprometía a utilizar los poderes federales para asegurar una situación de empleo general. Esto incluía obras públicas, impuestos y políticas de administración de fondos que tendían a evitar la baja de los precios y la depresión que la acompañaba. Los sindicatos obreros contribuyen a las presiones inflacionarias al ejercer influencia para obtener mayores salarios. El aumento de los gastos de defensa exigidos por la guerra fría, que no muestran signos de disminuir, tiende a agravar los déficits presupuestarios federales. Esto trae como consecuencia la concesión de nuevos créditos para gastos de defensa, lo que genera demandas de artículos de consumo y servicios escasos. Así, la mayor cantidad de dinero y crédito en circulación compite por los artículos disponibles, y los precios suben. La administración de una gran deuda causada por la guerra tiende a favorecer aquellas políticas que mantienen las tasas de interés más bajas de lo

que serían si la situación fuese diferente, favoreciendo así el «dinero fácil», una política que favorece la inflación.

Es posible llegar a la conclusión de que aun cuando el riesgo de inflación puede no ser inevitable, el alza de precios a largo plazo es algo muy evidente para no tomarlo en cuenta en los planes de jubilación. Como ideal, se debería dejar un margen a ambos lados. El ahorrador a largo plazo necesita tanta protección contra la inflación como contra la deflación.

La industria de los seguros de vida está comenzando a cambiar de rumbo en el sentido de reconocer que el contrato de seguro de vida permanente y el de anualidad de cuota fija regular no protegen contra el riesgo de inflación. Por ejemplo, una proposición es la de una póliza de vida variable y otra es la anualidad variable. Otra técnica es una combinación de compras de fondos mutuos y seguro temporal.

Pólizas de vida variables

Las proposiciones para ofrecer una protección del seguro de vida que varíen de acuerdo con la inflación son relativamente nuevas. Se definen de acuerdo con dos modalidades generales: pólizas que estipulan que los niveles de protección varían de acuerdo al índice del costo de la vida y pólizas que estipulan que los niveles de protección varían de acuerdo con los cambios experimentados en algún índice del mercado de valores. (Estas pólizas han sido ofrecidas por algunos aseguradores en los Estados Unidos sólo desde 1972.)

Las pólizas que hacen uso del primer método, el índice del costo de la vida, pueden ser a su vez divididas en dos categorías, de acuerdo con quién soporte la carga inflacionaria. En la primera categoría están los acuerdos en que el riesgo corre por cuenta del tenedor de la póliza y él lo cancelará de acuerdo con uno de los posibles sistemas; por ejemplo, el asegurador puede ofrecer al asegurado el derecho a comprar un seguro adicional anual a medida que el índice del costo de la vida aumenta. La cobertura adicional se ofrece usualmente sin examen y sin los costos del primer año de compra. El «acompañante o suplemento» que permite la cobertura adicional expira a los quince años, o cuando el asegurado alcance los sesenta y cinco años, dependiendo de los que transcurran en primer lugar. Las cuotas a cobrar y el máximo de la cobertura que es posible comprar se especifican en el contrato.

Las pólizas de la segunda categoría se suscriben en contratos

en que el asegurador, no el asegurado, corre con los gastos del riesgo de inflación. Un ejemplo de este tipo de pólizas es la emitida por la Compañía de Seguros de Vida de Georgia (Life Insurance Company of Georgia), que las ha estado ofreciendo desde 1968 en once Estados [6]. La póliza tiene una cuota fija, pero sus beneficios aumentan de acuerdo a un índice de costo de la vida especificado en ella. Los valores monetarios son relativamente altos al compararlos con las pólizas de capital fijo. Por ejemplo, a la edad de veinticinco años la cuota bruta anual para el plan de vida entera es casi el 50 por 100 superior a la normal (no reajustable). Las pólizas de vida variables que usan el índice del mercado de valores también pueden ser clasificadas en dos categorías: aquellas cuya cuota cambia periódicamente, de acuerdo al índice del mercado de valores, y las de cuota fija. El primer plan ha estado en vigencia en Holanda desde hace algunos años y se le conoce como «modelo holandés». Un ejemplo bien conocido del segundo plan, iniciado en 1969, es el modelo de la New York Life [7].

El modelo holandés opera de la siguiente forma. La reserva total de la póliza se mantiene en una cuenta separada cuyos valores se invierten principalmente en títulos. El valor monetario varía de acuerdo con los cambios de las mismas. Existe una tasa de interés para el cálculo de las primas y de las reservas. Si el valor de la cuenta en que se han invertido los fondos del asegurado se duplica, también se duplican el capital y las primas. Las primas y los beneficios se expresan en unidades en lugar de dólares. El asegurado paga una prima por tantas unidades, el número de las cuales se mantiene fijo durante la vigencia de la póliza; pero el valor de cada unidad cambia de una forma similar a la variación del valor de la unidad del fondo. Los mismos principios actuariales que se aplican al cálculo de reservas de las pólizas del seguro de vida de capital fijo tienen vigencia para este sistema.

En el modelo de la New York Life, la reserva de la póliza se mantiene en una cuenta separada al igual que en el modelo holandés. Los valores se invierten en títulos y el valor monetario

[6] JOHN M. BRAGG, F. S. A., *Life Insurance With Guaranteed Purchasing Power*, en D. G. OLSON and H. E. WINKLEVOSS, *Variable Life Insurance* (University of Pensylvania, 1971), pp. 47-60.

[7] CHARLES M. STERNHELL, *The New York Life Benefit Design and its Practical Implementation*, en OLSON and WINKLEVOSS, *op. cit.*, pp. 70-81. El plan fue presentado por primera vez en un trabajo de JOHN C. FRASER, WALTER N. MILLER and CHARLES M. STERNHELL ante la Sociedad de Actuarios (Society of Actuaries).

de la protección del seguro de vida varía con el valor de éstos pero no en proporción directa. Además, hay una garantía consistente en un beneficio mínimo de defunción no inferior al valor monetario inicial de la póliza. Los valores en dinero y los no confiscables fluctúan de acuerdo con los cambios en la cuenta de los títulos, pero la cuota en dinero se mantiene fija. En el modelo de la New York Life las reservas por cada 1.000 dólares son idénticas a las reservas de una póliza de seguro de vida de capital fijo.

Se estima que las primas reales de una póliza de vida variable del tipo de la New York Life no son muy diferentes que las de las pólizas de beneficio fijo. La póliza permite valores no confiscables que varíen directamente con el valor monetario de la protección, y también se permitirán contra la póliza de hasta el 75 por 100 del valor de rescate, con la salvedad que deben ser devueltos junto a una evidencia de asegurabilidad. Se agrega la exigencia de asegurabilidad porque al cancelar los préstamos, el valor monetario de la protección restituida es mucho mayor que el importe de la devolución. Sin evidencia de asegurabilidad, el asegurador puede verse expuesto a una selección adversa porque aquellos que no gozan de buena salud tenderían a devolver los préstamos mientras que quienes sí la disfrutan podrían no hacerlo. Se piensa que, al menos en sus comienzos, la póliza de seguro de vida variable ofrecerá cláusulas de liquidación de tipo fijo y no en base variable.

Las pólizas de vida variable ofrecen a los asegurados y a sus beneficiarios un tipo de protección automática contra la inflación que no está presente en los contratos con beneficios fijos. Al combinarla con una cláusula de beneficios de defunción mínimos, la póliza evita al mismo tiempo que el valor monetario de protección sea menor que la cantidad inicial pedida por el asegurado. Incluso puede ofrecer estos beneficios adicionales con un aumento muy pequeño de las primas. Si el asegurado desea rescatar su póliza por su valor ahorrado, tiene el beneficio de cualquier valor de mercado de su fondo de reserva, que ha sido invertido en acciones. Por otra parte, la póliza de vida variable no debe considerarse como una panacea. En aquellos contratos en que la reserva se invierte en acciones comunes, no hay garantía de que el aumento del valor monetario de la protección se equipare a la inflación. Las fluctuaciones del mercado de valores en el pasado no han sido consonantes con los cambios en el índice de precios al consumidor.

Anualidad variable

Un esquema ingenioso que ofrece una protección contra la inflación a los jubilados y que actualmente se usa por varios aseguradores en los Estados Unidos es la anualidad variable [8]. Sus objetivos son los de ofrecer un método mediante el cual el ahorrador puede acumular sus fondos de jubilación en títulos cuyo valor tiende a seguir las fluctuaciones del nivel general de los precios. La idea básica es que si el nivel general de éstos tiende a aumentar durante el período de acumulación, el de los ahorros también lo hará, manteniendo así su poder adquisitivo a un nivel aproximadamente constante. Si el nivel general de los precios baja, el valor de los ahorros también bajará, pero su poder adquisitivo se mantendrá casi sin variaciones. En otras palabras, la anualidad variable pretende proveer fondos para un ingreso de jubilación con un valor monetario variable pero con un poder adquisitivo constante. Las anualidades regulares analizadas anteriormente aseguran un valor monetario fijo pero su poder adquisitivo cambia. Se piensa que es más adecuado para el jubilado contar con un ingreso estable en términos reales que uno de importe fijo, pero cuyo valor real varía.

Aun cuando el comprador de la anualidad variable acepta el riesgo de disminución de sus ahorros cuando el mercado de valores está en baja, el asegurador acepta el riesgo de mortalidad. De esta forma, el rentista tiene asegurado un ingreso vitalicio que debería ser lo suficientemente alto como para resistir la inflación y mantener el nivel de vida de que gozaba al jubilarse.

En 1971, alrededor de 918.000 personas estaban cubiertas por anualidades variables en los Estados Unidos [9].

Cómo opera la anualidad variable. En la práctica, los detalles de la anualidad variable son algo complicados, pero su forma de operar puede ser descrito con un ejemplo. Supongamos que John suscribió un contrato de anualidad variable en 1950 cuando tenía 45 años y que pagó cuotas anuales de 1.000 dólares hasta la edad de 65 años. Cada año las cuotas son invertidas por el asegurador en acciones ordinarias. No se compran los valores a nombre de la cuenta de él sino a nombre de la del asegurador y tiene sólo una pequeña participación por cada título propiedad de aquél. De esta manera, posee una pequeña parte de una cartera de valores altamente diversificada, algo similar a lo que le correspondería si hubiese comprado acciones en una sociedad mutua.

Durante los 20 años en que paga sus primas habrá satisfecho un total de 20.000 dólares. Si hubiese ahorrado la cuota anual de 1.000 a un interés compuesto del 5 por 100, el valor del fondo al cumplir los 65 años sería de 34.720 dólares. Supongamos, sin embargo, que a causa de la inflación el valor de las acciones es de 56.600. Esto representaría una coincidencia casi perfecta con el Indice de Precios al Consumidor, toda vez que el valor de las acciones, después de las deducciones correspondientes al menor valor del dólar, sería de alrededor de 35.000 dólares, de acuerdo con el poder adquisitivo en el año 1950 [10].

De acuerdo con el plan de anualidad variable, cuenta con un 63 por 100 más de fondos que en caso de interés a una tasa fija, siempre que el mercado de valores fluctúe exactamente igual que el costo de la vida. Si hiciese uso de una anualidad tradicional y con un interés del 5 por 100 por sus fondos, habría recibido un ingreso mensual (en un plan de anualidad vitalicia) de 240 dólares de su cuenta de 35.000.

De acuerdo con la anualidad variable, el asegurador convertirá los 56.000 dólares en una anualidad de X unidades por mes de vida. El valor inicial de estas unidades puede ser cualquier

---

[8] La anualidad variable fue iniciada por el College Retirement Equities Fund, filial de una compañía de seguros de vida que los vende sólo a los miembros de las facultades superiores. Ha ofrecido anualidades variables a los miembros de las facultades desde 1950. Hasta no hace mucho, las dificultades para obtener el permiso legal para ofrecer las anualidades variables han impedido la entrada en este campo de la mayoría de los aseguradores. La Prudential Life Insurance Company, de Nueva Jersey, ha encabezado una campaña nacional para conseguir la aprobación legislativa de las anualidades variables, y en 1959 aseguró su emisión por la legislatura de Nueva Jersey.

La Securities and Exchange Commission (S. E. C.) regula todos los contratos de anualidad variable, los cuales están sujetos a la regulación estatal. En 1970, la mayoría de los Estados habían aprobado la venta de estos contratos. La Securities and Exchange Commission ha eximido del registro las anualidades de grupo variables bajo las condiciones descritas en la Ley de Inversiones (Investment Company Act) de 1940, pero los contratos de anualidad variable individuales deben incluir un folleto completo para cada cliente como en el caso de ofertas de valores nuevos y fondos mutuos. El derecho de la S. E. C. a regular las anualidades variables se estableció después de un largo debate en los tribunales lanzado por las compañías de seguro en SEC vs. FRD, 359 U. S. 65 (1959) y Prudential vs. SEC, 362 F2 383 (1964), 377 U. S. 953.

[9] *Life Insurance Fact Book* 1972 (Nueva York: Instituto de Seguro de Vida; Institute of Life Insurance, 1972), p. 57.

[10] Entre 1959 y 1970 el dólar perdió cerca del 63 por 100 de su poder adquisitivo.

cantidad arbitraria, por ejemplo un dólar. En este caso contaría con 56.000 unidades en su haber. Suponiendo la misma tasa de anualidad que en el caso de la de capital fijo del ejemplo anterior, tendría derecho a 452,8 unidades por mes de vida, con un valor mensual inicial de 452,80 dólares. Supongamos que el mercado de valores aumenta en un 3 por 100 en el segundo año de la jubilación. Cada unidad tiene ahora un valor de 1,03 dólares en lugar de uno y, por lo tanto, el ingreso de jubilación será un 3 por 100 superior, o sea 466,38 dólares. Si el tercer año el mercado de valores baja un 10 por 100, también bajará la anualidad [11]. Esto es así, independientemente de la variación de los precios al consumidor (o del nivel de vida). El concepto de anualidad variable supone, sin embargo, que a largo plazo el mercado de valores refleja razonablemente la inflación y los cambios en el nivel de vida.

Surge ahora una pregunta: «¿Qué resultados ha dado la anualidad variable?». Desgraciadamente este sistema es demasiado nuevo como para tener una historia financiera que se extienda a lo largo de varios ciclos comerciales, y que podría ser la base de cualquier evaluación seria de su importancia para estabilizar y cimentar el poder comprador de un ingreso de jubilación. Sin embargo, existe alguna evidencia convincente que demuestra el valor potencial de la anualidad variable para ayudar al ahorrador a largo plazo, sin correr riesgos innecesarios, en la formación del ingreso de jubilación que obtendría normalmente por métodos más convencionales. Veamos a continuación algunos ejemplos:

College Retirement Equities Fund. Es un plan de anualidad variable muy conocido ofrecido por el College Retirement Equity Fund (CREF), filial de la Teachers Insurance and Annuity Association, compañía de seguros con sede en Nueva York que ofrece seguros y anualidades al personal docente. Inició sus actividades en 1950 mediante una Ley especial de la Legislatura de Nueva

[11] La mecánica real es más complicada. Por ejemplo, durante el período en que la anualidad se compra, la unidad recibe el nombre de «unidad de acumulación». Al vencer todas las unidades de acumulación se convierten en «unidades de anualidad». El número de unidades de anualidad recibidas depende de la edad de jubilación, el número de pagos garantizados y otros factores. El valor declarado de la unidad puede cambiar periódicamente o permanecer estable durante todo ese lapso de tiempo. Si el mercado de valores baja durante un período, la renta no se cambia hasta el comienzo del siguiente, durante el cual se reduce lo suficiente para compensar por los pagos más altos que recibió el rentista durante el período de baja.

York y asignó un valor inicial de 10 dólares a su unidad de acumulación de anualidad variable. En diciembre de 1971, la unidad había alcanzado un valor de 39,19. El valor de acumulación alcanzó un máximo en noviembre de 1968 con 47,67 dólares. Su punto más bajo fue en agosto de 1953 con 9,35. La tasa compuesta de retorno equivalente a un aumento en valor de 10 dólares a 39 en un período de 20 años se acerca al 7 por 100, considerablemente mayor que la tasa compuesta de inflación para ese período, del 2 por 100. Durante los citados 20 años, el índice de los precios de las acciones de Standard and Poor aumentó algo más rápidamente que el valor de acumulación de la CREF, a una tasa compuesta anual de 7,4 por 100. El producto nacional bruto, que es una medida del nivel de vida, aumentó a una tasa anual compuesta del 4 por 100 en el período 1950-1970 en dólares del año 1958.

Por otra parte si el nivel de vida aumenta en un 4 por 100 y los precios en un 2 por 100, el ahorrador debe contar al menos con un aumento del 6 por 100 anual en sus inversiones para mantener la misma posición económica relativa. Durante el período 1950-1970 contó con una protección más que suficiente de la anualidad variable de la CREF dado que el valor de acumulación de esta anualidad aumentó a una tasa compuesta de casi el 7 por 100. Además, obtuvo casi lo mismo con la anualidad variable que lo que habría obtenido en caso de haber invertido sus fondos en las acciones que componen el Indice Compuesto de Standard and Poor.

Otro plan de anualidad variable con una historia suficientemente amplia como para poder hacer una evolución es el ofrecido por la Variable Annuity Life Insurance Company (VALIC), constituida en Washington, D. C., en 1955. Después de varios años de dificultades, durante los cuales estaba en estudio la situación legal y reglamentaria de la anualidad variable, la compañía se fusionó en 1967 con la American General Insurance Company of Texas. En la Tabla 22-2 se muestra una historia de los pagos mensuales a los rentistas durante el período marzo 1959-marzo 1969, comparados con los pagos que la CREF habría hecho. (La anualidad de la CREF cambia sólo una vez al año, mientras que la de VALIC lo hace trimestralmente.) Los registros de CREF y VALIC son similares, con un rendimiento levemente superior de la CREF en casi todo el período, a excepción de 1969.

Durante el período de once años que se muestra en la Tabla 22-2, el índice de precios al consumidor aumentó en cerca del

24 por 100 (ver la Tabla 22-1). La renta de CREF había aumentado al final del período en el 48 por 100, mientras que la de VALIC lo había hecho en el 62 por 100. Para que el ingreso del rentista aumente lo suficiente para contrarrestar la inflación y mantener su nivel de vida a un crecimiento anual compuesto del 4 por 100, sus ingresos deberían haber aumentado cerca del 89 por ciento. Por lo tanto, vemos que el rendimiento de la anualidad variable durante este período no logró este doble objetivo. Sin embargo si el rentista hubiese elegido una anualidad variable de capital fijo, aún estaría recibiendo 100 dólares mensuales en 1969.

Exito de la anualidad variable. Aunque la anualidad variable es relativamente nueva en los Estados Unidos, sugiere ante todo la promesa de una ayuda a la persona jubilada para mantener el poder adquisitivo de su ingreso de jubilación y aumentarlo en una cantidad adecuada que le permita beneficiarse de la productividad cada vez mayor de la economía. Aun cuando el titular de la anualidad variable tenga algún riesgo, es muy posible que a largo plazo reciba un ingreso total muy superior al correspondiente a una anualidad clásica.

¿Qué factores han influido para producir estos resultados tan prometedores con un programa de inversiones que hace uso de las acciones? Está claro que el inversionista de acciones ha obtenido grandes beneficios de los efectos de un aumento sin precedentes en la actividad comercial causado por el incremento de la población, la expansión del comercio mundial, una administración más eficiente de la deuda gubernamental y de los asuntos económicos y otros muchos avances científicos de importancia.

Otro factor que contribuye al éxito de las anualidades variables es el proceso denominado «costo monetario medio», que se refiere al hecho que si una suma fija se invierte en forma regular, es posible comprar más acciones de un cierto tipo cuando su precio baja que cuando está más alto. De esta manera, el costo medio de la acción es siempre menor que el precio medio de esta acción. Ejemplo: si se destinan 1.000 dólares para comprar acciones a 100, se adquirirán 10 acciones. Al año siguiente el precio puede bajar a 50 y, si nuevamente se invierten 1.000 dólares se comprarán 20 acciones. El inversionista posee ahora 30 acciones a un costo medio de 66,67 dólares por acción. Sin embargo, el precio medio de éstas es de 75. Si el segundo año el precio hubiese subido a 200 dólares se habrían comprado sólo cinco acciones y el inversionista habría comprado 15 acciones a un costo medio de 133,34. El precio medio es de 150. Así, independientemente de si el mercado sube o baja, el costo medio es

Tabla 22-2

PAGOS MENSUALES DE ANUALIDAD VARIABLE DE CREF Y. VALIC

1959-1969

FECHA	CREF Dólares	VALIC Dólares	Cociente CREF/ VALIC
Marzo de 1959	100,—	100,—	1,0
Junio		102,86	
Septiembre		103,98	
Diciembre		98,67	
Marzo de 1960	101,—	98,06	1,03
Junio		97,58	
Septiembre		98,05	
Diciembre		96,63	
Marzo de 1961	119,—	109,72	1,08
Junio		117,68	
Septiembre		115,95	
Diciembre		119,57	
Marzo de 1962	119,—	117,05	1,02
Junio		108,89	
Septiembre		93,62	
Diciembre		90,04	
Marzo de 1963	103,—	103,75	1,0
Junio		108,14	
Septiembre		107,73	
Diciembre		111,46	
Marzo de 1964	120,—	115,84	1,03
Junio		117,—	
Septiembre		121,31	
Diciembre		122,41	
Marzo de 1965	128,—	127,68	1,0
Junio		129,97	
Septiembre		122,05	
Diciembre		130,54	
Marzo de 1966	138,—	130,85	1,05
Junio		129,13	
Septiembre		119,39	
Diciembre		115,45	
Marzo de 1967	145,—	124,30	1,17
Junio		136,24	
Septiembre		135,94	
Diciembre		133,61	
Marzo de 1968	136,—	132,06	1,03
Junio		141,22	
Septiembre		148,88	
Diciembre		160,13	
Marzo de 1969	148,—	162,48	0,91

Fuente: VALIC, Prospecto que describe los Contratos de Anualidad de Jubilación de Grupo Variable, mayo de 1969. Los pagos de CREF se han calculado basándose en los informes anuales de la compañía. Las cifras se han redondeado.

siempre menor que el precio medio. El plan de anualidad variable permite al inversionista utilizar el principio del costo monetario medio para confeccionar su programa de inversiones.

Argumentos en favor de la anualidad variable. Podemos resumir de la siguiente forma los principales argumentos en favor de la anualidad variable:

1. Permite al ahorrador obtener protección contra la baja a largo plazo del poder adquisitivo de la moneda, tanto en los años de ahorro como en los de jubilación.
2. Permite al ahorrador participar del crecimiento económico de la nación de un modo que no sería posible con inversiones de capital como de protección contra el descenso de estos niveles debido a la inflación.

Argumentos contra la anualidad variable. Los detractores de la anualidad variable resaltan los argumentos siguientes:

1. La emisión de estos contratos por las compañías de seguro, que siempre habían estado asociadas a inversiones seguras y garantizadas, puede tener como consecuencia una reacción adversa del público contra los programas de seguro normales, especialmente entre aquellos individuos a quienes se vendió una anualidad variable como resultado de las promesas exageradas de un agente ansioso de hacer una venta.
2. Como consecuencia de estar poco familiarizados con las suposiciones básicas de la anualidad variable, muchos ahorradores pueden creer que el valor de la inversión aumentará continuamente. Si el mercado de valores sufre una baja, pueden desmoralizarse y cancelar el plan, perdiendo de esta manera cualquier ventaja posible del promedio monetario.
3. Dado que se reconoce en general que el mercado de valores es un instrumento pobre para medir los cambios del poder adquisitivo, habrá algunos períodos en que el valor de la anualidad no tendrá ninguna relación con el cambio real de los precios. Un rentista que se hubiese confiado exclusivamente en este método, se encontraría frente a un serio dilema si, por ejemplo, los precios suben mientras las acciones bajan, como ha ocurrido en algunas ocasiones.
4. Si el rentista se retira en el momento de una caída brusca del mercado de valores, puede no recibir lo suficiente para retirarse y sufrir de esta manera una importante pérdida de capital.
5. No es posible garantizar que todos los aseguradores que ofrecen anualidades variables obtendrán resultados de inversión satisfactorios, aun en momentos de alza del mercado de valores. A juzgar por el carácter irregular de la administración de los fondos mutuos, que deben ocuparse de la tarea de la inversión continua de los accionistas, principalmente en acciones ordinarias, no hay duda de que algunos de los planes de anualidad variable no podrían obtener los resultados logrados con un promedio de valores del mercado.

Al sopesar estos argumentos hay que hacer notar que si se convence al individuo de que invertir todos sus fondos en anualidades variables es muy arriesgado, puede evitarlo destinando parte de sus ahorros a anualidades de beneficio fijo o ahorros de importe fijo durante el período de acumulación o de distribución, o ambos. La mayoría de los aseguradores ofrecen ambos tipos de planes de ahorro y permiten al ahorrador cambiar periódicamente la distribución según les sea más conveniente.

Combinación de fondos mutuos y seguro temporal

Se ha prestado mucho interés en los últimos años a un plan diseñado por algunas Compañías de Seguro de Vida y Fondos de Inversión para combinar la inversión regular en el fondo mutuo con el seguro de vida temporal. El ahorrador compra acciones en un fondo y al mismo tiempo un seguro de vida temporal para protegerse contra el riesgo de muerte. Este plan equivale a sustituir la inversión en acciones por la parte de inversión fija de la póliza del seguro de vida. El ahorrador acepta el riesgo asociado con la inversión en acciones ordinarias, con la esperanza de que a lo largo de un período largo, las ganancias netas obtenidas con este plan combinado serán superiores a las del plan ordinario del seguro de vida.

Se ha alcanzado un objetivo similar mediante planes de ahorro de acuerdo con los cuales el asegurado pide en préstamo el valor monetario de su póliza de seguro de vida y lo invierte en acciones o en un fondo. Bajo ciertas condiciones, el interés sobre el préstamo por el seguro de vida se deduce a efectos del impuesto sobre la renta, reduciéndose así el costo neto del préstamo en la cantidad equivalente a la reducción del impuesto.

El éxito de los planes combinados depende del supuesto de que a largo plazo los precios del mercado de valores aumentarán lo suficiente como para compensar tanto la inflación como los aumentos de la productividad nacional, protegiendo así al ahorrador a largo plazo contra las pérdidas relativas que podría sufrir si dedicase sus ahorros exclusivamente a inversiones de renta fija.

Conclusión

Una conclusión básica que emerge de la problemática anterior es que probablemente vendrán períodos sucesivos de prosperidad y depresión, inflación y deflación. La anualidad variable, que tiene mucho que ofrecer, es lo suficientemente débil como para no ser considerada como el único instrumento de jubilación. Las inversiones de renta fija ocupan un lugar importante en el programa de ahorros a largo plazo y las anualidades regulares se encuentran entre estas inversiones. Un análisis de la forma en que el público de los Estados Unidos ha invertido su dinero revela algunos aspectos interesantes. La Tabla 22-3 presenta una comparación de valores totales disponibles para la inversión en diversos medios, en 1960 y 1970. Estas cifras revelan el interés de los inversionistas por las acciones. Las inversiones en fondos mutuos hicieron avances respecto a otros tipos de ahorro. En particular, la inversión en acciones ha ganado aceptación en el mercado. Es también claro que los ahorradores no han perdido en absoluto el interés por las inversiones tradicionales de renta fija.

El seguro de vida todavía constituye uno de los métodos más usados de ahorro, aun cuando parece estar perdiendo algo de terreno en su participación en el mercado, con una disminución del 26 al 19 por 100 del total de los ahorros en el período 1960-1970. Los ahorros bancarios y en bancos comerciales han experimentado el crecimiento más pronunciado de todos los métodos tradicionales de ahorro; su crecimiento ha tenido lugar a expensas de otros sistemas, especialmente el seguro de vida.

Aun cuando parece que el seguro de vida ha perdido algo de terreno en la pequeña participación del total de valores financieros, otras cifras muestran que la cantidad de seguro de vida por familia ha aumentado continuamente durante el cuarto de siglo pasado. Por ejemplo, en 1945 la cantidad de seguro de vida por familia era de 3.200 dólares, igual al capital disponible para gastos familiares. El cociente ha aumentado constantemente hasta llegar en 1971 a un capital de seguro de vida familiar de 21.800 dólares, comparado a un capital disponible de 10.800 por persona [12].

[12] *Life Insurance Fact Book*, 1972 (Nueva York: Instituto del Seguro de Vida, 1972), p. 27.

Tabla 22-3

AHORROS INDIVIDUALES TOTALES EN USA EN MEDIOS DETERMINADOS, 1960-1970

(Miles de millones de dólares)

Medio de ahorro	1970	Porcent. del total	1960	Porcent. del total
Reservas de Seguro de Vida.	168	19,0	98	26,0
Depósitos Temporales				
Bancos Comerciales	231	26,0	71	18,8
Cajas de Ahorro	72	8,1	36	9,5
Depósitos de Ahorro y Préstamo	160	18,0	71	18,8
Fondos Mutuos	48	5,4	16	4,2
Reservas de Fondos de Pensiones.				
Asegurado	41	4,6	19	5,0
No asegurado	91	10,2	33	8,7
Gubernamental	77	8,7	34	9,0
TOTAL	888	100,0	378	100,0

Fuente: Federal Reserve Bulletin, ediciones varias, 1960-1971.

La disminución de los activos financieros totales de los aseguradores de vida se ha debido a que los ahorros del seguro de vida han sido invertidos tradicionalmente en obligaciones de renta fija que no han sido revaluadas, en contraste con los valores de mercado en alza de otros medios de ahorro, tales como fondos mutuos y reservas de pensiones. Reconociendo este hecho, los aseguradores de vida han prestado más atención a otros valores tales como anualidades variables, seguros de vida variables y fondos mutuos, como un medio de mantener su posición de instituciones financieras y sacar partido del desplazamiento de las preferencias de los inversionistas hacia estos valores.

RESUMEN

1. El principio en que se basa la anualidad, contrario al del seguro de vida, permite la liquidación ordenada de un patrimonio de modo tal que el rentista no puede sobrevivir a su renta de jubilación. En general, una anualidad provee cerca del doble del ingreso de jubilación que es posible obtener por interés solamente, toda vez que la anualidad toma en cuenta el deterioro gradual del capital.
2. Es posible acumular los fondos para la compra de una anualidad mediante los contratos de seguro de vida permanentes, mediante contratos separados de anualidad o a través de planes de ahorros diferentes a los propuestos por las compañías de seguro.
3. Los ahorros de jubilación logrados mediante un seguro de vida o un contrato de anualidad tienen varias ventajas en comparación con los métodos tradicionales de ahorro, pero tienen en común con las formas de inversión tales como cuentas de ahorro, obligaciones y otros medios de renta fija, la falta de protección contra los efectos de la inflación.
4. Aun cuando el riesgo de inflación no constituye la certeza que muchos creen, su amenaza requiere una atención cuidadosa sobre los métodos para contrarrestarla. En un intento de vencer a la inflación, el ahorrador no debe perder de vista otras consideraciones importantes en un programa de inversión para la jubilación.
5. Existen seis objetivos principales que deben ser considerados en un programa de inversiones a largo plazo: (a) seguridad del capital, (b) liquidez de la inversión, (c) interés razonable, (d) elección de un plan que garantice los ahorros consistemente, (e) formación de un plan adecuado para la distribución eventual del patrimonio y (f) protección contra la inflación.
6. Los contratos tradicionales de seguro de vida y anualidad cumplen maravillosamente los cinco primeros objetivos mencionados más arriba, pero no hacen ningún intento para combatir la inflación. La póliza de vida variable, las combinaciones de seguro de vida temporal y fondos mutuos y la anualidad variable se han propuesto como posibles soluciones a este defecto. La anualidad variable es la que atrae el mayor interés.
7. La anualidad variable, que es quizá la desviación más radical de la práctica tradicional del seguro de vida, no es una panacea pero es lo suficientemente prometedora como para merecer una investigación detallada como un medio de permitir al pequeño ahorrador participar en el crecimiento económico a largo plazo de la nación y obtener protección contra la inflación. No se debería considerar a las anualidades variables como un sustituto de las inversiones tradicionales de renta fija, sino como un complemento de éstas.

PREGUNTAS DE REVISION

1. (a) Un agente de seguros de vida presenta a un cliente las siguientes cifras, comparando la compra de un seguro de vida ordinario, respecto al temporal:
   Cuota anual por 20.000 dólares en el seguro de vida ordinario, a los 35 años, 373 dólares; cuota anual por 20.000 dólares de seguro temporal hasta los 65, 226 dólares. Diferencia disponible para otras inversiones, 147 dólares. Invirtiendo esos 147 dólares a un interés del 5 por ciento durante 30 años, 10.213. Valor monetario de la póliza de vida ordinaria en 30 años, 10.560 dólares. Conclusión, el cliente debería obtener un 5 por 100 de ganancias, tras deducir los gastos de impuesto y de inversión, para igualar el valor monetario de la póliza de vida ordinaria después de 30 años. Critique la presentación y conclusión del agente. Si la propuesta del agente no fuese correcta. ¿Cuáles serían sus conclusiones respecto de «comprar un temporal o invertir la diferencia»?
   (b) El agente continuó su presentación diciendo que el seguro de vida ordinario es un plan superior en cuanto a medidas de jubilación. Insinuó que el valor monetario de 10.560 dólares de la póliza

de vida ordinaria produciría 67,73 al mes, mientras que un fondo de ahorros separados exigiría un capital de 16.255 dólares, a un interés del 5 por 100, para igualar este ingreso. Explique por qué el plan de vida ordinario puede lograr ese objetivo.

2. Un estudio conjunto de 88 fondos de inversión reveló que el porcentaje de ganancias en valores bursátiles para fondos de acciones «libres» sufrió una variación en el período 1959-1964 de una baja de — 18 por 100 a un alza del 193 por 100. Los fondos de acciones «cerradas» fluctuaron en una baja del 38 por 100 y un alza del 51 por 100. Durante el mismo período, las 500 acciones que constituyen el promedio de mercado de Standard and Poor aumentaron 60 por 100 y el Indice Medio de Acciones Industriales de Dow-Jones aumentó en 40 por 100. ¿Qué puede deducir de estos hechos un inversionista potencial?
3. Hablando del futuro del dólar, un economista comentó que cuando el público empieza a perder la confianza en la moneda, el consumo indiscriminado y las inversiones equivocadas se convierten súbitamente en acciones racionales comparadas con el ahorro de dinero, que se considera una locura. ¿Está usted de acuerdo con esto? ¿Por qué? ¿Qué tipo de inversiones sería «racional» en esta situación? ¿Por qué?
4. Un autor escribió, «Supongamos que el director de su compañía le llamase y le dijese: 'Hemos estado pensando en su jubilación. Le vamos a hacer una oferta: un ingreso vitalicio de 294,37 dólares mensuales o 10 acciones por mes de vida de la American Telephone and Telegraph. Usted deberá vender estas acciones cada mes y vivir de esta renta'». ¿En qué (a) se asemeja, (b) se diferencia este plan de una anualidad variable?
5. Desarrolle un programa de seguro de vida para usted mismo, haciendo cualquier evaluación respecto de sus ingresos futuros, situación familiar, programa de pensión del empleador, beneficios de la Seguridad Social, etc. Siga las etapas bosquejadas en el texto y haga una evaluación de su programa cuando haya terminado.

6. Un argumento que se ha usado contra la anualidad variable es el temor de que las compañías de seguros obtengan un control de las empresas en cuyas acciones invierten. Se alega que esto llevaría a las compañías de seguros a campos en los que carecen de experiencia, en peligro del accionista. ¿Qué se puede decir en favor y en contra de este argumento?
7. Uno de los argumentos en favor de la anualidad variable es que debería permitir al ahorrador a largo plazo participar del crecimiento económico de la nación. Si usted se opusiese a la anualidad variable. ¿Cómo respondería a esto?
8. El vendedor de un fondo mutuo afirma que hay poco en una anualidad variable que no pueda ser obtenido de un fondo mutuo y que su compañía está dispuesta a pagar un programa de ahorro en tantos plazos y de cualquier cantidad como se desee durante un cierto período de jubilación. ¿Qué punto está sobreestimando el vendedor?
9. Un autor financiero escribió, «El seguro ha sido siempre un contrato en dinero. Cuando pierde este carácter, se convierte en una mezcla de inversión y seguro de vida —sin ser exactamente ni lo uno ni lo otro—. A este autor le parece que el peligro lo constituye el que la gente que compra la anualidad variable lo haga pensando en que ésta concede la misma protección que una póliza de seguro ordinaria. Esto es verdadero solamente si los tiempos de deflación y bajas abruptas son cosa del pasado.» ¿Está usted de acuerdo?
10. Roger Babson, cuya predicción de la caída experimentada en el mercado de valores en el año 1929 lo hizo famoso en el mundo de las finanzas, escribió en el Commercial and Financial Chronicle del 7 de enero de 1970 «No veo cómo la compra de acciones de Dow-Jones puede en este momento ser una defensa contra la inflación. Esto no quiere decir que puedan subir, pero estas acciones ya están demasiado afectadas para que una persona inteligente las compre como un escudo contra la inflación». ¿Es posible aplicar este argumento a la compra de anualidades variables en el momento en que fue escrito? Explíquelo.
11. A afirma que mediante el promedio monetario puede estar seguro siempre que el costo medio de las

acciones que ha comprado sea menor que el precio medio de éstas, independiente de si el mercado está en alza o en baja.

(a) Explique si esto es posible y ponga un ejemplo numérico.

(b) ¿Significa esto que A no puede sufrir pérdidas en su inversión? ¿Por qué?

12. Un actuario de seguro de vida dijo: «Si estamos dispuestos a confesarnos la verdad a nosotros mismos, debemos admitir que el seguro de vida y los fondos mutuos en la forma en que se suscriben en la actualidad, son una especie de juego de azar en el sentido de que los fondos no tienen ningún poder de compra predecible». Conteste a este argumento desde el punto de vista de una persona que considera los ahorros de renta fija como el único método de ahorrar para la jubilación.

13. Una compañía chilena de seguros de vida ha establecido un contrato de seguro de vida con un valor monetario que varía cada año de acuerdo con el índice del costo de la vida en la ciudad de Santiago. La cuota varía de acuerdo a los cambios del valor monetario y de la edad. No se estipulan valores no confiscables. ¿Cuáles son los puntos fuertes y las debilidades de este plan?

14. Un autor presentó el siguiente problema: Un asegurado de 50 años de edad posee un seguro de vida por 200.000 dólares; se encuentra en un nivel de impuestos del 30 por 100. Normalmente el seguro de vida tiene una cuota anual de 4.300, un valor monetario de 53.000 y un valor ya cancelado de 85.000. Se aconseja al asegurado que puede reducir los impuestos estatales si traspasa el seguro de vida a su mujer y hace que ella pague las primas con dinero que él le entregue. Sin embargo, el asegurado rechaza la solución porque de esa manera perdería el acceso al valor monetario de la póliza y no podría solicitar préstamos sobre ésta. Sugiera una solución al problema del asegurado que reduzca los impuestos a su patrimonio y, al mismo tiempo, le permita usar el valor monetario de su seguro de vida.

15. Explique con sus propias palabras por qué el valor actual de una anualidad disminuye a medida que la tasa de interés aumenta.

16. «Una anualidad vitalicia es lo contrario de un contrato de seguro de vida». Explíquelo.

17. Uno de los usos de la anualidad es permitir a un padre distribuir parte de su patrimonio a sus herederos estando aún con vida y, sin embargo, gozar de los ingresos de jubilación por el resto de ésta como lo habría hecho con la propiedad completa invertida en forma conservadora.

(a) ¿Cómo es esto posible?

(b) ¿Cuáles son las ventajas o desventajas para los herederos?

18. Un asegurador establece las siguientes rentas de anualidad para una mujer de 30 años: 10 años asegurados y vitalicia, 3,22 dólares por cada 1.000; 15 años asegurados y vitalicia, 3.20 dólares; 20 años seguros y vitalicia, 3,18; fondo en cuotas, 3,12. No se dispone de información para una anualidad de vida entera a esa edad. Explique (a) ¿por qué hay una diferencia tan pequeña entre las rentas de los diferentes planes de anualidad? y (b) ¿por qué el asegurador no señala cifras para la anualidad de vida entera a esa edad?

19. Establezca las diferencias entre la liquidación por anualidad temporal a 15 años y la opción de plazo fijo a 15 años.

20. ¿Esperaría usted recibir una anualidad mayor o menor de 10.000 dólares de valor monetario de una póliza de seguro de vida ordinaria o 10.000 dólares de ahorros varios invertidos en una anualidad cuando el rentista alcanza la edad de jubilación? ¿Por qué?

21. ¿Por qué se habría de esperar una mayor renta de una anualidad de grupo que de una individual (suponiendo los mismos valores monetarios)? Explíquelo.

22. Explique el crecimiento de las anualidades de grupo en los últimos años comparado con el de las anualidades individuales.

23. A afirma que, en su opinión, el factor de seguridad en una inversión a largo plazo ha sido interpretado en forma muy rigurosa. La mayoría de los inversionistas interpretan la seguridad como una protección contra

la pérdida de valores causada por la quiebra de una firma deudora. Lo que se necesita es un significado más amplio para incluir la protección contra pérdidas de valores debido a la inflación. ¿Está usted de acuerdo? ¿Podría ser de utilidad el mismo tipo de inversión en ambos casos?

23
Seguro de Enfermedad

Entre las principales clases de seguros que protegen contra el riesgo de la pérdida de los ingresos, el de enfermedad es el que ha tenido el mayor índice de crecimiento en los Estados Unidos. Por ejemplo, en el período 1950-1971, las primas del seguro de enfermedad aumentaron trece veces frente al aumento de 3,5 que experimentaron las personas del seguro de vida [1]. A pesar de este aumento, los beneficios del seguro de enfermedad representan solamente el 25 por 100 de los costos totales en los Estados Unidos; el resto está pagado por los mismos particulares o, en forma directa o indirecta, a través de las agencias gubernamentales (ver la Tabla 19-5). En este capítulo examinaremos las clases más importantes del seguro de enfermedad y algunos de los diversos problemas que plantean estos contratos.

CLASES DE SEGURO DE ENFERMEDAD

El seguro de enfermedad puede ser definido como aquel que indemniza por gastos y pérdidas en los ingresos causadas por la pérdida de la salud. El Comité sobre Terminología del Seguro de Enfermedad de la Asociación Americana de Riesgo y Seguro

[1] *Life Insurance Fact Book* 1972 (Nueva York: Instituto de Seguro de Vida, 1972), p. 59. Cocientes calculados.

(Committee on Health Insurance Terminology of the American Risk and Insurance Association —ARIA—) ha sugerido definirlo como «el seguro contra las pérdidas causadas por enfermedades o lesiones corporales» [2]. El Comité ha recomendado también el uso de la expresión «gastos de seguro médico», para referirse a otros tipos de seguro sobre la salud.

Desgraciadamente no existe una distinción clara entre los diferentes contratos en cuanto al tipo de gastos médicos indemnizables. Por ejemplo, las pólizas de hospitalización pagan no sólo los servicios hospitalarios, sino también las medicinas necesarias, los servicios médicos recibidos en el hospital y otros gastos. Sin embargo, existen cinco tipos básicos de beneficios ofrecidos por el seguro de enfermedad, ya sea en contratos separados o combinaciones en uno solo: hospitalización, quirúrgico, medicina general, medicina especial e incapacidad.

Hospitalización

Este contrato indemniza al asegurado por los posibles gastos de hospitalización, incluyendo el alojamiento y la pensión del hospital, gastos de laboratorio, cuidado de enfermeras, uso de la sala de operaciones y determinadas medicinas e instrumentos clínicos. La póliza puede indemnizar una cantidad fija por cada concepto o ser suscrita para la prestación de tales servicios. Así, los contratos típicos ofrecidos por las compañías de seguro pueden estipular que, por ejemplo, el asegurado recibirá una indemnización de 25 dólares diarios por hospitalización o bien pueden proveer «servicio hospitalario completo en un cuarto semiprivado».

Quirúrgico

El contrato quirúrgico asigna una determinada cantidad para las diferentes intervenciones llevadas a cabo por cirujanos especializados. En general, se establece un programa de operaciones junto con el pago máximo correspondiente a cada una de ellas. Así, el programa de 300 dólares puede establecer 150 para una apendectomía, 25 para una tonsilectomía, 10 para la apertura

[2] *Boletín de la Comisión de Terminología de Seguro* (*Bulletin of the Commission on Insurance Terminology*), Asociación Americana de Riesgo y Seguro (American Risk and Insurance Association) (mayo de 1965), p. 1.

de un furúnculo y 300 para una lobotomía. El límite de 300 dólares representa la prestación máxima y se aplica sólo a algunas intervenciones quirúrgicas.

Medicina general

Mediante este contrato se cubren los servicios médicos que no necesitan intervenciones quirúrgicas, diferenciándose claramente del contrato médico especial. En general, este contrato asigna prestaciones para visitas médicas, como 5 ó 7,50 dólares por cada visita, independientemente de si ésta tuvo lugar en el hospital, en el domicilio del paciente o en la consulta del médico. Normalmente se suscribe el seguro de medicina general junto con otros tipos de seguro de enfermedad y no como contrato separado.

Medicina especial

El contrato de medicina especial tiene como función cubrir cuenta médicas muy elevadas y con pocas limitaciones en cuanto a gastos específicos. El contrato se suscribe con franquicias importantes de diversa índole y con un límite máximo muy alto. Una póliza de medicina especial puede tener un límite máximo de 10.000 dólares por cualquier enfermedad o accidente, una franquicia de 500 dólares y una cláusula que limite la indemnización al asegurado en un porcentaje determinado de las facturas médicas, como por ejemplo, un 80 por 100. Algunos aseguradores ofrecen una variación de este contrato, conocida como «amplia», que reduce los deducibles a 25 ó 50 dólares.

Ingresos por incapacidad

Es una forma de seguro de enfermedad que consiste en asignar unos pagos periódicos al asegurado cuando está imposibilitado para trabajar a causa de enfermedad, dolencia o heridas [3]. Normalmente hay un período de carencia antes de comenzar los pagos y la incapacidad debe impedir al asegurado llevar a cabo sus actividades habituales. La mayoría de las pólizas efectúan el

[3] *Boletín de la Comisión de Terminología de Seguro* (octubre de 1965), página 7.

pago de los beneficios por un cierto número de años, pero en algunos contratos se otorgan beneficios vitalicios. Sin embargo, en las pólizas a «todo riesgo» de este tipo, los beneficios cesan en el momento en que la dolencia se ha curado.

METODOS DE PAGO POR PERDIDA DE LA SALUD

Existen dos formas generales de pago de las cuentas médicas —personalmente o a través del seguro—. Como se hizo notar anteriormente, se calcula que tres cuartas partes de las cuentas médicas privadas se cancelan en forma individual o a través de agencias gubernamentales y un cuarto mediante el sistema de seguro [4]. Los sistemas de seguro pueden ser subdivididos en acuerdos de seguro social y privado. Los acuerdos de seguro social, que incluyen accidentes de trabajo, planes obligatorios respecto a incapacidad laboral y seguridad social, se estudian en el capítulo 24. Los acuerdos privados son de dos tipos: contratos individuales y de grupo. Los contratos de grupo incluyen los planes de Blue Cross y Blue Shield, clínicas privadas, planes de salud en universidades, planes patrocinados por el consumidor, planes industriales y contratos de seguro de grupo en empresas.

La información recogida por el Consejo de Seguro de Salud Health Insurance Council) en 1969 indica que cerca de 175 millones de personas estaban cubiertas por gastos médicos, 162 millones por gastos quirúrgicos, 135 millones por medicina general, 73 millones por medicina especial y 66 millones por ingresos de incapacidad. En estas estadísticas se incluyen las pólizas de Blue Cross y Blue Shield. Cerca del 88 por 100 de la población civil americana estaba cubierta por seguros de salud voluntarios en 1969 [5].

Los contratos de seguro de grupo cubren a más número de personas que los individuales. Aun cuando la información tiene carácter aproximativo se puede decir que sólo una de cada cuatro personas cubiertas por gastos de hospitalización y de cirugía posee una póliza individual. En términos monetarios se estimó que en 1969 cerca del 82 por 100 de los beneficios de seguro de

[4] Ver la Tabla 19-5.

[5] *Source Book of Health Insurance Data,* 1970 (Nueva York: Instituto de Seguro de Salud, 1970), pp. 15-16.

salud alcanzaron a individuos cubiertos por tales planes [6] Como veremos más adelante en este capítulo, existen varios factores que explican las ventajas del seguro de grupo.

DISTRIBUCION DE LA COBERTURA

Las estimaciones acerca de la importancia relativa de cada modalidad de seguro de enfermedad indican que se pagan más beneficios por contratos de gastos hospitalarios que bajo ningún otro tipo de contrato. Los planes suscritos por los aseguradores privados se pueden clasificar como sigue:

Tipo de contrato	Beneficios totales pagados por aseguradores privados (miles de millones de dólares)		Porcentaje de aumento 1969/1960
	1960	1969	
Gastos hospitalarios	3,2	8,2	156
Gastos quirúrgicos y médicos	1,6	4,4	175
Pérdida de ingresos	0,8	1,6	100
Totales	5,6	14,2	153

Fuente: *Source Book of Health Insurance Data* 1970 (Nueva York: Instituto de Seguro de Salud, 1970), p. 31.

De los 14,2 miles de millones de dólares pagados por los aseguradores privados en 1969, la cobertura por gastos hospitalarios representa la modalidad de seguro individual más importante, en cuanto a los beneficios pagados. Representa actualmente cerca del 60 por 100 del total de beneficios pagados, aunque la tasa de aumento en el número de personas cubiertas ha disminuido algo en los últimos nueve años. Los seguros quirúrgico y médico combinados representan el 30 por 100 de los beneficios

[6] *Ibid.*, p. 30.

totales, con un pequeño aumento en 1969 respecto a 1960. La cobertura por ingresos de incapacidad ha perdido terreno en la misma medida y representa sólo el 11 por 100 de los beneficios pagados en 1969, comparado con el 14 por 100 de diez años atrás. Es indudable que el incremento de las coberturas ofrecidas por la Ley de Seguridad Social contra la incapacidad laboral ha contribuido en gran parte a contrarrestrar la disminución de las coberturas ofrecidas por los aseguradores privados durante este período. (Ver el Capítulo 24 para un estudio de la Ley de Seguridad Social —Social Security Act—). La tasa de aumento en el número de individuos cubiertos ha declinado significativamente. Sin embargo, la aceptación del seguro de medicina especial ha sido tal que el número de individuos cubiertos por estas pólizas ha aumentado de sólo 689.000 en 1952 a 72 millones en 1969, algo excepcional para un tipo particular de contrato.

ESTIPULACIONES COMUNES DE LOS CONTRATOS INDIVIDUALES DE SEGURO DE ENFERMEDAD

Dado que los contratos de seguro de enfermedad privados no se ajustan a un esquema uniforme, no es conveniente analizar un tipo determinado de contrato. Por el contrario, se presentará un análisis de las estipulaciones más importantes que éstos contienen. Casi todos los Estados han adoptado actualmente un estatuto modelo propuesto por primera vez por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguro (National Association of Insurance Commissioners) en 1950 y que regula las estipulaciones comunes usadas por los aseguradores en los contratos de seguro de enfermedad privados. Este estatuto, conocido como la Ley General de Estatutos de Pólizas Privadas de Accidentes y Enfermedad (Uniform Individual Accident and Sickness Policy Provisions Law), recomienda la obligatoriedad de ciertas estipulaciones y propone el texto de las que tienen carácter voluntario. El propósito de la ley es proteger al consumidor y facilitar el pago de las reclamaciones. A continuación se estudian las estipulaciones más importantes.

Personas cubiertas

El seguro de enfermedad puede cubrir sólo al candidato o a éste junto a algunos de sus dependientes. Dado que el quebranto de la salud de los dependientes tiene a menudo un impacto económico tan importante como en el caso del jefe de familia, la cobertura de éstos es de gran importancia. Es obvio que no se suscribe una cobertura por ingreso de incapacidad para los dependientes, pero en general todos los tipos de contrato permiten al asegurado incluirlos. Sin embargo, algunas veces los dependientes están incluidos en esquemas de beneficio diferentes o están sujetos a ciertas limitaciones que no existen para el jefe de familia.

Definición del riesgo

Todos los contratos definen, tanto en forma específica como por exclusión, los riesgos cubiertos. Es posible encontrar dos formas generales —las que aseguran contra accidentes y las que aseguran contra accidentes y enfermedad.

Contratos contra accidentes solamente. Estos contratos ofrecen en general una cobertura limitada. No es raro encontrar accidentes definidos en forma muy estricta y que incluyen sólo las lesiones producidas por causas accidentales. En caso de usar este condicionado, el acontecimiento anormal, accidental e inesperado debe haber ocurrido antes que la lesión para que el asegurado pueda considerarse cubierto por la póliza. Algunos ejemplos de las implicaciones de la cláusula de medios accidentales se dieron en el Capítulo 21 en relación con el estudio de la cláusula de indemnización doble en seguros de vida. Por decisiones judiciales, los aseguradores usan en general una terminología que se refiere a «lesiones accidentales» y que amplía la definición de los accidentes cubiertos.

Las pólizas contra accidentes se utilizan a menudo en contratos de accidentes de viajes y pólizas de vacaciones.

Contratos de enfermedad y accidente. Dado que más del 90 por 100 de las incapacidades físicas pueden ser asociadas a enfermedades y no a accidentes, es normal que la mayor demanda de contratos de seguro de salud sea por contratos de enferme-

dad y accidente. Sin embargo, aun cuando éste cubra enfermedades y accidentes, normalmente el significado de estos conceptos tiene un sentido muy estricto. Por ejemplo, las incapacidades causadas por trastornos mentales, tuberculosis, parto o embarazo, tratamientos dentales, lesiones causadas intencionadamente por el mismo afectado o intentos de suicidio (ya sea estando o no en su sano juicio), enfermedades ya existentes, cirugía plástica (a menos que sea necesaria después de un accidente), lesiones por las que es posible recibir compensación laboral, heridas de guerra o accidentes de aviación, normalmente suelen estar excluidas. La razón principal para ello estriba en que o es posible obtener una recompensa por otras fuentes o su inclusión aumentaría el costo del contrato hasta límites fuera del alcance del asegurado medio.

Definición de las pérdidas

Todos los contratos de seguro de enfermedad privados definen cuidadosamente el tipo de riesgo cubierto. Si los gastos de hospital están incluidos, el contrato especificará los límites de éste de acuerdo con una cierta cuota diaria o una cantidad general máxima. Los contratos de Blue Cross no estipulan un máximo diario, dado que la habitación y la pensión se consideran como servicios; pero pueden establecer límites en dinero para ciertos servicios hospitalarios, tales como costos de laboratorio, rayos X, plasma sanguíneo y cuidados especiales.

Si la póliza ofrece cobertura médica o quirúrgica, contendrá algunas limitaciones específicas en cuanto a las cuentas médicas que deben ser abonadas. Una «operación» se define como un cierto procedimiento quirúrgico, como son los cortes, suturas, tratamiento de las fracturas, vendajes, inyecciones, electrocauterización y pneumotórax artificial. Si en una operación se llevan a cabo dos intervenciones quirúrgicas, la póliza se limita a indemnizar la más grave de ambas.

Pérdidas recurrentes. La póliza debe definir cuándo una pérdida finaliza y comienza la siguiente. Por ejemplo, supongamos que el período máximo de beneficio hospitalario es de noventa días y el asegurado está hospitalizado sólo durante sesenta días. Es dado de alta y cinco días más tarde debe reingresar en el hospital por una recaída. ¿Es éste el comienzo de una nueva pérdida que le permite estar otros noventa días o es solamente una reanudación de la anterior, en cuyo caso sólo puede

gozar de treinta días más de indemnización? Bajo la cláusula de incapacidad recurrente, el contrato especificará que el reingreso ha de deberse a una causa completamente diferente o que ha transcurrido un cierto lapso, normalmente de uno a seis meses, entre las hospitalizaciones sucesivas para considerar el segundo período de incapacidad como cubierto por la póliza. Esta definición es también de importancia para determinar la aplicación de una franquicia o de un período de carencia. En los contratos de grupo, esta cláusula es bastante liberal ya que se limita a preguntar «¿Volvió el asegurado al trabajo?» Si lo hizo y es hospitalizado con posterioridad, comienza un nuevo período. Para definir las pérdidas a pagar, el contrato especificará, como regla general, una lista de los hospitales elegibles. Un hospital puede ser definido como una institución constituida de acuerdo con la ley para el cuidado y tratamiento de personas enfermas y lesionadas, con instrumental apropiado para la cirugía y servicio de enfermería durante las veinticuatro horas. Probablemente permanecer en cama durante un día en una clínica privada no se considera como un día de internamiento en un hospital. De manera similar, los sanatorios particulares, las enfermerías, las casas de reposo y las instituciones semejantes no son hospitales. Además, la póliza cubre solamente la cuentas de «médicos legalmente calificados». Los honorarios profesionales de optometristas, psicólogos, etc., pueden estar excluidos.

Ingresos por incapacidad. En estas pólizas se distinguen generalmente dos tipos de incapacidad: total y parcial.

Incapacidad total. Para que una incapacidad sea considerada total, el contrato puede estipular que durante los primeros años, el primero o los dos primeros, se aplique una definición más bien liberal y después de ese lapso, otra más estricta. Por ejemplo, el contrato puede establecer que durante los primeros veinticuatro meses de incapacidad el asegurado no debe poder realizar ninguna de sus tareas regulares. Con posterioridad debe ser incapaz de realizar cualquier trabajo. Algunas veces el contrato definirá con más claridad lo que se entiende por cualquier ocupación. Un contrato, como ejemplo, da esta definición.

La incapacidad total significa:

1. A los efectos de determinar el comienzo de la incapacidad total y durante los primeros veinticuatro meses en los que es posible pagar el beneficio de ingreso mensual, la incapacidad total significa

una imposibilidad tan completa que el asegurado no pueda realizar ninguna de las tareas habituales de su ocupación, negocio o empleo.

2. Pasados los primeros veinticuatro meses, la incapacidad total significa solamente la incapacidad completa del asegurado que le impida desarrollar cualquiera de las tareas de cualquier ocupación, negocio o empleo; con la salvedad que en ningún caso existirá incapacidad total para los efectos de esta póliza durante cualquier período en que el asegurado pueda realizar su ocupación, negocio o empleo o cualquier otra actividad con propósitos de remuneración o lucro.

Incapacidad parcial. Significa la incapacidad continua del asegurado, debida a lesiones corporales accidentales, para realizar una o más de las tareas principales de su ocupación. Por ejemplo, un asegurado tiene una póliza de pérdidas de ingreso que paga beneficios vitalicios de 200 dólares mensuales en caso de incapacidad por enfermedad. Sufre un ataque cardíaco que le imposibilita para trabajar durante seis meses, después de los cuales vuelve a su trabajo, pero en condiciones que requieren una menor actividad y con un menor salario. Suponiendo que el contrato no tiene período de carencia, el asegurado recibirá sólo seis meses de indemnización. Dado que no está incapacitado para realizar cualquier actividad, no puede continuar recibiendo beneficios, aun cuando ahora se encuentra en un nivel de empleo mucho más bajo. Por otra parte, si el único trabajo que el asegurado pudiese conseguir fuese el de afilador ambulante, es muy posible que pueda seguir recibiendo los ingresos por incapacidad ya que el contrato no le exige trabajar en un puesto para el que, por educación, formación y experiencia, no está capacitado razonablemente.

Para delimitar las controversias acerca de si una incapacidad es realmente permanente, el contrato establece que ésta será considerada como tal después de un cierto período de tiempo. El período de carencia puede variar de acuerdo con los deseos del asegurado en el momento de suscribir el contrato. Por ejemplo, es posible asignar una cuota menor si el asegurado estipula un período de carencia mayor que el ordinario. En algunos casos, la indemnización es retroactiva al momento en que se inició la incapacidad. Sin embargo, los suplementos de incapacidad en un contrato de seguro de vida estipulan un período de carencia de cuatro a seis meses, que en general no es retroactivo. Esto quiere decir que el asegurado no recibirá los beneficios durante el período inicial, aun si la incapacidad excede el período de carencia.

A veces una póliza de incapacidad contiene lo que se conoce como cláusula de totalización, que fija un límite máximo a la responsabilidad total sobre la cantidad a pagar. De acuerdo con ello, una póliza puede otorgar un beneficio de ingreso semanal de 25 dólares, pero el límite de totalización puede ser de 500. Claramente, este límite restringe a veinte semanas el período de pago, extremo que puede pasar desapercibido al asegurado.

Franquicias y períodos de eliminación

Las pólizas de seguro de salud causan serios problemas a los aseguradores debido a las dificultades para controlar el riesgo moral[7]. Es bastante difícil determinar si la pérdida realmente ocurrió, dado que la enfermedad es algo subjetivo que no siempre es fácil de diagnosticar de una forma concreta. El mismo mal puede tener consecuencias graves en una persona y apenas afectar a otra. No existen tarifas uniformes entre los médicos, dado que normalmente los honorarios se ajustan a las posiblidades de pago del paciente antes que a la naturaleza de la enfermedad. Por estas razones, los aseguradores no sólo deben fijar límites máximos a las pérdidas a pagar, sino que en general exigen que el asegurado se haga cargo de una parte de su propia pérdida estableciendo el sistema de franquicias.

En el seguro de enfermedad las franquicias son de dos clases: monetarias o de porcentaje y de períodos de carencia o eliminación. Como ejemplo de un contrato que contiene franquicias en dinero y de porcentaje estudiaremos el contrato médico especial.

Contrato médico especial. Uno de los aspectos que distingue a este contrato, que ha experimentado un rápido crecimiento desde su introducción después de la Segunda Guerra Mundial, es la gran limitación de los tipos de pérdidas que cubre y, simultáneamente, la casi ausencia de límites por gastos en cuanto a tales pérdidas. Es posible suscribir la póliza por 10.000 ó 15.000 dólares, incluyendo cualquier incapacidad. Algunas veces se ofrecen pólizas con límites mayores, como 50.000 ó 100.000 dólares. En general no existen limitaciones en cuanto a la proporción de esta suma que se destina a cuentas médicas, de hospital, a enfermeras particulares, medicinas y otros gastos causados por una misma incapacidad, siempre que sean razonables y necesarios.

[7] Ver el Capítulo 1 para las definiciones y ejemplos de estos riesgos.

Para controlar las pérdidas pagaderas bajo estos contratos es común estipular una elevada franquicia en dinero, de 300 ó 750 dólares. La franquicia en dinero se usa para eliminar las reclamaciones que están probablemente cubiertas por otras pólizas. La finalidad del contrato médico especial es cubrir solamente los gastos de tipo catastrófico que el ciudadano medio no puede afrontar. Para evitar que el asegurado incurra en gastos médicos exagerados, el contrato se compromete a pagar solamente cierta proporción de éstos sobre la cantidad total, generalmente el 75 u 80 por 100. Esta cláusula se conoce como porcentaje de participación o coaseguro. Dado que el asegurado debe contribuir en el costo de cualquier cuenta médica, será menos propenso a incurrir en gastos médicos innecesarios.

Supongamos que el asegurado sufre un accidente automovilístico grave y necesita asistencia médica especializada durante dos años en tratamientos tales como injertos de piel, cirugía plástica y miembros artificiales. Los gastos de servicios médicos, enfermeras privadas y hospitalización especial pueden alcanzar fácilmente los 8.500 dólares. De acuerdo a una póliza médica especial de 10.000 dólares con una franquicia de 500 y una cláusula de coaseguro del 80 por 100, el asegurado recuperará el 80 por 100 del total después de restar la franquicia, o sea, 6.400 dólares. El deberá contribuir con 2.100. Sin la franquicia ni la cláusula de coaseguro, tanto el paciente como el médico serían menos cuidadosos en los gastos destinados a los servicios exigidos. Aun de buena fe, el médico puede justificar unos honorarios mayores si sabe que están cubiertos por el seguro.

El paciente podría a su vez ordenar un servicio hospitalario más costoso si no existiesen estas cláusulas [8].

Períodos de eliminación. Un contrato puede contener dos tipos de períodos de carencia. Puede existir un período de espera, tras la entrada en vigor del contrato, antes del cual no es posible obtener ningún beneficio del seguro. Esto recibe a menudo el

[8] Esta tendencia ha sido documentada en detalle por O. W. ANDERSON y J. J. FELDMAN, *Family Medical Costs and Voluntary Health Insurance: A Nationwide Survey* (Nueva York: Mc Graw-Hill Book Company Inc., 1956). El gasto médico medio tiende a aumentar con la posibilidad de pagar por él, como se ha mostrado tanto por la posición dentro del seguro como por el nivel de renta. El gasto bruto medio anual entre 2.600 familias entrevistadas era de 207 dólares. La familia asegurada media gastó, sin embargo, 237 comparado con los 154 de la familia no asegurada. Para los ingresos entre 3.500 y 4.999 dólares, la familia media gastó 207 dólares, mientras que aquellas con ingresos de 7.500 dólares gastaron 353 dólares en promedio.

nombre de período probatorio o de eliminación. Esta cláusula permite suscribir una póliza aun en el caso que el candidato se encuentre enfermo al solicitar la cobertura. Una vez transcurrido el período de eliminación se hace entrega de los beneficios completos.

Un segundo tipo de cláusula de período de carencia, que se encuentra en las pólizas de pérdidas de ingresos, determina que no se pagarán beneficios por una cierta incapacidad hasta comprobar que ha subsistido durante un período de tiempo. Dicho período puede variar de una semana hasta tres o cuatro meses, de acuerdo con el deseo del asegurado. Si éste piensa que en caso de enfermedad o accidente su empresario continuará pagándole el sueldo, puede elegir un período de carencia de un mes y lograr así una reducción considerable en la prima. Es común establecer un período de carencia mínimo de siete días para eliminar las reclamaciones pequeñas que pueden resultar antieconómicas para el asegurador.

Los asegurados conceden importantes descuentos para períodos de carencia de hasta noventa días. Por ejemplo, en 1971 un asegurador aplicaba las siguientes tasas anuales para una póliza de incapacidad de un varón de veinticinco años que paga 400 dólares mensuales hasta la edad de sesenta y cinco años y que incluye enfermedad o accidente, no cancelable, y con garantía de renovación:

Período de carencia de siete días, 192,40 dólares.
Período de carencia de treinta días, 154,80 dólares.
Período de carencia de noventa días, 132,80 dólares.

De esta manera, el asegurado ahorra un 20 por 100 en su cuota anual al aceptar un período de carencia de treinta días y cerca del 32 por 100 con un período de noventa días. En vista de que la mayoría de las incapacidades tienen una duración menor a noventa días, las reducciones para períodos de carencia más prolongados son menores; por ejemplo, se concede una reducción de cerca del 15 por 100 al aumentar el período de carencia de noventa a ciento ochenta días y una reducción del 7 por 100 al aumentarlo de ciento ochenta a trescientos sesenta y cinco días.

Cancelación y renovación

A diferencia del contrato de seguro de vida, algunas veces el asegurado o el asegurador puede cancelar el seguro de enfermedad durante la vigencia de la póliza. Otra diferencia con el seguro de vida es que el de enfermedad puede no ser renovable, a menos que el asegurador consienta en ello. Es importante comprender la diferencia entre la posibilidad de cancelación y de renovación. Una póliza de seguro de enfermedad puede no ser cancelable en su período de vigencia, pero el asegurador puede cancelarla en el momento de su renovación si la experiencia con el asegurado ha sido desfavorable; o, el asegurador puede renovarla con restricciones de ciertas enfermedades por las que el asegurado ha efectuado reclamaciones.

Cláusula de renovación garantizada. El contrato de seguro de enfermedad más digno de confianza es aquel que no es cancelable y de renovación garantizada a una prima fija. En este caso, el asegurado tiene la opción de renovar o no y puede, si así lo desea, renovarlo indefinidamente, o hasta alcanzar una edad límite, generalmente sesenta y cuatro años. Hay que hacer notar la importancia de la posibilidad de renovación desde el punto de vista del asegurado. Supongamos que «A» posee un contrato de ingreso por incapacidad que no es cancelable dentro de su período de vigencia pero es renovable «solamente a opción de la compañía». Mantiene esta póliza durante quince años para prevenir el momento en que pueda afectarle alguna incapacidad grave. «A» sufre un ataque cardiaco leve, presenta una reclamación por incapacidad y recibe pagos durante seis semanas. Al llegar el fin de año, el asegurador tiene derecho a no renovar la póliza o hacerlo con la exclusión de todas las reclamaciones futuras relativas a «trastornos del sistema nervioso». Si el asegurado mantiene la cobertura, probablemente lo hará sin protección contra la enfermedad que más posiblemente puede causarle una incapacidad. Obviamente, el asegurador puede ser generoso y renovarla sin condiciones restrictivas, pero esto significa que deberá responder por reclamaciones que no fueron incluidas al hacer los cálculos de las primas originales. Está claro que el asegurado no puede esperar esa generosidad. Si es posible, la solución mejor es comprar una cobertura no cancelable y de renovación garantizada. Si el riesgo de incapacidad ha de ser asegurado, debe

serlo de modo permanente si el asegurado cuenta con medios económicos para suscribirlo.

Por ejemplo, un asegurador establece las tasas para pólizas de pérdidas de ingreso que se muestran en la tabla que sigue. Estas pólizas corresponden a un ingreso de 10 dólares semanales con un período de carencia, en caso de enfermedad, de una semana y una cobertura por enfermedad vitalicia durante cinco años para un varón de un nivel ocupacional de la clase 1. Por lo tanto, el asegurado paga cerca del 80 por 100 más por la póliza no cancelable que por una cancelable, pero indudablemente las ventajas de la primera compensan el costo adicional, siempre que el asegurado esté en condiciones de comprar este tipo de póliza.

Es conveniente hacer una advertencia al interpretar la «renovación garantizada». Algunos aseguradores emiten un contrato que recibe el nombre de renovación garantizada, pero en el cual la prima está sujeta a cambio.

El asegurador puede aplicar cualquier tasa que considere apropiada para la edad y riesgo correspondiente. Por lo tanto, esta póliza tiene la desventaja de que aunque el asegurado sabe que puede mantener el contrato, no sabe a qué precio y existe la posibilidad que éste se convierta en prohibitivo.

Cláusula de renovación	Cuota anual por cada 10 dólares de ingreso mensual
1. Cancelable (renovable sólo por decisión de la compañía)	3,35
2. De renovación garantizada, pero de cuota variable al renovarla, dependiendo su nuevo valor de la edad	3,86
3. No cancelable y de renovación garantizada con la misma tasa. (Es posible aumentar la tasa solamente si todas las tasas de una cierta clase aumentan.)	6,00

Una póliza de cuota fija, no cancelable y de renovación garantizada tiene un costo mayor que una póliza normal cancelable o que no garantiza una prima fija para la renovación. La razón principal para esto es que deben ser acumuladas reservas para satisfacer los más elevados costos de enfermedad que caracterizan

a los grupos de mayor edad. La prima dependerá no sólo de la edad del asegurado en el momento de suscribir el contrato, sino de su ocupación, el período durante el cual el ingreso está garantizado (en caso de ser una póliza de ingreso) y el tipo de beneficios médicos y hospitalarios.

Cláusula de renovación no garantizada. Si la póliza no tiene garantía de renovación, la cláusula de renovación estipula que, al expirar el período correspondiente a las primas pagadas, termina la cobertura a menos que durante un período anterior a cada vencimiento el asegurador envíe un aviso decidiendo no renovarla. Si no cursa esa notificación, el asegurado puede renovar la póliza por otro período. Estas pólizas se suscriben siempre por el período de un año.

La mayoría de las pólizas de seguro de enfermedad estipulan que si el asegurado no paga su cuota, tiene generalmente un período de gracia de treinta días durante el cual la póliza permanece vigente. El contrato usual contiene una cláusula de rehabilitación, según la cual la póliza puede entrar en vigor después de su vencimiento mediante la aceptación de la prima por parte del agente. En tales casos, las pólizas no cubren las enfermedades sufridas durante los diez primeros días después de la rehabilitación, aun cuando sí cubrirán los accidentes. Si el candidato no se encuentra en buena salud al volver a solicitar la póliza, el agente no está autorizado para aceptar la prima a menos que exija a aquél una propuesta de rehabilitación y reciba el pago de la prima a título condicional. El efecto de ello es que la póliza no entra nuevamente en vigor hasta que la propia entidad aseguradora dé su aprobación. La cláusula de rehabilitación establece que si la aseguradora no estudia la solicitud del candidato dentro de un plazo de cuarenta y cinco días, la póliza entra en vigor automáticamente.

Indisputabilidad

La mayoría de los contratos de seguro de enfermedad contienen la cláusula de indisputabilidad. Esta cláusula tiene la siguiente redacción:

> Límite temporal para ciertas defensas:
> *a*) Una vez transcurridos dos años a partir de la suscripción de esta póliza, no será posible hacer uso de ninguna falsa declaración, excepto las que sean fraudulentas, para considerar nula la póliza o negar responsabilidades por alguna reclamación por pérdida o incapacidad (en la forma en que ésta ha sido definida) que haya comenzado después de dicho período de dos años.
> *b*) Ninguna reclamación por pérdida o incapacidad (en la forma en que ha sido definida) podrá ser disminuida o rechazada al cabo de dos años de suscribir la presente póliza, alegándose que tal enfermedad o defecto físico eran existentes antes de la fecha efectiva de la cobertura, a menos que dicha enfermedad o defecto físico estén excluidos expresamente en la póliza.

Es decir, que sólo las falsas declaraciones fraudulentas, y no otras, pueden ser utilizadas para anular la póliza. En ningún caso es posible utilizar una declaración errónea para negar o reducir los beneficios a menos que exista una exclusión explícita en la cobertura. Supongamos que se pregunta al candidato si ha hecho alguna reclamación bajo otra póliza de seguro de enfermedad en los últimos cinco años y contesta que «no». Tres años más tarde, al recibir una reclamación, el asegurador descubre que el asegurado ha hecho varias reclamaciones bajo otras pólizas y que, de haberlo sabido, nunca habría emitido el contrato. El asegurador rehúsa la reclamación y surge entonces la pregunta de si la falsa respuesta es fraudulenta. Es muy posible que se la considere como tal si se puede demostrar que fue hecha deliberadamente para engañar al asegurador, en cuyo caso éste puede negar responsabilidades y cancelar el contrato, aun cuando ha terminado el plazo de dos años.

Advirtamos que en una póliza de seguro de vida, el asegurador tendría que haber aceptado la reclamación, aunque se conociese el carácter fraudulento de la afirmación del asegurado.

Prorrateo de beneficios

En general, la póliza de seguro de enfermedad no contiene una cláusula que limite en forma estricta la cantidad que un asegurado puede recibir si posee más de una póliza que cubra el mismo riesgo. Es normal que la póliza excluya los beneficios que puedan ser recuperados mediante compensaciones laborales o por servicios prestados en un hospital gubernamental. Pero si el asegurado posee dos pólizas de hospitalización privadas, no hay nada que se pueda hacer para evitar que reciba el doble o más por hospitalización. Generalmente se pide al asegurado que informe

acerca de la existencia de otras pólizas de seguro de enfermedad cuando solicita una cobertura y de ese modo el asegurador tiene algún control sobre ese tipo de riesgo moral [9].

En las pólizas de pérdida de ingresos el procedimiento usual es incluir algún tipo de restricción respecto a la indemnización a pagar al asegurado en caso de que la cobertura total sea mayor que sus ingresos medios. Tales estipulaciones se conocen con el nombre de «cláusulas de coordinación de beneficios». Una cláusula típica estipula que si en el momento en que el asegurado efectúa una reclamación existen otras pólizas que pueden pagar también por la pérdida de ingresos y los beneficios totales superan sus ingresos medios de un determinado período, la cantidad a pagar se reduce proporcionalmente. Por ejemplo, supongamos que un asegurado tiene una póliza con la compañía C que le paga 300 dólares mensuales y otra con la compañía T que le paga 200 mensuales. Ambas pólizas contienen la cláusula de los ingresos medios. En el momento de su incapacidad, su ingreso promedio de los dos últimos años es de 400 dólares mensuales. En tal caso recibirá sólo $4/5 \times 300$, es decir, 240 dólares de la compañía C y $4/5 \times 200$, es decir, 160 dólares de la compañía T. De este modo, el asegurado no recibe más que su ingreso medio real. Si le estuviese permitido recibir más, habría menos aliciente en el asegurado para superar su dolencia y volver al trabajo. En la práctica, puede existir un riesgo moral considerable en este tipo de cobertura, ya que no todos los contratos contienen la cláusula de ingresos medios. En el ejemplo anterior, si la póliza de la compañía C no incluyese tal cláusula, habría pagado los 200 dólares completos y el asegurado estaría recobrando 440 mensuales libres de impuesto, mientras que antes sólo recibía 400 dólares, sujetos a impuestos y otras deducciones.

Cambio de empleo

Una de las ventajas obvias (para el asegurador) de los contratos de seguro renovables a opción de la compañía es la oportunidad de poder tarifar el riesgo anualmente. Sin embargo, hay casos en que el asegurador no puede esperar hasta el vencimiento anual de la póliza para reajustar sus beneficios o primas. En

[9] Es cada vez más común el incluir una cláusula de «otros seguros» en contratos de seguros de enfermedad. Esta cláusula limita la indemnización total a pagar en caso de existir otro seguro que cubra el mismo riesgo.

los contratos de pérdida de ingresos es común estipular, bajo una «cláusula de cambio de empleo», que si el asegurado cambia de ocupación durante la vigencia de la póliza a otra en que el riesgo sea mayor, «la compañía pagará solamente la parte de la indemnización correspondiente a las primas pagadas hasta la fecha, y dentro de los límites establecidos por la compañía, para una póliza de mayor riesgo». Así, si el asegurado era un funcionario en el momento de suscribir la póliza pero posteriormente se incorpora a un grupo de poda de árboles, los beneficios contractuales se verán afectados por la cláusula de cambio de empleo. Indudablemente, la poda de árboles cae en una clase de ocupaciones más arriesgadas que las administrativas. Si las tasas correspondientes a la poda de árboles son el doble de las de un funcionario, el ingreso mensual bajo la póliza se reducirá a la mitad.

Si el asegurado inicia otra ocupación de menor riesgo, el asegurador devolverá la diferencia de las primas correspondientes a las dos ocupaciones.

Declaración de edad falsa

Por razones similares a las apuntadas para los seguros de vida, el contrato de pérdida de ingresos estipula que si el asegurado ha declarado una edad falsa, los beneficios serán reducidos al nivel relativo a la cuota pagada y que hubiera correspondido si se hubiese declarado la edad verdadera. Esta cláusula tiene un importancia especial en los contratos que aseguran beneficios de ingresos vitalicios. Si el asegurado mintió acerca de su edad, los beneficios prometidos se ven afectados por esta falsa declaración, aun si es descubierta después del período de indisputabilidad, si bien no se niegan al asegurado todos los beneficios.

SEGURO DE ENFERMEDAD DE GRUPO

Como ya ha sido indicado, un mayor número de personas está cubierto por el seguro de grupo que por los contratos individuales. Además, como se muestra en la Tabla 23-1, el porcentaje de asalariados y trabajadores que se encuentran incluidos en planes de seguro de vida y enfermedad de grupo ha aumentado de forma continua, con la única excepción del seguro de incapacidad temporal. En la cobertura de hospitalización y cirugía, el seguro de

grupo ha saturado prácticamente el sector, dejando un margen muy pequeño para los seguros individuales. Quizá los tipos de seguro de grupo de crecimiento más rápido son los de medicina especial y los de incapacidad a largo plazo.

Tabla 23-1

EMPLEADOS CUBIERTOS POR PLANES DE SEGURO DE VIDA Y ENFERMEDADES DE GRUPO (1950-1969)

Tipo de cobertura	Porcentaje de empleados asegurados		
	1950	1960	1969
Hospitalización	48,7	68,9	76,4
Cirugía	35,5	65,5	75,4
Medicina general	16,4	50,2	65,5
Medicina especial	—	16,5	33,1
Ingresos por incapacidad temporal (*).	46,2	49,0	50,2
Ingreso por incapacidad a largo plazo (*)	—	—	9,3
Seguro de vida	38,9	58,2	65,3
Muerte y amputación accidental	16,2	35,5	49,1

Fuente: WALTER W. KOLODRUBETZ, *Trends in Employes-Benefit Plans in the Sixties*, «Social Security Bulletin» (abril de 1971), p. 24.

De forma similar, y en cuanto a los beneficios pagados, el seguro de grupo ha crecido de forma continua, con merma de la cobertura individual. Por ejemplo, en 1950 las pólizas de grupo representaban el 76 por 100 de los beneficios totales de seguro de enfermedad pagados por las compañías de seguro de vida de los Estados Unidos. Este porcentaje aumentó al 80 por 100 en 1960 y al 83 por 100 en 1970 [10].

(*) Las cifras incluyen solamente a los trabajadores de las empresas privadas.

[10] Calculado de la información de *Life Insurance Fact Book*, 1972 (Nueva York: Instituto de Seguro de Vida, 1972), p. 53.

En el campo de los seguros privados, los dos aseguradores más importantes de contratos de grupo son las asociaciones Blue Cross-Blue Shield y las compañías de seguro, cubriendo cada una un número similar de individuos. En la esfera pública existen varios programas de seguro social que se estudian en el capítulo 24.

Algunas de las razones básicas del crecimiento de los planes de seguro de grupo privados son:

1. El seguro de grupo tiene un menor costo.
2. Normalmente los contratos de grupo incluyen beneficios más generosos que los individuales.
3. Los contratos de grupo han sido estimulados de forma muy activa por sectores muy organizados, como los sindicatos y las asociaciones hospitalarias.
4. El seguro de grupo se ha hecho muy popular gracias a varios programas de seguro social y a las normas legales acerca de la medicina socializada.

Ventajas económicas del seguro de enfermedad

Las fuentes de ahorro es un seguro de enfermedad de grupo son las mismas que en el caso del seguro de vida de grupo.

Ausencia de una selección adversa. Los contratos de enfermedad de grupo gozan de una relativa ausencia de selección adversa porque los colectivos cubiertos existen por razones que no son el simple deseo de contratar un seguro. Debido a los riesgos morales que caracterizan a este campo, el elemento de selección adversa en pólizas individuales es particularmente severo, lo que exige una mayor prima que en los seguros de grupo.

Menores costos administrativos. Los costos administrativos de los planes de seguro de grupo son menores que los individuales. A menudo los empresarios se ocupan del cobro de las primas mediante el descuento del sueldo a cada empleado de su contribución al plan. También el empresario atiende las reclamaciones, ayuda al empleado a llenar los formularios de modo correcto, responde a sus preguntas y lleva a cabo otras tareas de naturaleza semejante, que de otra manera absorberían la atención de un grupo considerable de empleados del asegurador. El hecho que el empresario tenga un interés especial en que el em-

pleado vuelva al trabajo es otro control sobre reclamaciones exageradas o incapacidades prolongadas indebidamente.

Menores costos de adquisición. Los costos de adquisición de los seguros de grupo son generalmente mucho menores que los de los seguros individuales. Un vendedor individual debe recibir una parte considerable de la primera prima anual para ver compensado el tiempo invertido en la venta de la póliza. Por el contrario, un solo representante del asegurador ante el grupo puede vender y poner en marcha en una semana un plan que suponga miles de dólares de primas anuales.

Exención de impuestos y economía en la compra de servicios. Algunos planes de grupo, de naturaleza no lucrativa, están exentos de impuestos y pueden incluir servicios médicos y hospitalarios a precios muy bajos. Esta ventaja caracteriza a las clínicas de grupo de Blue Coss y otros planes. En menor grado, esta ventaja caracteriza también a las organizaciones de seguro mutuo, que pagan algunos impuestos, pero a un nivel menor que el que tienen que pagar los aseguradores constituidos como sociedades mercantiles. Las asociaciones hospitalarias como la Blue Cross, no compensan los gastos del asegurado individual sino que prestan servicios directamente en los hospitales, generalmente a un costo menor que el pagado por un paciente particular.

Ventajas impositivas para el empleado. El Gobierno Federal concede subvenciones a los seguros de grupo mediante la exención de impuestos a quienes participan en ellos, por una cantidad igual a la pagada para este fin por el empresario. Dado que el empresario contribuye a menudo con la mitad o más del costo total, existe una ventaja considerable al planificar una cobertura de grupo.

Contratos de grupo frente a contratos individuales

Las estipulaciones contractuales del seguro de grupo son en muchos aspectos similares a las de los contratos individuales. Existen, sin embargo, ciertas diferencias que reflejan el hecho de que los contratos de grupo lo son entre el empresario y el asegurador, y en donde los empleados son considerados como terceros beneficiarios, al igual que en el seguro de vida de grupo. Existe

un contrato básico, que estipula asuntos referentes a cuándo el empleado puede quedar cubierto; quién tiene derecho a la cobertura; la finalización de ésta; los esquemas de beneficios; su cancelación, renovación y cláusulas referentes a las primas; y otros aspectos de especial importancia.

En algunos aspectos, las estipulaciones del contrato de grupo que se refieren al empleado son más favorables que en el contrato individual, pero menos flexibles. Por ejemplo, al menos en lo referente al empleado individual, el contrato de grupo es de renovación garantizada y no cancelable. Mientras el empleado permanezca con el grupo, su cobertura no puede cambiar salvo que se cambie o anule la de todo el grupo. Claramente existe un elemento de inflexibilidad en un contrato de grupo en el sentido que las cláusulas no pueden ser modificadas para satisfacer las necesidades de cada individuo. Salvo en casos excepcionales, el empleado no tiene la posibilidad de cambiar su cobertura de grupo a una personal, al contrario que en el caso del seguro de vida de grupo [11]. Sin embargo, independientemente del estado de su salud, la protección continúa mientras el contrato básico esté vigente y él pertenezca al grupo.

Otra liberalización se refiere a la definición de incapacidad, que está en función de la posibilidad o no del empleado de realizar todas y cada una las tareas relativas a su ocupación. Si el empleado está tan enfermo que no puede asistir al trabajo, seguramente se lo considerará incapacitado. En las pólizas individuales hay que demostrar en general que el empleado es incapaz de realizar un trabajo para el cual está calificado de forma razonable por experiencia y formación. La definición liberal de la incapacidad en el contrato de seguro de grupo es claramente resultado de que el período de beneficio por pérdida de ingresos no es muy largo (normalmente menos de seis meses).

Otra ventaja del contrato de grupo es la tendencia por parte del asegurador a ser más liberal en la liquidación de reclamaciones que en caso de pólizas individuales. El asegurador debe considerar que un plan colectivo que representa unas primas muy altas puede ser afectado por una política restrictiva en la tramitación de las reclamaciones. De esta forma, el empleado recibe el beneficio de cualquier duda al efectuar su reclamación.

A pesar de sus ventajas, el seguro de grupo no es una solución completa al problema de obtener protección contra la pérdida de la salud. El seguro de grupo no reemplaza al individual sino

[11] Blue Cross ofrece un contrato individual, pero no es lo mismo que la cobertura de una póliza de grupo.

que lo complementa. Por ejemplo, los niveles de beneficio bajo un seguro de grupo son a menudo limitados y requieren un complemento de otras fuentes. En particular, los contratos de pérdida de ingresos están normalmente limitados a períodos cortos y no todos solucionan el problema de la incapacidad a largo plazo. Las pólizas de hospitalización generalmente no cubren la totalidad de los gastos, en especial si la enfermedad es prolongada o corresponde a una de las categorías excluidas, como el caso de las enfermedades mentales. Si el empleado enferma y no puede trabajar, él y sus dependientes serán excluidos del grupo y se pierde igualmente la cobertura por incapacidades futuras. No se cuenta aún con un seguro de enfermedad adecuado para trabajadores de más de sesenta y cinco años de edad en situación de retiro, excepto en casos especiales (después de los sesenta y cinco años pueden recibir pagos de medicación de la OASDHI). Finalmente, no todos los empresarios poseen seguros de grupo y el contrato no se suscribe a favor de cualquier grupo que desee obtener su cobertura.

PRINCIPALES PROBLEMAS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD

Aunque todas las clases de seguro tienen sus problemas, quizá ninguno ha sido objeto de tantas críticas y controversias como el de enfermedad. El descontento con la situación general de la nación, en cuanto a salud, ha impulsado a muchos funcionarios a intentar la creación de un plan general de seguro obligatorio, similar al plan de medicina socializada de Gran Bretaña. Entre las agencias privadas que compiten por este negocio han surgido varios puntos que serán analizados brevemente para ilustrar los problemas principales de este sector. Estas cuestiones se refieren a la mejor forma de afrontar el problema de la pérdida económica causada por la pérdida de la salud, mediante el seguro. De modo más específico, la discusión se centra en cómo poner a disposición de quien lo necesite el seguro de enfermedad a un costo mínimo, con una cobertura adecuada y sin las pérdidas relacionadas con el riesgo moral.

Problema 1. El aumento de los costos

¿Qué se puede hacer para evitar que la existencia del seguro induzca a un alza en los costos médicos, que de otra manera no

tendría lugar? Como ya hemos visto, los médicos tienden a aumentar sus honorarios al ser mayor la posibilidad de pago, ya sea a causa de un seguro o del nivel de ingresos. Puede haber también una tendencia al aumento de los costos hospitalarios porque mediante el seguro se amplía la capacidad de pago de los pacientes. Esto es consecuencia de que las asociaciones hospitalarias, como la Blue Cross, están controladas por los mismos hospitales. Esto no constituye una crítica a los médicos ni a la administración de los hospitales por ineficiencia y su tendencia al aumento de los costos médicos, sino simple ejemplo de que existen pocos controles, si es que hay alguno. En otras modalidades de seguro, como por ejemplo el de la propiedad, quienes realmente compensan la pérdida se ven sujetos a presupuestos competitivos y constituyen una organización diferente que los que pagan las facturas, que son las compañías de seguro. En el seguro de enfermedad no es posible que el asegurado vaya buscando el menor costo de los servicios ni tampoco pida diversas ofertas para aceptar la más baja.

Las organizaciones de seguro se han opuesto a esta tendencia estableciendo límites a las cantidades indemnizables por sus contratos y, como hemos visto, mediante el uso de franquicias. Sin embargo, ésta no es una solución real ya que el peso se traspasa al asegurado y no existen muchas esperanzas de que éste sea capaz de reducir considerablemnete sus cuentas. El primer paso en cualquier progreso auténtico hacia la solución del problema debe provenir de que los propios médicos acepten un sistema de tarifas que pueda predecir de alguna forma tales costos respecto al seguro. Es posible lograr un progreso mayor mediante una cooperación cada vez más estrecha entre aseguradores, asegurados, administración de los hospitales y médicos para encontrar un método para aumentar la eficiencia de los planes de seguro de grupo, lograr un control de los costos médicos y administrativos y reducir los gastos de adquisición del propio seguro.

Una causa importante de los costos médicos cada vez más altos es la inadecuada e incorrecta distribución de los medios y servicios disponibles. Por ejemplo, muchas áreas rurales carecen de suficientes médicos y hospitales, aumentando así los costos de los pocos existentes. Quienes viven en tales áreas deben afrontar gastos adicionales de transporte y de otra naturaleza para llegar a los centros urbanos y recibir la atención que necesitan. Otro factor que contribuye al aumento de los costos es la práctica cada vez más común de entablar reclamaciones judiciales contra médicos y hospitales. (Ver el Capítulo 14 para un análisis de este

problema.) Hasta que se encuentre un medio de controlar este alza de los costos médicos es de suponer que el costo del seguro aumentará también y en muchos casos por encima del alcance de quienes necesitan esa cobertura.

Problema 2. Superutilización

El control de la superutilización de los servicios hospitalarios y médicos está en estrecha relación con el problema anterior. Existe una lamentable tendencia entre algunos individuos a sentir que no han recibido ningún servicio de su póliza de seguro a menos que hayan caído enfermos y recibido el pago del asegurador. Incluso se ejerce presión sobre los médicos para satisfacer este deseo. Aunque pueda parecer ridícula a un observador imparcial, esta actitud lleva a una exageración de las reclamaciones de seguro y al aumento consecuente de las primas. Además, los aseguradores no tienen posibilidad de evitar la superutilización mientras los médicos diagnostiquen la necesidad de los cuidados y no exista un sustitutivo para ello.

En la otra cara de este problema se encuentra el hecho de que lo que puede parecer como superutilización para algunos no lo es tanto para otros. Un paciente puede sufrir un dolor que puede ser síntoma de una enfermedad muy grave y que exige hospitalización y exámenes médicos detallados para poder emitir un diagnóstico. El dolor puede ser también síntoma de un mal sin importancia y completamente diferente. ¿Debe el médico decidir no correr un riesgo con el paciente y hospitalizarlo, o debería sugerirle esperar unos pocos días para ver qué sucede? Si el médico es conservador, puede ser acusado de contribuir al problema de la superutilización y si no lo es, de inmoralidad. Está claro que no existe una solución clara para este problema.

Problema 3. Inadecuación

¿En qué forma es posible dar mayor utilidad al seguro de enfermedad? Como hemos visto, las estipulaciones de los contratos de dicho seguro son bastante restrictivas debido a los problemas de tarifación. Una parte relativamente pequeña de los costos médicos totales es sufragada mediante el seguro (ver la Tabla 19-5). Aun cuando es indudable que el seguro no es un método apropiado para pagar el 100 por 100 de las cuentas médicas, es también indudable que puede ser ampliado y que las estipulaciones pueden ser liberalizadas paulatinamente para permitir

la cobertura de un mayor número de enfermedades, establecer límites de responsabilidad más amplios, incluir un mayor número de personas, aumentar los períodos de beneficios de ingreso y dar un trato menos riguroso a las liquidaciones de las reclamaciones.

La lentitud de los aseguradores privados para responder a las presiones para conseguir un seguro de enfermedad más adecuado han determinado la participación del Gobierno en dicho campo. La «Medicare Bill» de 1965 estipula un seguro de cuidado hospitalario obligatorio y servicios médicos voluntarios para personas mayores de sesenta y cinco años (ver Capítulo 24). El programa de seguridad social provee de ingresos por incapacidad relativamente modestos y parece probable que a menos que las entidades privadas logren un progreso sustancial en este área (ver la Tabla 23-1) la cobertura de la seguridad social se extenderá también a este campo.

Muchos observadores piensan que eventualmente se adoptará en los Estados Unidos un sistema de seguro nacional de enfermedad. En ese caso, la industria del seguro privado deberá participar en ese plan por lo que cambiará la naturaleza de su negocio en este seguro. Este ha sido el caso en otros países [12].

Problema 4. Supraseguro

Aunque pueda parecer extraño después de haber hablado de la insuficiencia de los beneficios del seguro de enfermedad, el supraseguro es una realidad y una de las causas de esta deficiencia. El supraseguro tiene dos formas: el seguro de «los primeros pagos» de las reclamaciones (en lugar de los «últimos pagos») y la compra de pólizas múltiples con la esperanza de obtener ganancias a costa de una enfermedad o accidente. Cuando un individuo asegura «los primeros pagos» de beneficio está haciendo uso de las primas del seguro de un modo poco económico, como ya fue analizado en los Capítulos 3 y 4. Esta práctica es especialmente antieconómica en caso de reclamaciones pequeñas y continuas. Los fondos que podrían ser usados para pagar las pérdidas más grandes y catastróficas, lo son para el pago de las más pequeñas, que podrían ser liquidadas incluso directamente por el mismo indi-

[12] Ver U. S. Department of Health, *Education and Welfare, Social Security Administration, Social Security Programs Throughout the World*, 1969, Informe núm. 31 (Washington: U. S. Government Printing Office, 1969) para un resumen de los tipos más importantes de los planes de seguro social en 123 países.

viduo. De esa forma, la demanda de pólizas de seguro de medicina especial ha sido superada por contratos que garantizan el pago de la cuenta completa y no incluyen franquicias.

La compra de pólizas múltiples con el propósito de obtener ganancias de una enfermedad o accidente puede ser hecha en forma deliberada o involuntaria. Por ejemplo, puede ser la consecuencia de una presión de venta excesiva. Propagandas tales como: «Esta póliza paga sus beneficios sobre cualquier otro seguro que usted posea», son muy corrientes. La protección múltiple tiene también su origen cuando un obrero convierte un plan de grupo en uno individual al finalizar sus relaciones con aquél y obtiene luego otra cobertura al incorporarse a otro nuevo grupo.

El supraseguro puede ser controlado en cierta medida mediante estipulaciones adecuadas en las pólizas que limiten la cantidad total recobrable en caso de seguros dobles o concurrentes. En 1962, un grupo industrial estableció un «posible modelo de cláusula de antiduplicidad», de acuerdo con la cual, la póliza definiría los «gastos totales a cubrir» a causa de una enfermedad determinada y las reglas aplicables para pagar las pérdidas. Por ejemplo, la cláusula estipula que el plan que cubre al paciente que depende de un varón pague antes que el que cubre al que depende de una mujer, etc. Mediante éstos y otros métodos es posible atacar el problema del supraseguro, pero quedan aún muchos problemas no resueltos, tales como la forma de tratar los recobros por subrogación, definir el tipo de pólizas que contribuirían a la pérdida, cuál sería «la otra cobertura válida» en caso de pólizas que contengan una cláusula de antiduplicidad. De acuerdo con un experto, «una gran mayoría de las compañías que suscriben seguros de grupo están comenzando a usar, en forma opcional u obligatoria, cláusulas de antiduplicidad [13].

● RESUMEN

1. El seguro sobre la salud o de enfermedad, considerado como un enfoque particular del problema de la incapacidad y la pérdida de ingresos causada por enfermedad y accidentes, ha mostrado una tasa de crecimiento más rápida que cualquier otra modalidad de seguro desde la Segunda Guerra Mundial.
2. Tomando como medida los beneficios pagados, el seguro por gastos de hospitalización representa una mayor cantidad que cualquier otro tipo de seguro de enfermedad, con cerca del 60 por 100 del total pagado en 1969. Los beneficios por contratos de cirugía, de gastos médicos y de ingresos por incapacidad, le siguen en este orden. Los estudios muestran que alrededor del 88 por 100 de las familias poseen algún tipo de seguro de enfermedad, pero que menos del 25 por ciento de los costos totales por pérdida de la salud se pagan a través del seguro. Entre las razones más importantes para este fenómeno se encuentra la de ser una cobertura reciente, las dificultades en el tratamiento adecuado de las pérdidas y el alto costo de los cuidados médicos.
3. Las estipulaciones de estos contratos, tanto de grupo como individuales, suelen ser de interpretación compleja. A menudo existe gran discrepancia entre el significado dado a un mismo término por el seguro y por el profano en la materia. Una lectura cuidadosa de las estipulaciones de las pólizas es un requisito previo para una comprensión del significado de los beneficios, sus limitaciones, las definiciones del riesgo y las pérdidas, el funcionamiento de las franquicias y otros puntos importantes.
4. Una de las dificultades principales del contrato de seguro de enfermedad, desde el punto de vista del asegurado, surge del hecho de que el asegurador se reserva generalmente el derecho a volver a revisar la póliza cada año, para aumentar la prima, eliminar ciertos riesgos de la cobertura o cancelar totalmente el contrato. La única protección firme contra esto es comprar una cobertura no cancelable y con renovación garantizada, con una prima bastante más alta. Hasta que se obtengan estadísticas de mejor calidad en cuanto a enfermedades, es dudoso que se hagan avances en el sentido de ofrecer un contrato vitalicio de cuota fija, como existe en el seguro de vida.
5. Las franquicias y los períodos de carencia de diversos tipos son principios necesarios para mantener los costos del seguro de enfermedad al alcance de la mayoría de los asegurados. Estas limitaciones tienen como

[13] WILLIAM H. WANDEL, *Overinsurance in Health Insurance*, «Journal of Risk and Insurance» (septiembre 1965), p. 433.

misión eliminar las reclamaciones sin importancia, que son costosas de administrar, a la vez que restringen las de elevado importe, las cuales están, al menos en cierta medida, bajo el control del asegurado.

6. Los aseguradores están usando en forma gradual estipulaciones contractuales que impiden que el asegurado reciba más allá de sus gastos reales o su pérdida de ingresos. La prevención del supraseguro y la superutilización de los derechos otorgados por el seguro de enfermedad son algunos de los problemas principales de suscripción.
7. Por causa de diversos factores, principalmente el menor costo y la mayor facilidad de administración, las coberturas de grupo han sido muy populares en el campo del seguro de enfermedad. Los planes de grupo en seguro de hospitalización y cirugía cubren cerca del 75 por 100 de todos los asalariados y obreros a sueldo.
8. Uno de los problemas básicos que queda aún sin solución en el campo del seguro de enfermedad es cómo evitar que el seguro induzca a un aumento incontrolable en el costo del riesgo contra el cual está dirigido. Hasta que ese y otros problemas conexos sean resueltos será muy difícil lograr objetivos tales como un aumento del nivel de los beneficios, su extensión a una esfera más amplia de asegurados, la reducción de las diversas franquicias y la simplificación de la compleja terminología que se hace necesaria en este momento para limitar las coberturas.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. Un autor escribió: «Aun con límites estrictos en el capital asegurado y control de suscripción, parece que los beneficios por incapacidad no pueden ser prometidos por dos razones.»
   (a) ¿Qué es el «control de suscripción»? Dé algunos ejemplos.
   (b) Sugiera dos posibles razones por las que el autor pensó que los beneficios por incapacidad no pueden ser prometidos.

2. Un crítico del seguro de enfermedad afirmó: «Las críticas adversas más importantes que se escuchan o deducen... del seguro de accidentes y de enfermedad... pueden reducirse a cuatro: no cubre adecuadamente el riesgo de incapacidad del hombre medio; trata las incapacidades cubiertas de una manera muy técnica —es decir, con demasiadas restricciones y redactadas en un lenguaje demasiado complejo para que el hombre medio pueda comprenderlas—; su costo es muy elevado; no se puede confiar en él. Todo es una falacia..., y lo es más porque las soluciones son mutuamente excluyentes.»
   (a) Juzgue estas críticas, indicando su idea acerca de lo que el autor quiso decir con cada una.
   (b) ¿De qué forma daría una solución a estos problemas mutuamente excluyentes? Explíquelo.
3. Se ha expresado la opinión respecto de la necesidad de contratos de ingresos por incapacidad de mayor duración: «... aún más alarmante es la afirmación de que "hoy en día las cosas son diferentes". Para este nuevo círculo de asegurados, los aseguradores en general pasan por alto la selección médica y los informes de inspección; hacen caso omiso de la cláusula de ingresos medios y suscriben con excesiva frecuencia riesgos cancelables... No hay seguridad de que una limitación de los beneficios por enfermedad a los nuevos asegurados sea un método de control adecuado cuando exista falta de trabajo y los salarios estén bajos.» ¿Está usted de acuerdo?
4. Se ha dicho que debido a que la mayoría de los trabajadores están cubiertos por compensaciones laborales y por la seguridad social contra pérdida de ingresos, y dado que muchos contratos privados de pérdida de ingresos no contienen la cláusula de ingresos medios o alguna referente a exclusiones por ingresos de seguridad social, puede existir un riesgo moral potencial en este terreno.
   (a) Explique por qué se deduce esta conclusión de la afirmación anterior.
   (b) ¿Es similar la intención de la cláusula de ingresos medios a la de coaseguro en seguros contra incendios? ¿Por qué? En caso contrario, ¿a qué cláusula del seguro contra incendio se asemeja? Explíquelo.

5. Un autor afirmaba que en Gran Bretaña los costos del plan de servicios de salud nacional para el año 1966 equivalía al 33 por 100 de los impuestos sobre la renta personal, al 11,5 por 100 de los impuestos totales y al 3,3 por 100 del producto nacional bruto. Al mismo tiempo, en otros países occidentales el sector de salud absorbió el 5 por 100 del producto nacional bruto. ¿Qué sugieren estas cifras respecto del posible efecto del seguro de salud nacional en el presupuesto federal de U. S. A.?
6. En general, los individuos cubiertos por gastos hospitalarios recuperan una mayor proporción de sus cuentas médicas si son hospitalizados que los individuos cubiertos por gastos regulares o especiales. Las tendencias básicas indican también que un número cada vez mayor de pacientes está siendo hospitalizado, pero que la duración de su permanencia es cada vez menor debido a los avances en tratamientos postoperatorios, ambulación rápida, uso de drogas antibióticas, etc.
   (a) Indique, en relación a las condiciones de la póliza, por qué es más probable que un paciente hospitalizado recobre una mayor proporción de sus cuentas que uno no hospitalizado, suponiendo que ambos poseen seguro.
   (b) ¿Existe alguna conexión entre la existencia del seguro y el hecho de que cada vez son hospitalizados más pacientes? Razónelo.
7. Se estima que cerca del 20 por 100 de los pacientes de un hospital se encuentran muy enfermos y necesitan atención médica intensiva, como, por ejemplo, cuidado continuo de las enfermeras, oxígeno y transfusiones de sangre. Alrededor del 60 por 100 requieren menor atención y un 20 por 100 necesitan poca ayuda, siendo capaces de caminar hasta la cafetería del hospital para comer, cuidarse a sí mismos, etc. ¿Cuál es la consecuencia de esto respecto al costo del seguro de enfermedad?
8. Respecto a los informes de seguro que se exigen para justificar una reclamación, un médico afirmaba: «Una evaluación aproximada... indica que un médico necesita de seis minutos para dictar un informe a su secretaria, y la secretaria, trece minutos para mecanografiarlo, lo cual, junto a otros factores, supone un coste de poco menos de cinco dólares por informe... El costo es casi el mismo para una reclamación de 10 dólares que para una de 500 dólares. Estamos atendiendo un número cada vez mayor de solicitudes de informes médicos... para beneficios que están entre cinco y 25 dólares.» ¿Qué hecho importante, respecto a la compra del seguro de enfermedad, ilustra esta afirmación?
9. Un autor afirmaba: «El supra-seguro significa adquirir seguro con propósitos especulativos más que como un sistema de indemnización por pérdidas.»
   (a) ¿Está usted de acuerdo en que esta afirmación coincide con la expuesta en este libro? Si está de acuerdo, mencione las posibles salvedades que pudiesen ser hechas. Si no, explique su opinión.
   (b) Compare el supra-seguro con la sobre-utilización.
10. (a) ¿Cuáles son los factores más importantes que explican el predominio del seguro de enfermedad de grupo sobre el individual?
    (b) ¿Cuáles de estos factores podrían tener mayor importancia a medida que transcurre el tiempo?
11. Un asegurado, trabajador, posee una póliza de seguro de vida a la que se ha agregado un suplemento de pérdida de ingresos que paga 10 dólares mensuales en caso de que el asegurado se vea incapacitado total y permanentemente. A causa de la diabetes, el asegurado hizo una reclamación por incapacidad total. Su médico diagnosticó que la diabetes estaba bajo control y que su paciente podía realizar un «trabajo ligero». El asegurador rehusó el pago. ¿Considera usted que el asegurado está incapacitado lo suficiente como para recibir los beneficios? ¿Por qué?
12. Un cirujano sufrió una infección en sus dedos y manos y debió cesar en la práctica de su profesión. Hizo una reclamación por incapacidad bajo las estipulaciones de su póliza de seguro de vida, pero le fue denegada. En el juicio que siguió, el asegurador aportó evidencias de que el asegurado lavaba automóviles frecuentemente usando mangueras y trapos y que conducía los autos. Además, se demostró que el asegu-

rado no había hecho ningún esfuerzo para incorporarse a una ocupación productiva. ¿Se deberían pagar beneficios de ingresos por incapacidad en este caso? ¿Por qué?

13. En una propuesta de seguro de hospitalización, el asegurado afirmó que no tenía otro seguro de hospitalización, cuando en realidad poseía varias pólizas similares que rentaban 44 dólares diarios en caso de ser hospitalizado. Al denegar una reclamación, el asegurador afirmó que si el asegurado hubiese dicho la verdad, la compañía no habría suscrito la póliza. El tribunal sostuvo que la respuesta era falsa, pero no afectaba al riesgo, dado que no contribuyó al hecho que ocasionó la reclamación, por lo que el asegurador apeló a un tribunal superior. Decida los resultados de este caso razonando sus opiniones.

14. Un asegurado, «C», tiene una póliza de medicina especial con un límite de 10.000 dólares, una franquicia de 300 y un porcentaje de coaseguro del 75 por 100. Tiene cubierta una reclamación de 14.000 dólares, más la pérdida de salarios por 7.000. La cláusula de beneficios establece: «La compañía pagará beneficios equivalentes al 75 por 100 de los gastos pagados sobre el monto de la franquicia a favor del asegurado víctima de un accidente o enfermedad.» «C» reclama el 75 por 100 de 13.700 dólares, o sea, 10.275, pero el agente alega que no puede recibir más que el 75 por 100 de 9.700, o sea, 7.275 dólares.
    (a) ¿Quién tiene la razón? ¿Por qué?
    (b) ¿Qué nos ilustra este ejemplo respecto a los posibles abusos en los contratos de seguro de medicina especial? Explíquelo.

15. Cierto periódico anuncia una póliza de seguro de salud que pagará 25 dólares semanales en caso de incapacidad causada por ciertos accidentes. Se concede un beneficio en un solo pago de 1.000 dólares en caso de muerte accidental por causas específicas. La prima anual es de un dólar 50 centavos. ¿Qué preguntas haría usted antes de comprar esta póliza?

16. Se anuncia cierta póliza como no cancelable, pero al ser examinada se lee en el encabezamiento: «Esta póliza es renovable solamente a opción de la compañía.» ¿Son congruentes estas dos estipulaciones?

17. Establezca la diferencia entre un período de carencia y uno de eliminación en una póliza de seguro de enfermedad. ¿Cuál es el propósito de estas cláusulas?

18. ¿Por qué existe en un contrato de seguro de grupo el requerimiento de determinar el nivel de beneficios de un empleado de acuerdo con algún factor, tal como el nivel de ingresos, la posición en la firma o su período de servicio?

19. «En algunos aspectos, las estipulaciones referentes al empleado en el seguro de grupo son más favorables que en contratos individuales, pero se permite una menor flexibilidad.» Explique esta afirmación.

20. Las sugerencias siguientes han sido presentadas como posibles métodos para controlar la tendencia de elevación de costos del seguro de medicina especial:
    (a) Exigir una mayor franquicia de coaseguro a asegurados con elevados ingresos.
    (b) Excluir el pago de costos cubiertos por otras pólizas.
    (c) Exigir una cláusula de subrogación.
    (d) Limitar el tratamiento siquiátrico a, por ejemplo, 50 visitas anuales, con un 50 por 100 de coaseguro.
    (e) Aplicar una franquicia adicional respecto a drogas.

    Explique cuál cree que es el propósito de cada una de estas propuestas y evalúe su eficacia.

24

Seguro Social

Hasta ahora nos hemos ocupado preferentemente de los enfoques privados al problema de la inseguridad económica. Las agencias públicas se ocupan también de los problemas de la muerte prematura, pérdida de la salud, dependencia de las personas de edad y el desempleo, que son los cuatro riesgos principales que ponen en peligro la seguridad económica de un individuo. Los organismos públicos usan diversos métodos para abordar estos problemas, pero este capítulo explicará solamente el método del seguro.

Se supone de forma implícita que una institución de seguros acumula un fondo depositado con anterioridad con el propósito de financiar las pérdidas. Sin embargo, no todos los planes gubernamentales para solucionar las necesidades de seguridad personal se ciñen a las exigencias de este supuesto; el Estado se hace cargo de los costos a medida que éstos surgen, usando los impuestos recaudados. Por otra parte, un plan estatal con el propósito de financiar los beneficios de desempleo mediante el pago de una cuota por parte de cada empresario, que es en parte responsable del riesgo en cuestión, se ajusta en general a la definición de seguro social. No obstante, existen ciertas diferencias que caracterizan al seguro social en comparación al privado. Los tipos de seguro social analizados en este capítulo incluyen: seguro de vejez, de supervivencia, de incapacidad y de salud

(OASDHI) *, incluyendo «Medicare»; seguro de accidentes de trabajo; seguro de desempleo, y seguro de incapacidad temporal.

DEFINICION DEL SEGURO SOCIAL

Para decidir si un plan corresponde o no a lo que se entiende por «seguro social», es útil examinar la definición dada por el Comité de Terminología de Seguro Social (Committee on Social Insurance Terminology) [1]; ésta dice que es «un método de agrupar los riesgos mediante su transferencia a una organización, generalmente gubernamental y exigida por la ley para proveer beneficios pecuniarios o de servicios a, o a nombre de aquellas personas cubiertas contra el acaecimiento de ciertas pérdidas definidas de antemano y de acuerdo a las siguientes condiciones». La definición procede seguidamente a enumerar ciertas condiciones tales como la obligatoriedad, la no exigibilidad de demostrar la existencia de necesidades como una condición para recibir beneficios generados por las contribuciones de los individuos cubiertos o sus empresarios, la participación gubernamental en el plan y otras materias.

El Comité advierte que algunos planes considerados como «seguro social» no podrían serlo de acuerdo con esta definición. Por ejemplo, el «British National Health Service» (Servicio Nacional de Salud Británica) no podría ser considerado como seguro social debido a que es financiado con impuestos pagados por el público en general y no por los individuos cubiertos o sus empresarios y a que el derecho a recibir beneficios no se basa en las contribuciones de los individuos cubiertos. El Servicio Nacional de Seguro de Vida («National Service Life Insurance») y el Seguro Federal de Granos («Federal Crop Insurance») administrados por el Gobierno de los Estados Unidos, no son planes de seguro social porque, entre otros aspectos, no son obligatorios.

TEORIA DEL SEGURO SOCIAL

Los planes de seguro social tienden a ser introducidos cuando existe algún problema social que requiere de la intervención del Gobierno para su solución y en que se considera que el método

* Nota del editor.—Las siglas OASDHI responden a las iniciales de Old-Age, Survivors, Disability y Health Insurance.

[1] Committee on Social Insurance Terminology, Boletín, Commission on Insurance Terminology, Asociación Americana de Riesgo y Seguro (American Risk and Insurance Association) (mayo de 1965), p. 2.

del seguro es el más apropiado. Un problema social es una condición o circunstancia que la sociedad como un todo encuentra indeseable y cuya solución se encuentra generalmente fuera de las posibilidades del individuo. Algunos ejemplos de ello son los problemas de criminalidad, de pobreza, de desempleo, de trastornos mentales, de mala salud, de dependencia de los hijos o los ancianos, el uso de drogas, los accidentes laborales, el divorcio y los problemas económicos de una cierta clase laboral, como los obreros agrícolas. El seguro no es un método adecuado para solucionar muchos de estos problemas, dado que el riesgo no es accidental, fortuito o previsible. En otros casos, es posible que el seguro sea una posibilidad, pero debido a la naturaleza catastrófica del problema (como es el caso del desempleo), los aseguradores privados no pueden asumir la responsabilidad de suscribir contratos debido a la falta de capacidad económica. Esto significa que, si se han de usar los métodos del seguro como una solución a ciertos problemas, las agencias gubernamentales deberán administrar o financiar el plan de seguro.

Por lo tanto, la justificación del seguro social se encuentra en el hecho de que algunas modalidades de seguro no pueden ser o no son llevadas a cabo por los aseguradores privados sin la ayuda del Gobierno. Estas tareas se refieren a problemas sociales que alcanzan una magnitud tal que no pueden ser ignorados. Los problemas económicos involucrados en el seguro social son tales que es necesaria la acción gubernamental para resolver las dificultades legales, contribuir a la financiación, introducir un elemento de fuerza y organizar o proporcionar otros elementos necesarios en una fórmula de seguro que debe ser coronada por el éxito. A pesar de la lentitud de los Estados Unidos para comenzar a trabajar en el campo del seguro social [2], la actividad se ha desarrollado muy rápidamente desde la

[2] Por ejemplo, Alemania aprobó el primer estatuto moderno de accidentes de trabajo en 1884 con el patrocinio de Von Bismarck. Fue considerado como un método para contrarrestar la fuerza cada vez mayor del Partido Socialista Alemán. Inglaterra la siguió en 1897. Es interesante que en la actualidad muchos observadores de los Estados Unidos consideran la legislación de seguridad social como un precursor y no como una medida contraria al socialismo. La mayoría de las naciones occidentales han adoptado diversas formas de seguro social, muchas de las cuales son más completas que las existentes en los Estados Unidos. Por ejemplo, se estima que en 1960 los costos relativos de seguridad social (en la forma en que ha sido definida) en 22 naciones eran mayores que en los Estados Unidos, que usó el 6,2 por 100 del PNB en seguro social. La República Federal Alemana estaba a la cabeza con el 16,1 por 100 mientras que el gasto mínimo correspondió a las Filipinas con sólo el 1,1 por 100

aprobación de la legislación federal de seguridad social en 1935. Como lo muestra la tabla 5-1, el ingreso por cuotas para todos los aseguradores gubernamentales alcanza ya a casi los tres cuartos del nivel de ingresos de todos los aseguradores privados. Desde otro punto de vista, se aprecia la importancia del seguro social por el hecho de que en 1971 había más de 17 millones de jubilaciones cubiertas por OASDHI, más de 2,7 millones por incapacidad y alrededor de 2 millones de beneficiarios del seguro de desempleo [3]. Alrededor de cinco de cada seis individuos de edad están percibiendo beneficios de OASDHI. La Tabla 24-1 muestra el aumento relativo de los gastos de seguro social y subsidios públicos («public welfare») durante el período de ochenta años que finalizó en 1970. Del examen de la Tabla 24-1 se sacan las siguientes conclusiones:

Tabla 24-1

GASTOS EN PROGRAMAS PUBLICOS PARA SUBSIDIOS SOCIALES

(1890-1970)

Año	Total «per capita» (dólares)	Porcentaje del Producto Nacional Bruto				
		Total	Seguro Social	Ayuda Pública	Programas de ayuda médica y de salud	Otros (1)
1890	—	2,4	—	0,3	0,1	2,0
1913	—	2,5	—	0,3	0,4	1,8
1929	32	3,9	0,3	0,1	0,3	3,2
1940	66	9,2	1,3	3,8	0,6	3,5
1950	153	8,9	1,9	0,9	0,8	5,3
1960	286	10,5	3,9	0,8	0,9	4,9
1970 (2)	688	15,0	5,7	1,7	1,0	6,6

Fuente: A. M. SKOLNIK and S. R. DALES, *Social Welfare Expenditures*, 1960-1970, «Social Security Bulletin» (diciembre de 1970), p. 9.

(1) Incluye programas de ayuda a veteranos y de educación.
(2) Estimaciones.

del PNB. Ver WERNER HASENBERG, *Relation of Social Security Expenditures to Gross National Product in 45 Countries*, «Social Security Bulletin» (junio de 1965), p. 30.

[3] *Social Security in Review*, «Social Security Bulletin» (septiembre de 1971), p. 28. Información actualizada se publica cada mes.

En primer lugar se nota un crecimiento continuo en la cantidad relativa del producto nacional bruto que se destina al pago de los seguros sociales y subsidios en los Estados Unidos. Esta cantidad constituye actualmente el 15 por 100 del PNB. Aun cuando no es posible llamar a los Estados Unidos «un Estado de subsidios», parece que se camina en esa dirección. En segundo lugar, existe una tendencia aparente a preferir el seguro social a otros métodos para transferir los pagos de los contribuyentes a otros sectores de la población. Cuarenta años atrás, el seguro social representaba sólo el 0,3 por 100, comparado con el 5,7 por 100 en 1970. Otras clases de subisidio público no han mostrado la misma tasa de crecimiento.

En tercer lugar, sin el crecimiento relativo de los programas de seguro social, que proveen de medios formales para que la sociedad haga frente a ciertos costos sociales, se habrían adoptado otras técnicas, como la ayuda pública. La certeza de recibir los beneficios puede ser considerada por una mayoría como suficiente justificación de los costos de administración del sistema de seguro. Sin el seguro social, la sociedad estaría aún en la etapa de buscar un alivio a sus problemas mediante la caridad pública o privada o haciendo que los parientes soportasen la carga de los afectados. La sociedad ha elegido la solución de hacerse cargo de estos problemas mediante el sistema de seguro como solución más justa. Así, el propósito básico del seguro social es el de dar una protección contra aquellos riesgos que están fuera del control del individuo o de un grupo de individuos organizados por una compañía de seguros privada. En una economía industrializada, problemas como el de la dependencia durante la vejez, la mala salud y el desempleo se encuentran más allá de las posibilidades de cualquier individuo que intente resolverlos. Ya no se acepta el razonamiento de que el individuo es el único responsable por su desempleo y por lo tanto debe soportar todas las consecuencias. También puede estar más allá de su capacidad la planificación de su vejez a causa de problemas generales de la economía que escapan a sus previsiones.

Programas internacionales

El seguro social ha sido aceptado en todo el mundo como un método adecuado y adaptable de forma universal para hacer frente a varios de los problemas económicos y sociales, en especial en los países industrializados. La tabla siguiente, pre-

sentada por la Administración de Seguridad Social de U. S. A., muestra los tipos más importantes de programas que existen en el mundo y su crecimiento durante los últimos treinta años. Los programas diseñados para hacer frente a los accidentes del trabajo son los de adopción más generalizada y los menos usados, los de seguro de desempleo. En 1962, 123 naciones (de un total de 132 países independientes) informaron de la adopción de uno o más de tales programas, cuyo total se ha más que duplicado en los últimos treinta años.

Tipo de programa	Número de países		Porcentaje de crecimiento
	1940	1969	
Cualquier programa	57	123	116
Accidentes del trabajo	57	120	110
Vejez, invalidez y sobrevivencia ...	33	97	194
Enfermedad y maternidad	24	68	183
Asignación familiar	7	62	786
Desempleo	21	34	62

Fuente: U. S. Social Security Administration, *Social Segurity Throughout the World*, 1969 (Washington: U. S. Government Printing Office 1970). Los porcentajes son calculados.

Algunos de los puntos más importantes de la recopilación obtenida por la Administración de Seguridad Social son:

1. Alrededor del 80 por 100 de los programas usan el seguro social como una protección contra las pérdidas de ingreso causadas por la vejez, la muerte o la incapacidad. Siete países tienen programas de pensión absoluta, es decir, independiente de si una persona ha pertenecido o no al sector laboral.
2. Las contribuciones a los programas de pensión (combinación de empresarios y empleados) varían del 3 por 100 a más del 30 por 100 de la cantidad de los pagos efectuados.
3. Catorce países (Chile, Uruguay, Bélgica, Holanda, Argentina, Austria, Francia, Italia, Suecia, Canadá, Finlandia, Dinamarca, Noruega y Alemania Occidental) reajustan los beneficios en forma automática de acuerdo con el costo de la vida y los índices de salario nacionales para reflejar el cambio en los niveles de vida.

4. Se encuentran variaciones interesantes entre los programas. El sistema de Alemania Occidental estipula el pago de sueldos por el trabajo temporal de los agricultores que tienen derecho a gozar de tres semanas de vacaciones. En Suecia, las amas de casa con hijos dependientes pueden recibir beneficios durante una vacación anual. En Libia, donde se acepta la poligamia, el sistema divide los beneficios del obrero fallecido hasta entre cuatro viudas.
5. En 68 países existen programas de salud por enfermedad y embarazo que conceden beneficios en dinero y servicios médicos.
6. Los programas que conceden asignaciones a familias con hijos han mostrado un crecimiento espectacular, especialmente a partir de la Segunda Guerra Mundial. La mayoría de los programas continúan los pagos hasta que el hijo alcanza los quince o dieciocho años de edad, pero en la Unión Soviética el pago cesa cuando el hijo alcanza los cinco años.
7. La mayoría de los programas de seguro de desempleo fueron iniciados antes de la Segunda Guerra Mundial y sólo unos pocos se han establecido desde entonces. En general es posible atribuir esto al alto nivel de empleo existente en el mundo. Normalmente se excluyen los trabajadores agrícolas.

Seguro social frente a seguro privado

Es posible ayudar a comprender las coberturas del seguro social mediante una exposición de las diferencias básicas entre estos métodos y los usados por las empresas privadas.

Obligatoriedad. La mayoría de los planes de seguro social están caracterizados por un elemento de obligatoriedad. Dado que los planes de seguro social se preparan para resolver algún problema social, es necesaria la cooperación de cada uno de los afectados. Así, si un empresario actúa legalmente, él y sus empleados deben estar cubiertos por una compensación laboral o un seguro de desempleo.

Nivel fijo de beneficios. En los planes de seguro social hay poca elección, si la hay, para elegir un nivel concreto de beneficios. De esta manera, aun si lo desea, un empleado no puede adquirir un seguro mayor o menor que el ofrecido por el plan. Todos los individuos cubiertos gozan del mismo esquema de beneficios, que puede variar de acuerdo con la cuantía del salario medio, tiempo de servicio o posición laboral. En cambio, en los

seguros privados es posible comprar el seguro que se desee y en la cuantía que se estime más oportuna.

El concepto de protección mínima. Un principio básico del seguro social en un sistema de empresa privada es que tiende a proveer de una seguridad económica mínima contra aquellos riesgos que puedan interrumpir los ingresos. Este principio, que se conoce como el de «protección mínima», no se observa en forma estricta en todos los casos, pero aun así constituye el aspecto fundamental de la mayoría de las coberturas de seguro social en los Estados Unidos. Por ejemplo, en los seguros de accidentes de trabajo, un obrero recibe normalmente un cuidado médico completo; pero de acuerdo con la mayoría de las leyes existentes en los Estados, recibe menos de la mitad de su ingreso durante el período en que se encuentra incapacitado. De acuerdo a la legislación de 1972 sobre seguridad social, un obrero que reciba un ingreso neto medio anual de 7.800 dólares no puede recibir, al jubilarse, más de 331 mensuales, o en caso de ser una mujer dependiente, más de 496,60 dólares mensuales. Se supone que ha tomado algunas precauciones, mediante la contratación de seguros privados, si desea un nivel de ingresos más adecuado que el ofrecido por la seguridad social. El propósito de los planes de seguridad social es dar a todas las personas que lo merecen una protección mínima, pensando en que es posible proveer una protección más adecuada mediante la iniciativa privada, y que esto de hecho se hace. De esa manera se mantiene el principio de la «ayuda a sí mismo» vital en un sistema de libre empresa.

El concepto de subsidio. Todos los esquemas de seguro incluyen un elemento de subsidio, según el cual las pérdidas sufridas por los desafortunados son compartidas con aquellos que no las han sufrido. En los seguros sociales se establece de antemano que un grupo asegurado no pagará por sí mismo, sino que recibirá un subsidio de otros grupos de asegurados o del público contribuyente en general. De esta manera, cuando fueron introducidos los beneficios de jubilación en la legislación de seguridad social, muchos individuos que trabajaron solamente un mínimo de un año y medio recibieron una pensión vitalicia por un valor muy superior a las cuotas pagadas por ellos y sus empresarios. Es obvio que los trabajadores más jóvenes estaban subvencionando a los más viejos y aún lo están haciendo. La mayoría de los planes de seguro social se nutren en parte de los ingresos resultantes de los impuestos si las contribuciones de los trabajadores cubiertos no son suficientes.

Imposibilidad de predecir la pérdida. Por diversas razones, no siempre es posible predecir con exactitud el costo de los beneficios de seguro social. Por lo tanto, dicho costo es inestable. Por ejemplo, en una época de depresión, el desempleo puede aumentar a niveles muy altos, causando gastos inmensos que pueden poner en peligro la solvencia del fondo de compensación de desempleo. Los beneficios de vejez dependen, de acuerdo a la seguridad social, de aspectos tan difíciles de predecir como las tasas futuras de crecimiento de la población, el nivel general de las oportunidades de empleo para el anciano, la proporción de viudas que preferirán trabajar antes de recibir beneficios a los sesenta y dos años, y el nivel salarial medio del trabajador a lo largo de sus años activos.

El imponer condiciones al derecho de recibir los pagos no caracteriza al seguro privado, pero sí al seguro social. En un contrato de seguro de vida, el trabajador puede optar por dedicar los valores monetarios al jubilarse para la compra de una anualidad variable de capital fijo, independientemente de su posición laboral; en un contrato privado de pérdidas de ingreso, el trabajador recibe un beneficio definido si se encuentra incapacitado, pero en el caso de la compensación laboral sus beneficios pueden depender del valor de sus ingresos medios, del número de dependientes o de si está capacitado para iniciar una acción legal contra el responsable de su pérdida.

Es posible argumentar que no es correcto poner condiciones para recibir los beneficios del seguro social, de acuerdo con el principio de que tales beneficios se reciben como una cuestión de derecho. Sin embargo, un trabajador asegurado no posee derechos irrenunciables, salvo el que le da la ley de seguro social bajo la que encuentra protección. Su derecho puede y probablemente es condicional. El hacerlo de otra forma podría significar que algunos recibirían pagos que en realidad no necesitan y en cuyo caso los costos aumentarían u otros se verían privados de un ingreso que es su única fuente de sustento. Una de las ventajas básicas del seguro social es su flexibilidad, lo que permite a los más necesitados recibir una mayor proporción de ingresos que aquellos que por su posición económica no lo necesitan tanto.

Contribuciones exigidas. Para poder clasificar un programa público como seguro social, es necesaria la contribución directa o indirecta de la persona cubierta, de su empresario o de ambos. Por lo tanto, el seguro social no incluye los programas de asistencia pública de acuerdo a los cuales la persona cubierta recibe

simplemente donativos y debe demostrar que es incapaz de pagar por éstos por sí misma. Esto no significa que el beneficiario del seguro social debe pagar todos los gastos por sí mismo, sino que debe hacer alguna contribución al programa o si no éste pierde su carácter de seguro social para convertirse en caridad pública. Por ejemplo, los pagos de subsidio por hijos dependientes estipulados en la ley de Seguridad Social no serán considerados como una forma de seguro social, en el sentido usual del término, aun cuando éstos se hagan para resolver un problema social que podría haber sido afrontado mediante el seguro.

Calidad de miembro de la población laboral. Aun cuando éste no es un principio necesario del seguro social, la mayoría de los planes cubren solamente a aquellos grupos que han pertenecido o son miembros de la masa laboral. En cambio, los contratos de seguro privados se suscriben sin importar la posición laboral del individuo. La razón básica de este aspecto del seguro social es que casi todos los planes de seguro gubernamentales están orientados a aquellos riesgos que interrumpen un ingreso económico.

La exigencia de pertenecer a la masa laboral ha sido objeto de críticas frecuentes por parte de quienes desean una expansión del seguro social. Entre las preguntas que se formulan destacan las siguientes: «¿Cuál es la situación del jefe de familia desempleado pero que no tiene derecho al seguro de desempleo porque no ha trabajado durante un tiempo suficientemente largo, o no ha tenido un empleo cubierto? ¿Cuál es la situación del individuo desempleado que se lesiona mientras busca empleo y no tiene derecho a compensación laboral por no estar empleado en ese momento y por lo tanto no ha sido víctima de un accidente de trabajo? Estos representan puntos problemáticos que aún no han sido considerados por el seguro social, pero que pueden ser estudiados por otros medios, ya sean privados o públicos.

SEGURO DE VEJEZ, DE SUPERVIVENCIA, DE INCAPACIDAD Y DE SALUD

El programa de Seguro de Vejez, Supervivencia, Incapacidad y Salud (OASDHI) es el único plan de importancia que está

financiado y administrado por el Gobierno federal[4]. OASDHI constituye uno de los elementos básicos de la ley de Seguridad Social aprobada en 1935. Los otros programas son: (1) plan de ayuda a los Estados para asistencia a los ancianos, ciegos, inválidos en forma total y permanente, hijos dependientes y pobres («Medicaid»); (2) plan de ayuda a los Estados para servicios de maternidad y subsidio por los hijos; (3) plan de ayuda a los Estados para la administración de los fondos estatales de compensación por desempleo; y (4) seguro médico y hospitalario para las personas mayores de sesenta y cinco años. Los primeros dos planes de ayuda se conocen a menudo como de subsidio público; el tercero como el programa de seguro de desempleo, y el cuarto como «Medicare».

Beneficios del OASDHI

Aun cuando el nivel y el tipo de beneficios han cambiado a menudo bajo el OASDHI, es instructivo examinar los aspectos básicos de éstos para lograr comprender en forma adecuada la ley en sí misma. Los beneficios son de cuatro clases: jubilación, incapacidad, supervivencia y asistencia médica y hospitalaria para ancianos. El estudio siguiente se basa en la versión de la ley de Seguridad Social tras la modificación de 1972.

Beneficios de jubilación. La base de los pagos de beneficios de OASDHI es la cantidad mínima de seguro que percibe un trabajador asegurado. El beneficio mensual, basado en el salario mensual medio del trabajador, tiene un mínimo de 84,50 dólares y un máximo de 354,50 dólares. (El beneficio real se determina de acuerdo a una tabla reglamentaria.) La fórmula usada para calcular el beneficio mensual concede una importancia casi tres veces mayor a los primeros 110 dólares de ingreso mensual medio que a los ingresos restantes. De esta manera quien recibe un salario bajo tiene un trato más favorable que el que tiene un ingreso alto. La tabla 24-2 presenta los beneficios mensuales de jubilación para diferentes combinaciones de grupos familiares. A partir de 1972, los beneficios se determinan de acuerdo a una fórmula de costo de la vida.

[4] El seguro de desempleo tiene, en parte, financiación federal, pero está administrado por el Estado. El seguro de accidentes de trabajo y el de incapacidad temporal son dos planes administrados y financiados por el Estado. El seguro de salud para la vejez está administrado por aseguradores privados bajo contrato gubernamental.

Antes de poder recibir estos beneficios hay que presentar un comprobante de jubilación. Esta declaración se expresa en términos de los ingresos obtenidos en cualquier empleo o, por empleo propio después de la jubilación. Es posible obtener un ingreso anual de 2.100 dólares y recibir el beneficio complementario. Si los ingresos son superiores a esta cantidad, los beneficios se reducen. Se retiene un dólar de beneficios por cada dos de ingresos. Sin embargo, no existen franquicias por aquellos meses en que el ingreso no superó los 175 dólares o los servicios por empleo propio no fueron suficientes.

Beneficios de incapacidad. En 1956 el Congreso modificó la ley de Seguridad Social para proveer de ingresos por incapacidad a los trabajadores asegurados víctimas de invalidez entre los cincuenta y sesenta y cuatro años de edad. Los dependientes del inválido tuvieron también beneficios a partir de 1958. En 1960, el Congreso modificó la ley para asegurar el pago de beneficios de incapacidad a los trabajadores, independientemente de su edad y a sus dependientes. El ingreso de incapacidad es igual al capital de seguro básico del individuo, aumentando los beneficios si el trabajador tiene dependientes. Cada uno de los dependientes recibe la mitad del beneficio básico con un máximo por familia.

Para demostrar la incapacidad debe existir evidencia médica de que el asegurado es incapaz de realizar ninguna actividad productiva. Existe un período de carencia de cinco meses y la incapacidad debe tener una duración mínima de doce meses Así, una enfermedad que se extiende por un período mayor a seis meses, pero que no alcanza al año, no recibe compensación de acuerdo con la ley. Esto demuestra el hecho de que el seguro social no reemplaza al seguro privado, sino que simplemente lo complementa.

Beneficios de supervivencia. OASDHI concede cantidades importantes de seguro de vida de acuerdo a las estipulaciones sobre supervivencia. El valor de los beneficios de seguro de vida previstos por OASDHI es importante, aun cuando no puede ser determinado con exactitud debido a la naturaleza condicional de éstos. Por ejemplo, la tabla 24-2 muestra que una viuda con dos hijos, cuyo marido recibía un salario medio anual de sólo 3.000 dólares, recibirá un beneficio mensual de 267,30 dólares.

El beneficio es pagadero hasta que el hijo menor tenga die-

Tabla 24-2
BENEFICIOS BAJO OASDHI (expresados en dólares)

Ingresos anuales medios después de 1950 (*)	923 o menos	3.000	4.200	5.400	6.600	7.800	9.000
Trabajador jubilado mayor de sesenta y cinco años o incapacitado menor de sesenta y cinco años	84,50	174,80	213,30	250,60	288,40	331,00	354,50
Mujer mayor de sesenta y cinco años	42,30	87,40	106,40	125,30	144,20	165,50	177,30
Obrero jubilado a los sesenta y dos	67,60	139,90	170,70	200,50	230,80	264,80	283,60
Mujer a los sesenta y dos, sin hijos	31,80	65,60	80,10	94,00	108,20	124,20	133,00
Viuda a los sesenta	73,30	125,10	152,60	179,30	206,30	236,70	253,50
Viuda o viudo a los sesenta y dos	84,50	144,30	176,00	206,80	238,00	273,10	292,50
Viuda inválida a los cincuenta	51,30	87,50	106,80	125,50	144,30	165,60	177,30
Mujer menor de sesenta y cinco, un hijo	42,30	92,50	157,40	217,30	233,90	248,30	265,90
Madre viuda con un hijo	126,80	262,20	320,00	376,60	432,60	496,60	531,80
Madre viuda con dos hijos	126,80	267,30	370,70	467,90	522,30	579,30	620,40
Un hijo de un trabajador jubilado o incapacitado	42,30	87,40	106,70	125,30	144,20	165,50	177,30
Un hijo sobreviviente	84,50	131,10	160,00	188,00	216,30	248,30	265,90
Máximo familiar	126,80	267,30	370,70	467,90	522,30	579,30	620,40

Fuente: U. S. Social Security Administration.

(*) Efectivo desde septiembre de 1972. En general, los ingresos medios cubiertos por la seguridad social se consideran desde 1951 hasta que el trabajador es víctima de la incapacidad, se jubila o muere. El beneficio máximo para un obrero jubilado en 1972 fue de 259,40 mensuales, basado en un ingreso medio de 5.562. Los beneficios más altos mostrados en la Tabla, basados en los ingresos medios que se muestran en las columnas de la derecha, no son pagaderos hasta más adelante. Dado que las tasas y beneficios de la seguridad social cambian frecuentemente, la Administración de Seguridad Social puede ser consultada si se desean las tasas exactas en uso.

ciocho años y la viuda tiene derecho a un beneficio de jubilación de 144,30 dólares al alcanzar los sesenta y dos años. Supongamos que al morir el marido la viuda tiene cuarenta años y dos hijos de diez y doce años. Su beneficio será de 267,30 dólares por seis años y 262,20 por dos años. A los sesenta y dos años tendrá derecho a un beneficio de jubilación vitalicio de 144,30. No es posible afirmar que el mercado de seguros de vida ha sido saturado por la seguridad social, dado que los beneficios totales concedidos por la ley de Seguridad Social representan sólo una pequeña parte del ingreso recibido por una familia media. En 1970, los pagos por beneficios de jubilación efectuados por el fondo de OASDHI alcanzaron a cerca de 38,5 mil millones de dólares, comparado con los 16,4 mil millones pagados por los aseguradores de vida privados en beneficios de vida y defunción.

Las familias recibieron cerca de 55 mil millones de dólares en 1970 de OASDHI y de las compañías de vida privadas, lo que equivalía a sólo el 8 por 100 de su ingreso disponible para ese año (688 mil millones). Considerado desde otro punto de vista, se puede afirmar que si la protección combinada de OASDHI y el seguro de vida corresponden a cerca de 50.000 dólares para una familia media, se ha provisto de una buena base de cobertura pero la necesidad total está lejos de ser satisfecha ya que el valor actual de los ingresos futuros del jefe de familia medio son muy superiores a 50.000 dólares. La suma de 50.000 representa solamente unos cinco años de ingreso disponible para la familia media, insuficiente para reemplazar la protección del ingreso perdido por la muerte prematura del jefe de familia.

Seguro de salud para los ancianos. De acuerdo con las enmiendas de 1965 a la Ley de Seguridad Social, el Congreso dio un gran paso adelante al extender el alcance del sistema de seguridad social en los Estados Unidos. Por primera vez se diseñó un programa para hacer frente a las necesidades, cada vez mayores, de seguro de salud para las personas mayores de sesenta y cinco años. Surgieron dos problemas básicos: un plan de hospitalización obligatoria y un plan médico voluntario.

Seguro hospitalario. El plan de seguro hospitalario concede los siguientes beneficios a las personas mayores de sesenta y cinco años: (1) Servicios hospitalarios por un máximo de noventa días durante cada período de beneficio. El paciente debe contribuir con una franquicia de 72 dólares durante los primeros sesenta días y debe pagar dieciocho diarios entre los sesenta y noventa días. (2) Cuidado extensivo por un máximo de cien días

en una institución calificada. Después de veinte días el paciente pagará nueve dólares diarios durante los ochenta días restantes. (3) Servicios médicos posteriores a la hospitalización por un máximo de 100 visitas después de haber sido dado de alta del hospital o de la institución de cuidado intensivo. Se considera que el período de beneficio comienza cuando el individuo ingresa al hospital y termina cuando se ha suspendido el tratamiento hospitalario o del centro de cuidado extensivo por sesenta días consecutivos. Las cantidades que se aplican a las coberturas anteriores son equiparadas a los costos hospitalarios y aumentan junto con éstos. El financiamiento de los nuevos programas de seguro hospitalario se logra mediante la contribución de los empresarios y los empleados, en base a unos ingresos anuales de hasta 10.800 dólares, aumentando en forma periódica desde el 0,60 por 100 de los ingresos en 1972 hasta el 1,45 por 100 en 1986.

Seguro médico. Este plan de seguro cubre los servicios médicos, servicio de salud a domicllio y otros varios servicios similares dentro y fuera de las instituciones pertinentes. La cobertura es voluntaria y cada persona mayor de sesenta y cinco años puede optar a una internación por un período de siete meses, que comienza tres meses antes de alcanzar los sesenta y cinco años. La cuota es de 5,80 dólares mensuales, cantidad que es pagada por el Gobierno Federal con fondos generales. El plan paga el 80 por 100 de las cuentas del paciente sobre una franquicia anual de 60 dólares. Los gastos cubiertos incluyen visitas a las consultas y a domicilio, diagnóstico de rayos X y exámenes de laboratorio, servicio de ambulancias, vendajes y entablillados quirúrgicos, alquiler de equipos médicos y aparatos de prótesis. La cobertura por servicios mentales o siquiátricos se limita a 250 dólares o el 50 por 100 de los gastos durante cualquier año, dependiendo de cuál sea la cantidad menor. A partir de julio de 1972, la protección de «Medicare» está a disposición de cualquier individuo que ha estado incapacitado por veinticuatro meses o más (y que esté recibiendo beneficios de OASDHI).

La administración del plan de seguro médico está encargada a aseguradores privados con contrato con el Gobierno. Los cuerpos administrativos deben encargarse de mantener los costos médicos a un nivel razonable.

Los gastos que no están cubiertos por los nuevos planes de seguro médico y hospitalario para las personas de edad son los siguientes: revisiones médicas de rutina, anteojos, aparatos au-

ditivos, servicios de enfermeras privadas, cuidados de vigilancia, servicios adicionales en hospitales, como teléfono o televisión, y medicinas que no han sido prescritas por un médico. Se puede apreciar que la combinación del seguro hospitalario y médico bajo el nuevo programa ofrece una cobertura muy completa y elimina en gran medida la necesidad de un seguro privado para cubrir las pérdidas causadas por la salud o la edad.

Situación del asegurado

Las cláusulas de beneficio se aplican solamente si el trabajador está «asegurado totalmente» o «cubierto por el seguro» de acuerdo con la ley. Un trabajador está «totalmente asegurado» después de pasar algunos reconocimientos; una vez alcanzada esta situación, él y sus dependientes tienen derecho a gozar de ciertos beneficios. Si un trabajador fallecido no cumple con las exigencias para estar totalmente asegurado, pero sí con las precisas para estar asegurado en forma común, se pagarán beneficios mensuales a su viuda e hijos durante el período en que la viuda tenga a su cargo a un menor de edad.

Una persona está totalmente asegurada si cumple con alguno de los siguientes requisitos:

1. Ha trabajado en empleos cubiertos por seguro durante diez años.
2. Con un mínimo de seis trimestres, la persona ha trabajado en empleos cubiertos por el seguro durante al menos la cuarta parte de los trimestres naturales transcurridos desde que comenzó a trabajar hasta su jubilación, dependiendo de cuál sea el hecho que ocurra antes.

Generalmente se asigna un trimestre de cobertura si el trabajador ha recibido al menos 50 dólares en cualquier trimestre natural. (Para el caso de trabajadores autónomos o del campo se aplican criterios diferentes.) Así, si la fecha de comienzo de un trabajador es el 1 de enero de 1967, se convertirá en totalmente asegurado por OASDHI si trabaja continuamente en un empleo cubierto durante al menos un cuarto de los trimestres transcurridos hasta su muerte o jubilación. Una vez que ha completado diez años de trabajo se convierte en asegurado total, independientemente de cuántos años más trabaje. Hay que hacer notar que el «estar asegurado» no tiene relación alguna con el cálculo de beneficios. La condición de asegurado es simplemente un requisito previo para tener derecho a cualquier beneficio.

Un trabajador está asegurado normalmente si ha trabajado en un empleo cubierto durante al menos seis de los últimos trece trimestres, incluyendo aquel en que fallece o en el que adquiere sus derechos a recibir beneficios.

Financiamiento del programa de OASDHI

Este programa es financiado mediante un impuesto conjunto al empleado y al empresario por la misma cantidad. En sus comienzos, el empleado pagaba el 1 por 100 de impuesto sobre los primeros 3.000 dólares de ingreso anual, pero esta base ha sido aumentada paulatinamente hasta que la enmienda de 1972 la elevó a 10.800 dólares en 1973, 12.000 en 1974 y aumentará en forma automática con posterioridad a medida que aumenten los niveles de ingreso. La tasa de impuesto sobre los salarios cubiertos también ha sido aumentada para que en 1973 alcance el 5,85 por 100 para los empleados y el 8 por 100 para los trabajadores autónomos.

En 1967, un Comité Consultor sobre Financiación de la Seguridad Social nombrado por el Congreso realizó un estudio actuarial sobre la utilidad del programa OASDHI. El Comité informó que en ese momento la tasa de contribuciones era suficiente para costos a corto y largo plazo, de acuerdo con las mejores estimaciones existentes. Más específicamente, la conclusión del Comité fue que el programa se hallaba en una situación equilibrada dado que el costo de la cuota fija del programa representaba el 9,1 por 100 de la nómina de pagos, basados en costos intermedios, comparado con el 8,8 por 100 de la cuota fija equivalente de las contribuciones. El costo de cuota fija del seguro de incapacidad era del 0,8 por 100 de la nómina de pagos, comparado con el 0,7 por 100 de la tasa de contribuciones [5].

El nivel de solvencia no es, evidentemente, el mismo que para una compañía privada de seguros de vida, que debe contar con reservas de forma continua para cubrir todas las obligaciones futuras aun en caso que el pago de primas se detenga totalmente. Los fondos de reserva de OASDHI están destinados a cubrir solamente las obligaciones a corto plazo, no todas las pensiones futuras.

[5] *The* 1967 *Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Old-Age and Survivors Insurance and Disability Insurance Trust Funds, House Document*, núm. 65, 90 Congreso la Sesión (Washington: U. S. Government Printing Office, 1967), p. 42.

La conclusión del Comité Consultivo era que sería poco apropiado exigir una reserva completa según se acostumbra en el caso de pensiones privadas, dado que el plan de seguro social podría continuar indefinidamente. Además, si el Congreso deseaba modificar los beneficios o si las fluctuaciones de empleo futuras reducían o aumentaban las cuotas, el plan se vería en dificultades continuas si adoptaba los métodos de mantener reservas completas, ya que éstas tenderían en todo momento a ser muy pequeñas o demasiado grandes.

En este punto es posible apreciar por qué OASDHI es tan distinto del sistema de pensiones privadas. La cuota de la pensión privada debe ser lo suficientemente alta como para permitir al asegurador mantener una reserva constante. El asegurador privado debe pagar la pensión según acuerdos contractuales definidos y debe recibr una cuota fija. En el seguro social ninguna de estas variables se mantiene fija. El ingreso del asegurador social puede aumentar o disminuir y no todos los trabajadores recibirán su pensión, aun si han pagado durante toda su vida. Por ejemplo, un trabajador puede haber pagado sus impuestos toda su vida y morir a los sesenta y cuatro años sin dejar dependientes; casi no recibe nada del plan OASDHI y la mayoría de sus contribuciones y las de su empresario benefician a otros. Una viuda puede volverse a casar, eliminando así sus beneficios de seguridad social. Un jubilado puede continuar trabajando media jornada, no cumpliendo así con los requisitos de jubilación y perdiendo sus beneficios, aunque haya pagado impuestos durante toda su vida. A causa de éstos y otros factores, los beneficios prometidos bajo OASDHI parecen demasiado grandes comparados con los planes privados. Sin embargo, como ya hemos apuntado, existen buenas razones para ello y no se debe a que el plan es defectuoso desde el punto de vista actuarial, a menos que se quiera discutir acerca de la definición de lo actuarialmente defectuoso. El resultado anterior se desprende más bien de la naturaleza básica del plan de seguro social, de acuerdo al cual los beneficios individuales no están necesariamente relacionados a la cantidad de cuotas pagadas.

SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

La relativa a los accidentes de trabajo fue el primer tipo de legislación de seguridad social adoptado en los Estados Unidos. Es el único tipo de seguro social suscrito principalmente por aseguradores privados bajo una supervisión muy general del

Gobierno. Su carácter es único también ya que en cerca de la mitad de los Estados no es estrictamente obligatorio. Además, la póliza común combina dos tipos de seguro en uno —responsabilidad legal del empresario y beneficios de incapacidad del trabajador por lesiones sufridas en el trabajo o causadas por enfermedades laborales—. Por lo tanto, el seguro de accidentes de trabajo representa una fusión entre el seguro privado y el social.

El problema social que dio origen a este tipo de seguro era el de las víctimas de accidentes del trabajo que no tenían indemnizaciones. En la última mitad del siglo XIX se hizo evidente que el sistema de responsabilidad legal de los empresarios por lesiones de los obreros implicaba muchas dificultades. Primero, el desarrollo de los sistemas de producción en masa y el sistema fabril que lo acompañó indujeron a un aumento de los accidentes del trabajo a niveles muy altos. Segundo, un empleado lesionado que buscaba compensación no tenía otra posibilidad sino entablar un juicio contra el empresario por daños causados por presunta negligencia. Tercero, en caso de tener éxito en tales juicios, las asignaciones resultantes eran pequeñas y llegaban tardíamente.

Estructura básica de compensación

La primera legislación sobre accidentes de trabajo que trató de incorporar el principio de responsabilidad fue declarada inconstitucional bajo el pretexto que no era correcto ni consistente con la ley vigente que alguien, incluidos los empresarios, pudiese ser declarado responsable por algo que no era de su incumbencia [6]. Finalmente se superaron estas objeciones constitucionales, pero debido a las incertidumbres que se ocasionaron en muchos Estados, éstos promulgaron leyes de compensación con carácter optativo. Esta es la razón de por qué las leyes de accidentes de trabajo no son estrictamente obligatorias. En los Estados restantes, el seguro de accidentes de trabajo es obligatorio y en general se prohiben los juicios por parte de los empleados (salvo algunas excepciones) [7]. Se espera que el empleado

[6] Ver, por ejemplo, Ives vs. South Buffalo Railway Co., 201 NY2 71 (1911), en que la primera ley de accidentes de trabajo fue declarada inconstitucional por ser considerada una violación a los principios de libertad y propiedad. Maryland cuenta con la primera ley, aprobada en 1902 y declarada inconstitucional dos años más tarde.

[7] Un ejemplo de un caso en que el obrero puede entablar juicio a su empresario cubierto por accidentes de trabajo surge cuando este último

acepte como única solución los beneficios que se le otorgan bajo el esquema establecido por la ley.

Métodos de seguro

Existen tres métodos mediante los cuales un empresario puede otorgar a sus empleados la cobertura prevista por la ley:

1. Contratación de una póliza de accidentes de trabajo y de responsabilidad patronal con un asegurador privado.
2. Contratación del seguro a través de un fondo estatal establecido con ese propósito.
3. Autoasegurarse.

Todos los Estados exigen la elección de uno de estos tres métodos.

Seguro privado. La póliza de accidentes de trabajo y de responsabilidad patronal contiene dos acuerdos principales: (1) Cobertura A, que paga todas las reclamaciones contempladas en la ley de accidentes de trabajo en el Estado en que ocurrió el accidente, incluyendo los beneficios de enfermedad, y (2) Cobertura B, para defender todos los juicios iniciados por el empleado contra su empresario y pagar cualquier sentencia que resulte de esos juicios.

En la cobertura B existe un límite básico de 25.000 dólares por responsabilidad en accidentes; esta cantidad puede ser aumentada si se incluye un suplemento apropiado. No existe limitación específica sobre la cobertura A; cualquier límite está determinado por la ley del Estado.

Los aseguradores privados pagaron cerca del 63 por 100 del total de beneficios de accidentes de trabajo en 1965.

Fondo estatal. En doce Estados [8] el empresario puede elegir como asegurador de sus empleados un asegurador privado o un fondo estatal. En seis Estados [9] no se cuenta con esta posibilidad de elección, sino que debe asegurarse en un fondo estatal exclusivamente. En dos Estados cabe el autoseguro. Cinco de los fondos estatales obligatorios fueron establecidos durante el período 1913-1915, cuando las leyes sobre esta materia eran aún nuevas y el éxito de los aseguradores privados en la administración del negocio era incierto. La mayoría de las provincias canadienses establecieron fondos estatales obligatorios. Oregón contaba con un fondo estatal exclusivo hasta 1966, en que se enmendó la ley del Estado, permitiendo el autoseguro y el seguro privado como alternativas al fondo estatal. Los fondos estatales y los programas federales de compensación laboral pagaron cerca del 23 por 100 del total de compensaciones laborales en 1968.

Autoseguro. En todos los Estados, salvo cinco, se permite al empresario, bajo ciertas condiciones, asegurar él mismo las coberturas de la compensación laboral [10]. En general, el autoseguro no está permitido en Canadá. Los autoaseguradores deben ser grandes empresas con una diversificación de riesgos adecuada para que la ley los acepte como tales. Estos pagaron cerca del 14 por 100 del total de beneficios por accidentes de trabajo, en 1968

Evaluación de los métodos de seguro. Una información facilitada por la Administración de Seguridad Social, que cubre el período 1939-1968, muestra las siguientes tendencias en las pérdidas cubiertas por cada uno de los métodos de seguro descritos antes [11]: Las pagadas por los aseguradores privados aumentaron del 52 al 63 por 100; las pagadas por los fondos estatales disminuyeron del 29 al 23 por 100 y las pagadas por los autoaseguradores disminuyeron del 19 al 14 por 100. Aparentemente los asegurados están favoreciendo a los aseguradores privados respecto a los otros métodos [12]. Las razones principales de estas tendencias son:

1. Los aseguradores privados ofrecen al empresario la oportunidad de asegurar en un solo contrato toda la responsabilidad que pueda

---

lesiona en forma deliberada al empleado, cuando no paga las cuotas del seguro o cuando viola ciertas estipulaciones del estatuto de compensación.

[8] Arizona, California, Colorado, Idaho, Maryland, Michigan, Montana, Nueva York, Oklahoma, Oregón, Pennsylvania y Utah.

[9] Nevada, North Dakota, Ohio, Washington, West Virginia y Wyoming. En Nevada, Oregón y West Virginia las leyes son optativas de forma que bajo ciertas circunstancias el empresario puede adquirir compensación de un asegurador privado en forma voluntaria, puede no asegurar o puede adquirir un seguro de responsabilidad laboral como protección contra las reclamaciones de los empleados.

[10] Nevada, North Dakota, Texas, Washington y Wyoming.

[11] A. M. SKOLNIK and D. N. PRICE, *Another Look at Workman's Compensation*, «Social Security Bulletin» (octubre de 1970), pp. 3-25.

[12] Para un mejor estudio de estos temas ver C. ARTHUR WILLIAMS, JR., *Insurance Arrangements Under Workmen's Compensation*, U. S. Department of Labor, Bulletin núm. 317 (Washington: U. S. Government Printing

tener por daños causados por lesiones laborales, independientemente de que estos daños provengan de demandas judiciales de los empleados, exigencias legales u otras fuentes.

2. Los aseguradores privados ofrecen una mayor seguridad en el tratamiento de riesgos que se manifiestan fuera del Estado. La mayoría de las leyes de accidentes de trabajo son extraterritoriales y existen muchas dificultades para aplicar el seguro si el empresario tiene sus intereses muy extendidos. La mayoría de los fondos estatales no cubren automáticamente estos riesgos.
3. A pesar de que los gastos de los fondos estatales, en especial de los fondos estatales exclusivos, son menores que los de los aseguradores privados, la diferencia no es lo suficientemente grande como una primera comparación podría indicar. Después de hacer los ajustes adecuados por la diferencia en la calidad y cantidad de servicios prestados, muchos alegarían que la supuesta ventaja del menor costo de los fondos estatales es insuficiente para justificar la renuncia a la conveniencia y certidumbre de los contratos privados, incluyendo la disponibilidad de agentes que prestan servicios que a menudo no están incluidos en los del fondo estatal.
4. El autoseguro tiene la desventaja de que es necesario que el asegurado se incorpore al campo de los seguros, lo cual no tiene en general relación alguna con las actividades principales de aquél. Las contribuciones al fondo de autoseguro no están exentas de impuesto, factor que se puede sumar al riesgo involucrado en el autoseguro.
5. La experiencia y la evaluación retrospectiva de los planes (temas que serán estudiados en el capítulo 25) permiten a las grandes firmas hacer uso de las posibilidades del asegurador privado para transferir el riesgo en la medida en que se desea y a un costo mínimo.

Aspectos principales de las leyes estatales

Las estipulaciones de las leyes de accidentes de trabajo están en constante cambio, pero existe un esquema básico, aun cuando sus detalles pueden variar de un ejercicio a otro por la legislación del Estado [13]. Los aspectos necesarios para una comprensión general de las coberturas provistas por estas leyes se describen a continuación:

Empleos cubiertos. Una de las dificultades de las leyes de accidentes de trabajo es que no incluyen a todos los trabajadores [14]. Por ejemplo, están excluidos los trabajadores agrícolas, los del servicio doméstico y a menudo los funcionarios públicos. Los empresarios con muy pocos empleados están excluidos incluso de las leyes obligatorias [15] y en caso de leyes optativas no existe ninguna seguridad de que el empleado esté cubierto. Resultado de esta infortunada situación es la necesidad de juicios por responsabilidad si el trabajador ha de recuperar algo, aun cuando uno de los propósitos básicos de la legislación que nos ocupa fue la eliminación de la demanda judicial como requisito previo a la recuperación por parte del empleado. El pequeño empresario está excluido de las leyes de compensación y es el que tiene las mayores probabilidades de ser condenado en los juicios. Su calidad de pequeño puede signicar que (1) un juicio con éxito lo llevará a la quiebra o (2) si tiene posibilidades de ser declarado inocente, el trabajador lesionado no recobrará nada.

Estipulaciones de ingreso. Las leyes de compensación reconocen cuatro tipos de incapacidad con derecho a beneficios de ingreso: incapacidad total temporal o permanente e incapacidad parcial temporal o permanente. Generalmente las leyes limitan los pagos especificando la duración máxima del goce de beneficios y las cantidades máximas semanales y totales a pagar. En caso de beneficios por incapacidad total y permanente, alrededor de la mitad de los Estados permiten pagos vitalicios si el asegurado es incapaz de realizar tarea alguna. En los Estados restantes, una limitación típica es entre 400 y 500 semanas de pago y existe también una limitación en cuanto al total a pagar. De los veintiséis Estados que conceden beneficios vitalicios, veinte no estipulan un máximo total. Una limitación común es que los beneficios de ingreso no pueden exceder los dos tercios del sa-

Office, 1969); ASHLEY ST. CLAIR, *The Case for Private Insurance of Workmen's Compensation*, y JACOB CLAYMAN, *In Defense os State Workmen's Compensation Funds*, Rocky Mountain Law Review, vol. XXXI, núm. 4 (junio de 1959).

[13] La Cámara de Comercio de los Estados Unidos prepara periódicamente un análisis de las leyes de accidentes de trabajo que describe los detalles de las de cada Estado.

[14] En 1968, 15 estados cubrieron menos del 70 por 100 de sus trabajadores, 22 estados cubrieron entre el 70 y 85 por 100 y 13 más del 85 por 100. SKOLNIK and PRICE, *op. cit.*, p. 8.

[15] En los Estados que se citan a continuación, que cuentan con leyes obligatorias, se excluye el siguiente número de empleados: empresarios de Mississippi, con menos de ocho; Virginia, menos de siete; Arkansas, menos de cinco; Massachusetts y Rhode Island, menos de cuatro; New Hanshire, Kentucky, Ohio, Arizona, Delaware y Michigan, menos de tres, y Oklahoma y Nevada, menos de dos.

lario semanal medio del trabajador o alguna cantidad en dinero. Unos pocos Estados contemplan una asignación adicional por dependientes [16]. Dado que los salarios semanales medios han aumentado más rápido que los reajustes legislativos, el factor limitante es normalmente la cantidad en dinero y se considera que la compensación laboral repone menos de la mitad del salario del trabajador. Se estimó que en 1968, por ejemplo, el cociente entre el beneficio semanal y el salario medio fluctuaba entre el 65 y el 35 por 100 en diferentes Estados [17]. Sólo cinco judisdicciones aceptaban el reajuste automático de los beneficios sin necesidad de cambios [18].

Los beneficios semanales para la incapacidad total temporal son casi los mismos que para la permanente, excepto que generalmente existe un máximo más bajo y un menor tiempo de recibir pagos.

Además de los beneficios de ingreso, la mayoría de las leyes de compensación especifican el pago de sumas al contado en el caso de daños, tales como la pérdida de una pierna o un ojo, que son permanentes pero no incapacitan totalmente al trabajador. El trabajador tiene derecho a gozar de los beneficios durante todo el tiempo en que su incapacidad parcial permanente le impida llevar a cabo actividad alguna, pudiendo entonces recibir una sola cuota por el total, que varía de acuerdo a la gravedad de la lesión. El importe de los beneficios de incapacidad parcial permanente varía de un Estado a otro. Por ejemplo un trabajador que pierde el pulgar recibe en Hawai 8.437 dólares, mientras en Massachusetts recibe sólo 5.625 por la pérdida de un brazo. En Ohío, el trabajador recibirá 11.200 dólares por la pérdida de una pierna, menos de lo que recibiría por la pérdida de un pie en Estados tales como Arizona (22.000), Washington D. C. (14.350), Michigan (14.742), Wisconsin (12.125) y Nueva York (16.400). Además, las leyes no reconocen la gravedad relativa de los lesiones. Por ejemplo, la pérdida de un ojo puede no ser impedimento para que un obrero vuelva a su antiguo trabajo, pero podría obligar a otro a buscar un empleo totalmente diferente y con un salario menor. Por el contrario, cada uno recibiría la misma cantidad. La única solución a estas inconsistencias en los esquemas de beneficio por incapacidad parcial permanente

[16] Todos los estados especifican también un período de carencia de entre tres y siete días. Arizona, Utah, Massachusetts, North Dakota, Nevada, Illinois, Wyoming, Idaho, Montana, Oregón, Washington y Michigan estipulan asignaciones para los dependientes.

[17] SKOLNIK and PRICE, *op. cit.*, p. 13.

[18] Oregón, Nevada, Michigan, Connecticut y el Programa Federal.

parece ser la adopción de una escala nacional de beneficios para todos los Estados.

Beneficios de supervivencia. En caso de lesiones fatales, la viuda y los hijos del trabajador tienen derecho a recibir beneficios, aunque sujetos a ciertas limitaciones. Alrededor de la mitad de los Estados estipulan una duración máxima para el pago de esos beneficios de entre 300 y 500 semanas. Los Estados restantes no cuentan con limitaciones. Los beneficios máximos para la viuda son menores que los que habría recibido el obrero incapacitado, pero si tiene hijos son comparables a los que habría recibido el obrero por una incapacidad total y permanente.

Beneficios médicos. La mayoría de las leyes de compensación laboral contemplan servicios médicos relativamente completos, incluyendo prestaciones para enfermedades laborales. Alrededor del 40 por 100 de los Estados establecen sobre los beneficios médicos limitaciones temporales, en dinero, o combinadas y el 60 por 100 no incluye limitaciones legales estatutarias. Unos pocos Estados tienen limitaciones que parecen bajas. Por ejemplo, Dakota del Sur limita los costos a 1.700 dólares (aunque el obrero pueda solicitar asignaciones complementarias) y el período no debe ser mayor a cinco meses. Georgia limita los beneficios médicos a 5.000 dólares y no incluye cláusulas acerca de asignaciones complementarias. Sin embargo, la mayoría de los Estados que incluyen limitaciones establecen que es posible conceder períodos más prolongados o cantidades mayores en aquellos casos en que esté justificado.

La mayoría de los Estados proveen de beneficios de rehabilitación, tanto física como ocupacional, pero hay acuerdo general en que la intensidad y calidad de estos servicios varía mucho. El área de rehabilitación del obrero lesionado necesita una mayor atención que la recibida en el pasado. Los ejemplos de posibles ahorros en costos que se podrían lograr gracias a la rehabilitación demuestran que desde un punto de vista puramente económico, el esfuerzo es digno de ser emprendido. Por ejemplo, un estudio de cuarenta pacientes de Nueva York que fueron enviados a un centro de rehabilitación comunitario significó un ahorro de 4.250 dólares por cada caso en gastos de compensación [19].

[19] W. SCOTT ALLAN, *Rehabilitation, A community Challenge* (Nueva York: John Wiley and Sons, Inc., 1958), p. 169. Este libro presenta una excelente crítica de los esfuerzos de rehabilitación en el país.

Costos. El cálculo de tarifas en accidentes de trabajo será estudiado en el Capítulo 26. En un año normal, las cuotas de los empresarios representan en promedio el 1 por 100 del importe de su nómina. Para empresarios individuales, la cuota varía bastante, dependiendo de los riesgos del trabajo. Por ejemplo, la tasa para los funcionarios puede ser del 0,1 por 100 y para los pintores de puentes del 24,5 por 100.

EL PROBLEMA DEL DESEMPLEO Y EL SEGURO

El desempleo es quizá el problema económico más serio con que se enfrentan las sociedades industriales modernas regidas por el sistema de la libre empresa. Las razones económicas del desempleo en una sociedad capitalista y sus posibles soluciones han ocupado la atención de los economistas durante varios siglos. En los Estados Unidos encontramos entre el 3 y 5 por 100 de desempleo en tiempo de paz y durante los períodos de depresión esta cifra aumenta considerablemente, alcanzando a casi un 25 por 100 en 1933. El problema reviste tal seriedad que en la Ley de Empleo Total de 1946, el Congreso expresó su intención de tomar cualquier medida para evitarlo.

El seguro de desempleo pretende aliviar ciertas clases de éste, pero no todas. Los problemas de desempleo son más serios para algunas industrias, ocupaciones y grupos raciales y de edad, pero el seguro no tiene en cuenta estas distinciones.

Al mantener los principios básicos de la cobertura social, el seguro de desempleo ofrece solamente una protección básica a cada uno, dejando el resto de la tarea a soluciones privadas. El hacerlo de otra manera podría reducir la iniciativa, los incentivos para el ahorro personal, causar paralizaciones de trabajo injustificadas, desalentar los esfuerzos de la industria privada para estabilizar el empleo y tener otros efectos económicos secundarios no deseables.

Empleos cubiertos

Las leyes de seguro de desempleo existentes en todos los Estados cubren, conforme a las exigencias federales, a todas las empresas que emplean a más de cuatro obreros. Leyes de veintiún Estados cubren a los empresarios que emplean a más de un obrero. En la mayoría de los Estados se exige también que el obrero haya estado con el empresario durante un período mínimo, generalmente de veinte semanas, antes que éste deba pagar impuesto por el salario de aquél. Las leyes no cubren todos los tipos de empleo. Entre los que normalmente están excluidos se se encuentran los ferroviarios (cubiertos por una ley federal separada), los agrícolas, el servicio doméstico en casas particulares o en hermandades, servicios prestados por un joven menor de veintiún años a sus padres, empleados de organizaciones no lucrativas, empleados estatales o de gobierno local (aun cuando muchos Estados proveen coberturas para sus propios empleados), agentes a comisión, trabajadores marítimos y trabajadores autónomos. En la mayoría de los Estados, los empresarios pueden elegir en forma voluntaria la inclusión de aquellos servicios legalmente excluidos de la cobertura. El efecto de esta inclusión es que cerca de la mitad de desempleados pasa a estar asegurado [20].

Beneficios

Los diferentes Estados han desarrollado fórmulas bastante complicadas y muy variadas para definir los beneficios estipulados en sus leyes de seguro de desempleo. Existe acuerdo en los aspectos principales, pero es necesario examinar la ley de cada Estado en especial para saber cuáles son los derechos de un trabajador.

En la mayoría de los Estados, el trabajador debe haber estado trabajando durante un período mínimo de un año base, o haber obtenido un mínimo de ingresos, como por ejemplo 400 dólares o las dos condiciones a la vez. La mayoría de los Estados exigen también un período de carencia, generalmente de una semana de desempleo total o parcial antes de comenzar a pagar los beneficios. El monto de estos beneficios es una proporción del salario obtenido durante el año base, que se define como el precedente a la fecha de la reclamación, con algunas variaciones que van de una semana a seis meses.

Una vez presentada la reclamación y comenzados los pagos semanales, se inicia un año de beneficios y los pagos continúan normalmente por un período no mayor a las veintiséis semanas. Sin embargo, algunos Estados han extendido este período hasta treinta y nueve semanas. La fórmula de beneficios está construida de forma tal que si un trabajador ha estado empleado durante

[20] Consultar las publicaciones ordinarias de Labor Market and Emplyment Security para una información actualizada del seguro de desempleo.

el período de base completo, puede esperar beneficios, con limitaciones máximas y mínimas, equivalentes a la mitad de su salario normal. Si no recibió ningún salario durante el año base, no tendrá derecho a beneficios. Si solamente trabajó media jornada u obtuvo salarios muy bajos, sus beneficios se reducen de la misma manera, con un tope mínimo semanal que va de 3 dólares en Missouri a 25 en California, pero con un promedio de 10 a 15 dólares semanales. A partir de 1970, los beneficios semanales máximos están en la cantidad de 36-114 dólares, con una cifra normal de 50-60 semanales. En algunos Estados el monto del beneficio aumenta en 4 dólares por cada dependiente, hasta un máximo de 68 dólares. Las leyes estatales conceden algunos beneficios si el trabajador no está totalmente desempleado, sino que es capaz de ganar algo mediante, por ejemplo, trabajos ocasionales que representasen menos que su salario normal. En la mayoría de los Estados la cantidad a recibir es el beneficio regular menos los ingresos. Si los ingresos reales son menores de una cierta cantidad (un medio o un tercio del beneficio semanal) no hay reducción en los pagos. Estas estipulaciones reducen la tentación de un obrero de no hacer esfuerzos para obtener algún ingreso o entrada por miedo a perder su cheque de desempleo.

Exigencias de elegibilidad

Para poder recibir los beneficios, un trabajador debe demostrar no sólo que está desempleado sino que está buscando trabajo en forma activa, que es capaz y desea trabajar, que no está desempleado porque abandonó el trabajo en forma voluntaria sin una razón valedera o fue despedido por mala conducta, que no ha rehusado ofertas de trabajo o que está descalificado por otras razones. La puesta en práctica de estas condiciones es diferente en cada Estado, no sólo debido a estipulaciones legales sino porque las agencias administrativas pueden decidir ponerlas en práctica en forma diferente.

Capacidad para trabajar. Todos los Estados exigen que el demandante sea capaz de trabajar si se le presenta la oportunidad. Por lo tanto, salvo en unos pocos de ellos, se considerará que una dolencia física no es una razón para tener derecho a gozar de los beneficios. Normalmente un trabajador puede satisfacer la exigencia de la capacidad para trabajar inscribiéndose en una oficina pública de empleo para solicitar trabajo.

Seis jurisdicciones han aprobado legislaciones especiales para ocuparse de los trabajadores que se encuentran desempleados y son incapaces de trabajar debido a incapacidad física. Diez Estados[21] han agregado una cláusula a sus leyes que estipula que la enfermedad o la incapacidad no descalificarán al trabajador desempleado de los beneficios propios de la exigencia de la capacidad para trabajar si la única razón dada para no aceptar el trabajo es esa incapacidad.

Disponibilidad para el trabajo. A pesar de que todas las leyes estatales estipulan que el trabajador debe estar disponible para el trabajo (y en la mayoría de los Estados, buscándolo en forma activa) como una condición para gozar del derecho a los beneficios, la ejecución de estas estipulaciones tiene gran variedad. En siete Estados, la ley dice que debe estar disponible para realizar un trabajo adecuado y para el cual está calificado por entrenamiento y experiencia. A menudo la ley hace una excepción con ciertos tipos de trabajadores; así, en Connecticut y New Hampshire no se exige que los trabajadores estén disponibles para el trabajo entre la una y seis de la madrugada; en Alaska, un trabajador no pierde su cheque de desempleo porque ha salido a cazar o pescar para sobrevivir (y por lo tanto no está disponible), siempre que no se le ofrezca ningún trabajo adecuado.

Inhabilitación. En todos los Estados, las leyes de seguro de desempleo contienen estipulaciones según las cuales un trabajador puede ser descalificado de su derecho a recibir beneficios. Una vez inhabilitado, el trabajador pierde sus beneficios por un cierto número de semanas (normalmente de tres a ocho) o por toda la duración de su desempleo, o éstos son reducidos, dependiendo de la naturaleza de la inhabilitación. Es posible agregar ciertas penalidades por abandono voluntario del trabajo sin que existan causas valederas (de acuerdo a las determinaciones de cada jurisdicción), también es posible aplicar diferentes penalidades para los despidos por mala conducta «leve» o «grave».

La razón principal para la inhabilitación es el abandono voluntario de un empleo o su expulsión por mala conducta. Sin embargo, si se abandona el trabajo por una razón válida, como aceptar un mejor empleo o enfermedad, puede no ser descalificado. Normalmente (y esto no ocurre en todos los Estados), la inhabilitación se declara terminada al aceptar un trabajo válido

[21] Alaska, Delaware, Hawai, Idaho, Maryland, Massachusetts, Montana, Nevada, Tennessee y Vermont.

como tal. Así, si un trabajador abandona su empleo sin una buena causa, acepta otro y es luego expulsado de éste, pueda recibir beneficios de acuerdo a sus trabajos con el primer y segundo empresario. En la mayoría de los Estados lo definición de «buena razón» es muy general y permite al trabajador abandonar su empleo tanto por razones personales como laborales.

El rehúse de un trabajo adecuado es otra razón para ser inhabilitado de los beneficios del seguro de desempleo. La adaptabilidad al trabajo se define ya sea mediante estipulaciones específicas de la ley o por dictámenes administrativos. Un trabajador no será descalificado si rechaza un empleo porque el salario, el horario y otras condiciones de trabajo son menos favorables que las existentes para trabajos similares en la localidad. Existe una tendencia cada vez mayor a considerar los beneficios marginales como una condición que debe ser incluida en la definición de un trabajo adecuado [22]. Otros factores en consideración son la distancia al domicilio del obrero; su experiencia y entrenamiento; la medida en que los riesgos del nuevo empleo afectan la salud, seguridad y espíritu del demandante y las restricciones que implican. En muchos Estados, los trabajadores desempleados a causa de conflictos laborales con sus empresarios pueden ser descalificados bajo ciertas circunstancias. Un conflicto laboral está definido por la ley de diversas maneras. Por ejemplo, nueve Estados excluyen el cierre de fábricas de estas estipulaciones, porque no se pueden negar los beneficios a un trabajador al que se ha impedido el acceso al local. Unos pocos Estados no niegan beneficios a los trabajadores que están desempleados debido al cierre de una planta por una disputa laboral y no están directamente relacionados con ella. Existen otras cláusulas que permiten el pago durante las huelgas a ciertas clases de obreros.

Los demandantes serán descalificados en caso de falsa declaración fraudulenta en el objeto de obtener beneficios y, además, deberán reembolsar las cantidades recibidas como resultado de esa falta declaración. Normalmente el receptor puede hacer la restitución en dinero o mediante un descuento en los beneficios futuros a que tenga derecho. Sólo cuatro Estados (California, Minnesota, Tennessee y Virginia) castigan esta actuación de acuerdo con las leyes penales.

[22] MARK R. GREENE, *The Role of Employes Benefit Structures in Manufacturing Industry* (Eugene, Oregón: University of Oregón, 1964), capítulo 6.

Beneficios suplementarios de desempleo. Un plan de beneficios suplementarios de desempleo es un sistema de acuerdo con el cual un trabajador puede recibir ingresos por despido además de los correspondientes al seguro de desempleo. Este sistema es financiado por el empresario a través de un fondo de reserva. La pregunta es si el trabajador está realmente desempleado al recibir ingresos de un empresario, en forma indirecta, a través de dicho fondo. Todas las judisdicciones, a excepción de New Hampshire, New Mexico, South Carolina, South Dakota y Puerto Rico, se han definido acerca de esta cuestión; y en todos los casos, excepto Virginia, el trabajador puede recibir tales ingresos, además del seguro de desempleo.

Financiación

La tasa normal de contribución del empresario es del 2,7 por 100 por los primeros 3.000 dólares pagados a cada empleado durante el año (más 0,4 por 100 al Gobierno para administración). Algunos Estados estipulan una tasa máxima que puede alcanzar al 7,2 por 100 (Texas). Además, en dieciocho Estados el salario anual imponible es superior a los 3.000 dólares [23]. En 1971, el promedio era del 1,7 por 100. En Alabama, Alaska y New Jersey los empleados también deben pagar impuesto.

Críticas al seguro de desempleo

¿Han sido satisfactorios los resultados del seguro de desempleo? Los grupos laborales lo critican debido a que los rígidos niveles administrativos son muy restrictivos. Los grupos administrativos se quejan de que los impuestos son muy altos, los beneficios demasiado pequeños y la financiación, inestable. Aun cuando no intentaremos resolver las dificultades puntualizadas por estas críticas, puede ser de utilidad presentar una lista de los principales argumentos respecto al funcionamiento del sistema

[23] En 1967 se exigieron contribuciones por sueldos de hasta 3.300 dólares en Tennessee, 3.600 en Arizona, Delaware, Idaho, Massachusetts, Michigan, Oregón, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, West Virginia y Wisconsin, 3.800 en Nevada y California, 4.200 en Utah, 4.600 en Hawai, 4.800 en Minnesota y 7.200 en Alaska.

de compensación por desempleo para resaltar los principales problemas que se prestan a un estudio más detallado [24].

1. En enero de 1971, el pago semanal medio por seguro de desempleo era de 52,83 dólares y con beneficios medios que fluctuaban alrededor de 35,92 (West Virginia) a 61,21 (New Jersey). Es dudoso que estos beneficios representen la proporción de compensación salarial que los impulsores de la legislación tenían en su mente, dado que un pago medio de 53 dólares equivaldría apenas a la mitad de los pagos semanales normales.
2. Solamente el 75 por 100 del total de sueldos y salarios civiles está cubierto por el seguro de desempleo, lo que representa algo más de la mitad del número total de trabajadores. La cobertura se extiende casi exclusivamente sobre los grupos urbanos y surge la pregunta acerca de la inclusión de otros grupos.
3. El sistema de tasas, que se analiza en el Capítulo 26, está sujeto a demasiadas críticas.
4. Muchas desigualdades surgen del trato diferente que el obrero recibe en cada Estado aun cuando las condiciones anteriores a su desempleo puedan haber sido las mismas. Se ha sugerido que un programa federal podría eliminar muchas de esas dificultades y además ayudaría a uniformizar la tasa de impuestos en todos los estados. En las condiciones actuales, los empresarios de aquellos estados con empleo inestable debido a la naturaleza de su industria salen perjudicados en relación a los de otros estados.
5. En la mayoría de las leyes de seguro de desempleo no existen estipulaciones sobre el trabajador que se encuentra desempleado por incapacidad física. Tal individuo no es capaz ni está disponible para el trabajo y es, por lo tanto, descalificado. En general no recibirá protección por incapacidad de OASDHI a menos que ésta dure más de un año. A no ser que su incapacidad haya sido causada por un accidente, no tiene derecho a recibir compensación laboral. Más adelante se da un resumen de las leyes de aquellos estados que resolvieron en parte este defecto.
6. Un número excesivo de desempleados agota sus pensiones y están incapaces de encontrar trabajo en el momento de recibir su último cheque del seguro de desempleo. En 1970, por ejemplo, cerca del 20 por 100 de los obreros que recibieron un beneficio inicial de desempleo lo agotaron durante el primer año. Al mismo tiempo cerca de doce mil millones de dólares estaban a disposición en los fondos de reserva para el pago de beneficios [25]. Se puede argumentar sobre la necesidad de un programa que se ocupe del desempleo durante plazos más largos, ya sea mediante programas de seguro de desempleo de beneficios extendidos o programas separados para tratar los problemas específicos de los desempleados durante un período largo [26].
7. Se ha sostenido que los beneficios de desempleo no logran estabilizar los ingresos durante las recesiones y recuperaciones y que los impuestos de los empresarios en realidad pierden estabilidad dado que aumentan en épocas de depresión y disminuyen durante las recuperaciones. GEORGE E. REJDA mostró en un extenso estudio que los beneficios de desempleo han reaccionado muy sensiblemente a las bajas. Durante tres de los cuatro años de baja posteriores a la Segunda Guerra Mundial, entre el 24 y el 28 por 100 de la disminución de ingreso nacional fue compensado por un aumento de los beneficios de desempleo. Los impuestos de los empresarios mostraron una tendencia al alza durante los períodos de prosperidad y de baja durante las recesiones y, por lo tanto, se comportaban de una manera opuesta a lo esperado [27]. Por lo tanto, no es adecuado concluir que el seguro de desempleo ha tenido una influencia nociva en el desequilibrio del ciclo comercial, sino que en realidad han demostrado su efectividad para compensar los aumentos y bajas del ingreso nacional durante el ciclo.

LEYES DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Las leyes de incapacidad temporal se originaron a causa de que las leyes de compensación generalmente niegan beneficios a los empleados que no son capaces ni están disponibles para el trabajo; en otras palabras, cubren solamente a las personas desempleadas que gozan de buena salud. Diez Estados [28] modificaron sus leyes de seguro de desempleo garantizando que un trabajador empleado no perderá sus beneficios por haber quedado incapacitado. Cinco Estados y Puerto Rico fueron aún más lejos y aprobaron leyes de incapacidad temporal de acuerdo a las cuales un empleado puede gozar de los beneficios si queda incapa-

[24] Se han hecho muchos estudios de los sistemas de compensación por cese, tanto a nivel estatal como nacional. Ver WILLIAM HABER and M. G. MURRAY, *Unemployment Insurance in the American Economy* (Homewood, III; Richard D. Irwin, 1966), y GEORGE E. REJDA, *Unemployment Insurance as an Automatic Stabilizer*, «Journal of Risk and Insurance» (junio de 1966), páginas 195-208.

[25] Información del Departamento del Trabajo de U. S. A., Administración de Personal.

[26] HABER and MURRAY, *op. cit.*, capítulos 12-13.

[27] REJDA, *op. cit.*, p. 208.

[28] Alaska, Delaware, Hawai, Idaho, Maryland, Massachusetts, Montana, Nevada, Tennessee y Vermont.

citado, independientemente de si estaba o no trabajando en el momento de comenzar la incapacidad. En California, Puerto Rico y Rhode Island existe un programa de beneficios que no toma en cuenta si están empleados, desempleados o en un empleo que no está cubierto cuando comienza su incapacidad. En Hawai, New Jersey y New York existen dos sistemas distintos de beneficios: uno para personas que quedaron incapacitadas durante su empleo o algo después, y otro para aquellos cuya incapacidad comenzó al estar desempleados, Las leyes de seis judisdicciones tratan de restringir los beneficios a quienes han estado ligados a la fuerza laboral en algún momento.

Las leyes de incapacidad temporal establecen beneficios sin considerar si ésta fue causada por enfermedad o accidente. Dado que la compensación laboral intenta cubrir la mayoría de las lesiones ocurridas durante el trabajo y las enfermedades de trabajo, tales leyes de incapacidad temporal pueden ser consideradas como no ocupacionales.

En todas las judisdicciones, excepto Nueva York, las leyes de incapacidad temporal se establecieron después que las de desempleo y conceden beneficios muy similares.

La financiación de las leyes se obtiene por las contribuciones de los trabajadores que antes eran hechas a los fondos del seguro de desempleo.

Para tener derecho a los beneficios, el trabajador debe demostrar en general que es incapaz de realizar su trabajo regular o acostumbrado, debido a su incapacidad física o mental. La contribución del empleado es en general considerada como la fuente más importante de la financiación, aunque el empresario contribuye en cierta medida. Un demandante debe estar incorporado a la fuerza laboral en un momento u otro y recibir un salario mínimo para tener derecho a gozar de sus beneficios. El importe del beneficio es bajo, de acuerdo al concepto de protección mínima, y la duración se limita en general a veintiséis semanas. Si un trabajador es privado de sus beneficios de desempleo, también lo estará de los beneficios de incapacidad. Las fórmulas de beneficio son similares a las del seguro de desempleo, excepto en Nueva York.

En conclusión, parece que la legislación sobre incapacidad temporal va dirigida a una necesidad real, que puede ser satisfecha ya sea por métodos de seguro público o privado. A diferencia del seguro de desempleo, sin embargo, parece que no existe una razón real para que los aseguradores privados no puedan operar en este sector, dado que el riesgo es asegurable y no hay problemas administrativos imposibles de solucionar.

RESUMEN

1. El seguro social, que está llamado a incluir todos los planes de seguro operados o financiados por las agencias gubernamentales, debe distinguirse de los planes de asistencia pública, bajo los cuales los gobiernos hacen pagos gratuitos a los individuos que los necesitan y que no cuentan con recursos propios. Los tipos más importantes de seguro social son: (a) seguro de vejez, supervivencia e incapacidad y «Medicare»; (b) seguro de accidentes de trabajo; (c) seguro de desempleo, y (d) seguro de incapacidad temporal.
2. El seguro social se introduce generalmente cuando es imposible o poco práctico que los aseguradores privados resuelvan un problema social cuya solución, no obstante, corresponde a la técnica del seguro. El volumen del seguro social ha aumentado en los Estados Unidos de un mínimo en 1935, cuando se aprobó la Ley de Seguridad Social, a un punto tal que en 1970 los gastos alcanzaron a cerca del 5,7 por 100 del producto nacional bruto. Las tendencias sugieren que el seguro está avanzando a grandes pasos como el método más eficaz para enfrentarse a los problemas sociales que causan una interrupción en los ingresos del trabajador.
3. Las distinciones básicas entre el seguro social y el privado son que el seguro social, a diferencia de los contratos privados: (a) es obligatorio; (b) no permite una elección individual en la selección del importe de los beneficios; (c) provee un mínimo de beneficios; (d) está subvencionado por grupos diferentes al asegurador; (e) tiene un costo total básicamente impredecible, y (f) cubre sólo a los individuos que han estado incluidos en la fuerza laboral y cumplen con ciertas exigencias mínimas.
4. Medidos por los beneficios pagados, OASDHI y los planes públicos de jubilación son tres veces más voluminosos que el seguro de desempleo y cerca de siete veces mayores que el seguro de accidentes de trabajo y de incapacidad juntos. OASDHI, que está administrado por el gobierno federal, prevé tres tipos

de pagos de ingreso a los beneficiarios calificados: (a) ingreso de jubilación al trabajador y sus dependientes; (b) ingreso a los dependientes en caso de muerte del trabajador, y (c) ingreso al trabajador y sus dependientes en caso de incapacidad permanente. La cantidad de estos beneficios depende del volumen de ingresos y del tiempo en que el trabajador ha pagado impuestos.

5. Un aspecto común de todos los planes de seguro social es que los beneficios de OASDHI dependen de varios factores. Una de las razones básicas del elevado monto de la pensión probable, en relación al total de impuestos pagados, es que cierta parte de los contribuyentes no tendrán derecho a recibir beneficios. Por ejemplo, muchos no se jubilarán realmente y, por lo tanto, no recibirán pensiones. Muchos morirán sin dejar dependientes y sus contribuciones quedarán a disposición de otros.
6. En 1956, OASDHI introdujo los beneficios de incapacidad. Aunque en la actualidad representa una pequeña parte del total de beneficios, corresponde a un primer intento de hacer frente al problema de la incapacidad prolongada mediante el seguro social y, sin duda, irá ganando importancia con el paso del tiempo a medida que se liberalicen los requisitos de calificación para los beneficios.
7. El ejemplo más antiguo de seguro social en los Estados Unidos lo representa el seguro de accidentes de trabajo, en el que los aseguradores privados, por exigencias del gobierno, se hacen cargo de una parte importante del mismo. De acuerdo con este seguro, el empresario recibe protección no sólo por su responsabilidad laboral, sino también por su responsabilidad civil cuando los obreros sean víctimas de su negligencia.
8. Los propósitos básicos del seguro de accidentes de trabajo son los de reemplazar el sistema de negligencia como forma de hacer frente a los costos de los accidentes de trabajo. En la actualidad, todos los Estados poseen leyes según las cuales se estipulan pagos vitalicios, si así fuese necesario, por incapacidades permanentes, ingresos de beneficios para los dependientes, beneficios de fallecimiento, beneficios de cuota única por incapacidades parciales permanentes y beneficios médicos y de rehabilitación.
9. El seguro de desempleo fue concebido para reparar solamente algunos tipos de pérdidas: las debidas a un desempleo involuntario y por un período corto. El desempleo voluntario por un largo tiempo no está cubierto, dado que la cobertura se extiende normalmente a seis meses. El seguro de desempleo, administrado en forma estatal, tuvo su origen en 1935, al aprobarse la Ley de Seguridad Social. Todos los Estados tienen este tipo de leyes, en que se exige cumplir ciertos requisitos.
10. Los beneficios concedidos por el seguro de desempleo dependen del salario total que un empleado es capaz de acumular durante un período base. Generalmente no es posible recibir beneficios por más de seis meses y a un equivalente de la mitad del salario correspondiente al período base. El trabajador debe ser capaz y estar disponible para el trabajo en cualquier momento. El rehuse de un trabajo adecuado es causa para dejar de percibir los pagos.
11. Entre los puntos débiles del seguro de desempleo se encuentra el hecho de que, de acuerdo con la mayoría de las leyes, un obrero que se encuentra físicamente incapacitado para volver al trabajo no tiene derecho a recibir beneficios porque es incapaz de aceptarlo. Para superar este problema, seis jurisdicciones han aprobado leyes de desempleo según las cuales un obrero puede recibir los beneficios si hubiese estado en condiciones de recibirlos a no ser por su incapacidad, independiente de si ésta fue causada por un accidente o una enfermedad o si es una incapacidad causada dentro o fuera de su trabajo.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. (a) Distinga entre los planes de subsidio social y de seguro social.
   (b) ¿Incluye alguno de estos planes al otro?
2. Si un problema puede ser solucionado usando los métodos del seguro, ¿por qué los aseguradores privados no han puesto a disposición del público los medios

del seguro para hacer frente a determinados problemas? En otras palabras, ¿por qué ha sido necesaria la participación de los aseguradores gubernamentales?

3. ¿Qué evidencia encuentra usted (ver la Tabla 24-1) para afirmar que (a) los gastos de subsidio están aumentando en una cantidad alarmante y deberían ser reducidos, y (b) los gastos de subsidio, especialmente los de seguro social, no constituyen una carga demasiado pesada y podrían ser ampliados sin mucha dificultad?
4. Se ha dicho que en los planes de seguro social existe «un subsidio doble». Explíquelo.
5. ¿Ha sido violado en su opinión el principio de la protección mínima en seguro social? Explíquelo.
6. Se ha dicho que no es correcto que algunos trabajadores reciban beneficios de OASDHI y que otros que han pagado una cantidad igual de impuestos no los reciban porque no cumplían con las exigencias. Se ha afirmado que, por el contrario, todos deberían recibirlos por derecho propio. Analice este argumento y establezca las consecuencias si esas situaciones fuesen «enmendadas».
7. Quienes han estudiado la adopción de la medicina socializada hacen hincapié en que un sistema de seguro nacional de salud obligatorio no cubriría a todos los que lo necesitan, sino solamente a algunos. Basándose en las diferencias básicas entre el seguro social y el privado descritas en el texto, llegue a una conclusión acerca de la veracidad de esta posición.
8. Suponga que el Congreso aprueba una ley que dice que el fondo de reserva de OASDHI debería ser aumentado inmediatamente hasta alcanzar el grado de solvencia exigido a un asegurador privado. Evalúe las implicaciones económicas de esa ley para los años futuros.
9. Suponga que Smith muere estando asegurado totalmente y deja viuda con seis hijos menores de dieciocho años. La familia tiene derecho a un beneficio máximo mensual de 496 dólares.
   (a) ¿Durante cuánto tiempo lo recibirán?
   (b) ¿Qué condiciones pueden reducir o detener el pago de beneficios?

10. Brown se ha jubilado a los sesenta y cinco años bajo OASDHI, pero después de un año abre una agencia inmobiliaria. Antes de abrir la oficina, él y su mujer estaban recibiendo 150 dólares mensuales de OASDHI. Brown trabajó en su oficina durante siete meses sin éxito. Aun cuando dedicó su tiempo completo al negocio, sólo logró hacer una venta, obteniendo 500 dólares en el cuarto mes. Al año siguiente, Brown alquiló una casa de recreo y trabajó en ella durante tres meses en el verano, ganando 3.000 dólares. El resto del año no hizo nada. ¿Cuántos cheques de pensión de la seguridad social perdió Brow (a) durante el año en que estuvo dedicado al negocio inmobiliario? (b) ¿Durante el año en que trabajó en la casa de recreo? Explique el por qué en cada caso. (c) ¿Son adecuadas las condiciones de jubilación de OASDHI? Analícelo.
11. Los agentes de seguro de vida se quejan a veces de que sus ventas se ven perjudicadas por el hecho de que muchos creen que sus necesidades de seguro de vida están cubiertas totalmente por OASDHI. ¿Piensa usted que este temor está justificado?
12. ¿Cómo se determina si un trabajador ha pertenecido a la fuerza laboral durante un tiempo suficiente que le permita gozar de la cobertura de OASDHI? Explíquelo.
13. ¿En qué sentido es único el seguro de accidentes de trabajo en cuanto un tipo de seguro social?
14. (a) ¿Por qué la pérdida de las tres defensas de la legislación común es un estímulo importante para que el empresario suscriba el seguro de accidentes de trabajo?
    (b) ¿Significa esto que cualquier reclamación judicial de un empleado tiene la seguridad de ser favorable? ¿Por qué?
15. ¿Cuáles son los tipos básicos de protección que ofrece «Medicare»?
16. Dé al menos una razón de por qué un plan de «Medicare» es voluntario y el otro es obligatorio. ¿Por qué no deberían ser ambos planes obligatorios, si «Medicare» debe ser clasificado como un seguro social?
17. ¿Cuáles son las excepciones existentes en «Medicare»? ¿Debería ser eliminada alguna? ¿Por qué?

18. Las proporciones entre gastos y primas devengadas en 1968 por seguro de accidentes de trabajo respecto a sociedades mutuas de seguros y compañías anónimas eran de cerca del 31 y 25 por 100, respectivamente. Durante el mismo período, las cifras comparativas de 18 fondos estatales eran de alrededor del 9 por 100.
    (a) Sugiera alguna explicación para tales diferencias.
    (b) ¿Es posible que gran parte de la diferencia sea el resultado de una mayor eficiencia en cada clase de asegurador?
    (c) ¿Están algunos aseguradores llevando a cabo servicios innecesarios e inútiles? Explíquelo.
19. Sólo unos pocos Estados proveen de beneficios máximos bajo accidentes de trabajo superiores al 50 por 100 del salario semanal medio en el Estado. A pesar de esto, en los Estados Unidos sólo cinco Estados declaran el propósito, mediante estipulaciones legales, de devolver menos del 60 por 100 del salario del trabajador.
    (a) Explique el fallo de la mayoría de las leyes para cumplir con los objetivos propuestos.
    (b) Averigüe cuál es el salario semanal medio en su Estado y compárelo con los beneficios semanales máximos contemplados por la ley de accidentes de trabajo de su Estado.
20. Suponga que el período de incapacidad en un caso normal de incapacidad temporal total que resulta de un accidente de trabajo es de dieciocho días. Teniendo en cuenta que un trabajador sólo logrará cobrar 75 dólares de beneficios de renta por su incapacidad debido al período de carencia de una semana típico de una ley de accidentes del trabajo (suponiendo que cobre un beneficio máximo), haga una estimación de la proporción del salario medio perdido por el trabajador.
21. Un empresario en un Estado con fondo exclusivo de accidentes del trabajo decide no acogerse a la ley de su Estado. La ley prohibe la suscripción del seguro privado de accidentes del trabajo y el empresario no desea dejar sin asegurar el riesgo. ¿De qué alternativa dispone para asegurarse en el fondo del Estado, si existe alguna?
22. ¿Por qué se considera muy peligrosa la suscripción de seguro de desempleo por parte de un asegurador particular?
23. Uno de los peligros del seguro de desempleo es que no estimula el retorno del obrero al trabajo. ¿Qué medidas se han adoptado para contrarrestar esta tendencia?
24. Se estima que sólo la mitad de los trabajadores civiles se halla cubierta, en determinado momento, por las leyes de seguro de desempleo. Indique algunos de los factores que causan la exclusión de tantos trabajadores de su cobertura.
25. El seguro de desempleo se financia técnicamente mediante un impuesto federal del 3,5 por 100 sobre ciertas nóminas. Sin embargo, se aprueban leyes estatales de seguro de desempleo y las administran las agencias estatales. ¿Cómo se financia el funcionamiento de las leyes estatales?
26. ¿Cómo se puede demostrar que el seguro de desempleo produce un efecto económico secundario y deseable de estabilización de la economía? Analícelo.

25

Control del Gobierno y competencia en el seguro

Los gobiernos han establecido siempre normas que orientan el funcionamiento del comercio, y el seguro no es una excepción. El Gobierno ha requerido y estimulado a la industria del seguro para que preste mejores servicios. Veremos en este capítulo algunas de las razones para ello.

POR QUE SE REGLAMENTA EL SEGURO

Hay características sociales específicas del seguro que lo distinguen de las industrias de bienes tangibles y que influyen en el especial interés que le presta el Gobierno. *Primero,* el seguro es un bien que se paga por adelantado y cuyos beneficios se reciben en el futuro, a veces en un futuro muy lejano y, frecuentemente, por alguien distinto del asegurado y que no está presente para protegerse cuando se otorga el contrato. *Segundo,* el seguro opera mediante un acuerdo complejo que pocos profanos comprenden y por el cual el asegurador podría lograr una ventaja enorme e ilegítima en caso de proponérselo. *Tercero,* los costes del seguro son desconocidos al estipularse la prima y los aseguradores poco preparados técnicamente se ven tentados a cobrar muy poco o cobrar mucho. Cobrar poco produce, a la larga, la eliminación de la verdadera seguridad que el asegurado creía adquirir, y cobrar sumas excesivas produce utilidades ilegítimas al asegurador.

Aplicación futura

El primer factor antes mencionado, el de una aplicación a futuro, plantea, de muchas formas, la cuestión de la necesidad de una reglamentación. Primero, el asegurador es, en la práctica, el administrador de los fondos de los suscriptores de pólizas. El administrador de fondos ajenos, particularmente cuando se ha transformado en una de las mayores industrias de la nación, aparece inmediatamente como posible candidato a una reglamentación, por la tentación de las compañías poco escrupulosas a utilizar estos fondos para sus propios fines en lugar de los fines de aquellos a quienes pertenecen tales fondos. Segundo, el hecho de que una de las partes del contrato (el asegurador) reciba sus fondos al contado pero su aplicación definitiva dependa de la contingencia de que ocurra algún hecho que puede no producirse durante muchos años, plantea la cuestión de cómo puede obtener el asegurado una garantía de que se cumpla en el futuro la obligación del asegurador y de cómo puede hacerse justicia en caso de incumplimiento por parte del asegurador.

Complejidad

Ya sabemos que el contrato de seguro no es fácil de entender. Hay muchos casos en los cuales aunque el profano comprenda las consecuencias de cada cláusula del contrato, sus derechos se verán vitalmente afectados por la acción de ciertos principios legales o prácticas a las que no se hace ninguna referencia en el contrato escrito. Las batallas legales que se han librado respecto a la interpretación de la redacción contractual de una póliza constituye un testimonio mudo de la premisa de que, aun después de que las mejores mentes legales han intentado poner en claro la intención del asegurador, pueden surgir graves malentendidos sobre el significado de sus disposiciones. Si tales malentendidos pueden surgir cuando se actúe de buena fe, es fácil ver que, en ausencia de cualquier limitación, un asegurador no encontraría dificultad en formular un contrato que aparezca superficialmente atractivo pero dentro del cual le resulte posible evitar toda clase de pago.

Costos desconocidos

El precio que el asegurador debe cobrar por su servicio debe establecerse con una gran anticipación al desempeño efectivo de este servicio. El coste de este servicio depende de muchos factores desconocidos, tales como las fluctuaciones casuales en la frecuencia de los siniestros y los cambios inesperados del coste de la reparación de las cosas. Si un asegurador intenta extender su negocio puede subestimar consciente o inconscientemente los costes futuros a fin de justificar una prima más baja y atraer así a sus clientes. Si se presentan grandes pérdidas, se quebrará. Si, por otra parte, el asegurador rechaza la aceptación del negocio a no ser mediante una prima muy alta, sobreestimando consciente o inconscientemente los costes futuros, quienes pagan pueden sufrir una exacción y los que no pagan pueden quedar privados de servicios vitales. La imposibilidad de disponer de seguro puede, incluso, desalentar a los asegurados potenciales de emprender el negocio a causa de la imposibilidad de obtener crédito u obtener seguridad. Es fácil observar que es conveniente cierto control externo respecto al precio del seguro, tanto para el asegurado como el asegurador.

ANTECEDENTES DE LA REGLAMENTACION

Tradicionalmente, los distintos Estados han reglamentado el seguro. En cada Estado hay un Departamento de Seguros y un comisionado del seguro o superintendente que tiene diversos deberes específicos. No siempre fue así. Antes de 1850, el seguro funcionaba como un negocio particular sin más normas que cualquier empresa comercial. No había garantía financiera alguna de que se pagaran los siniestros luego de ocurrir; se ejercía un mínimo control sobre la inversión de los fondos recaudados como primas, y la regla general era la doctrina de «caveat emptor».

A consecuencia de los abusos iniciales del seguro y su impacto perjudicial tanto sobre el público consumidor como sobre el asegurador, se hizo evidente la necesidad de una reglamentación. Aunque alrededor de 1850 muchos Estados habían aprobado reglamentaciones sobre el seguro, ninguno estableció agencias encargadas de su aplicación hasta 1850, cuando en Hampshire se estableció un Comisionado de Seguros. Siguieron el

ejemplo, poco tiempo después, Massachussets, California, Connecticut, Indiana, Missouri, Nueva York y Vermont; y casi todos los Estados, alrededor de 1871, mantenían algún tipo de control o supervisión.

En 1968, en una importante resolución de la Corte Suprema de los Estados Unidos, en el caso «Paul versus Virginia», se estableció el derecho de los Estados a reglamentar el seguro, sosteniendo la tesis de que el seguro *no era comercio*, sino un contrato personal entre dos partes. Como se sostuvo que el seguro no era comercio, el Gobierno federal no tendría facultad reglamentaria directa fundada en su derecho a gobernar el comercio interestatal en la forma contemplada en la cláusula sobre el comercio de la Constitución. Este principio se reiteró en sucesivas ocasiones hasta su revocación por la famosa resolución de 1944, en el caso de la «South Eastern Underwriters Association».

En dicho juicio, con votación de cuatro contra tres, se descartó la norma del caso «Paul versus Virginia» respecto a que el seguro no fuera comercio. La Corte sostuvo que el seguro era comercio y que celebrarlo sobre las fronteras estatales constituía comercio interestatal. El efecto de esta resolución fue el de someter el seguro a reglamentación federal y, en consecuencia, a todas las leyes federales que gobiernan las actividades comerciales interestatales.

Las normas por aplicar incluyen a la Ley Sherman Anti-Monopolios, la Ley Clayton, la Ley de la Comisión Federal de Comercio y la Ley Robinson-Patman que trata del control de las actividades comerciales que restringen los negocios, especialmente la fijación de precios, la competencia desleal, falsedades publicitarias y otras. En el caso de la S. E. U. A. se revocaron muchas resoluciones emanadas anteriormente de la Corte Suprema que exceptuaban la industria del seguro y motivaron gran incertidumbre sobre el estatuto futuro de la reglamentación.

La Ley Pública número 15

La resolución del caso S. E. U. A. aclaró que la influencia de algunas asociaciones de seguros iba más allá que el simple prorrateo de las tasas. La intención de las leyes estatales no era ciertamente que el permiso de tasas cooperativas causara boicot y coerción. Sin embargo, el completo abandono de la reglamentación estatal del seguro en pro de una reglamentación federal no era una aspiración de la industria aseguradora ni de los comisionados estatales de seguro. Por ello, la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros propuso una ley que vino a conocerse posteriormente como la Ley McCarran-Ferguson, o Ley Pública número 15. Esta ley, que fue aprobada el 9 de marzo de 1945, estableció que:

1. Era la voluntad del Congreso que la regulación estatal del seguro continuara y que ninguna ley estatal relativa al seguro se viera afectada por ninguna ley federal, a menos que tal ley se refiera específicamente a la industria del seguro.
2. Que después de un aplazamiento de tres años, la Ley Sherman, la ley Clayton, la ley Robinson-Patman y la Ley de la Comisión Federal de Comercio serían aplicables al seguro, pero sólo «en aquellas circunstancias en que los Estados individuales no reglamenten al mismo».
3. La parte de la ley Sherman relacionada con los boicots, la coerción y la intimidación, continuará siendo completamente aplicable al seguro.

Con excepción de las provisiones puntualizadas en la Ley Pública 15, la industria del seguro continúa siendo reglamentada por varios Estados. Sin embargo, la ley no excluye esta industria de la reglamentación federal e incluso proporciona a ésta cierta aplicabilidad de algunas leyes federales.

Al aprobarse la ley McCarran-Ferguson, la Asociación Nacional de Comisionados de Seguro elaboró un proyecto de ley con el propósito de realizar a nivel estatal lo que las leyes Sherman, Clayton, FTC y Robinson-Patman realizan al ser aplicadas al comercio en general. Este proyecto, que se conoce como el Estatuto de Evaluación de Industria y ha sido adoptado parcial o totalmente por la mayoría de los Estados, contiene varias recomendaciones. La filosofía de la legislación que surgió de estas recomendaciones consiste, en líneas generales, en que la cooperación en la fijación de tarifas no sea obligatoria ni ése prohibida, poniéndose como excepción aquellas circunstancias en que se deba cumplir con el requisito general que exige que las tarifas sean adecuadas, no excesivas y no descriminatorias.

En resumen, la filosofía de la reglamentación ha experimentado grandes cambios, empezando con uno que estimulaba una competencia sin restricciones (antes de 1910), sobre todo en la fijación de tarifas, otro que objetaba cualquier competencia en la fijación de tarifas (1910-1944) y finalmente un último que vuelve a estimular la competencia (1944 al presente).

Queda por verse cuánto durará la tendencia actual antes de ser modificada nuevamente.

REGLAMENTACION FEDERAL FRENTE A REGLAMENTACION ESTATAL

Durante muchos años, los argumentos que se utilizaban respecto a si la reglamentación federal era superior al sistema estatal moderno en la industria del seguro, han preocupado a las entidades relacionadas o no con la industria del seguro. La reglamentación federal es una posibilidad constante, dado que el caso S. E. U. A. abrió una puerta que no fue cerrada por la Ley Pública número 15. La mayor parte de los argumentos, muchos de los cuales constituyen críticas del control estatal, son:

1. Que a pesar de ciertos avances hechos por la Asociación Nacional de Comisionados del Seguro, la reglamentación estatal no es uniforme y no hay posibilidad de que lo vaya a ser en el futuro. Los aseguradores están sujetos a requisitos distintos en cada estado, lo cual hace más elevado el costo del seguro.
2. La regulación estatal es relativamente ineficaz. No es un mecanismo apropiado para reglamentar o controlar las actividades de un asegurador que opera en todo el país. Supongamos que un estado prohíbe una actividad cualquiera por su peligrosidad o ilegalidad; ésto no afecta, por supuesto, la práctica de esta misma actividad en otro estado, y es así como una operación censurable continúa practicándose en otro sitio.

   Esta queja dio pie en el estado de Nueva York a una ley llamada «el Estatuto Appleton», el cual estipula que si un asegurador es autorizado a desempeñar sus funciones en Nueva York, debe someterse a los requisitos de este estado, pero no sólo en Nueva York, sino que también *en todos los demás estados* donde el asegurador tenga actividades comerciales. En consecuencia, si Nueva York prohibe emitir una póliza cualquiera en ese estado, el asegurador, para poder seguir desempeñando sus funciones en dicho estado, estaría obligado a renunciar a su derecho de emitir tal póliza en cualquier otro estado donde también ejerciera sus actividades. El Estatuto Appleton tuvo como efecto extender en gran proporción la influencia de los requisitos de suscripción de seguros de Nueva York a otros estados debido al gran tamaño de su mercado de seguros y al deseo de los aseguradores de operar allí. Sin embargo, muchos aseguradores no operan en Nueva York y, por lo tanto, no están sujetos al citado Estatuto.
3. La reglamentación federal debe ser más competente que la estatal. Hay muchos estatutos imprudentes que han sido puestos en vigor por varios estados y que posiblemente podrían haber sido evitados mediante un control federal, debido a la mayor política de presiones locales que sufren los legisladores nacionales. Los legisladores federales trabajan una jornada intensiva mientras que los legisladores estatales sólo trabajan durante cierto período. Por eso se sostiene que los legisladores federales disponen de más tiempo para dedicarlo a problemas específicos de la industria del seguro, pudiendo así darles una atención más esmerada. El resultado sería una mejor calidad de la administración y de la reglamentación.

Frente a estos planteamientos están los que apoyan la continuación de la reglamentación estatal. En general, los comisionados de seguro estatal y representantes de la industria de seguros, especialmente los representantes vinculados con el «marketing» del seguro, se oponen a la reglamentación federal. Los razonamientos más importantes en favor de la reglamentación estatal son los siguientes:

1. La supervisión y reglamentación estatal del seguro es adecuadamente satisfactoria, por lo que no existe ningún motivo poderoso para hacer necesaria una reglamentación federal. El peso de las pruebas que indican que un cambio es necesario debe caer sobre los que persiguen el cambio y tales pruebas aún no son évidentes.
2. La mayoría de los argumentos de quienes persiguen un control federal están basados en dudosas acusaciones de ineficacia y en la supuesta aserción de que el control federal es más eficaz. Hay motivos para creer que el control federal sería aún menos eficaz, dado su alejamiento de las condiciones locales.
3. Aunque se reconoce la falta de uniformidad, también es cierto que las necesidades más esenciales a este respecto ya han sido realizadas o están siendo llevadas a cabo por medio de una cooperación voluntaria de los comisionados estatales del seguro.
4. La reglamentación estatal es más flexible que lo que la reglamentación federal podría llegar a ser. La reglamentación estatal está relacionada con las necesidades locales. Puede estimular la experimentación y el desarrollo de procedimientos y contratos del seguro.
5. Aquellos que apoyan la continuación de la reglamentación estatal sostienen que si la reglamentación federal fuese impuesta, el resultado sería el de dos sistemas de reglamentación en vez de uno.

   El campo de operaciones de un gran número de compañías de seguro está confinado completamente dentro de las fronteras de un solo estado. Presumiblemente, los estados seguirían reglamentando estas actividades como comercio inter-estatal. Es así como

los departamentos de seguro estatales continuarían su existencia, al mismo tiempo que se llevaría a cabo la imposición de un sistema federal creando, por lo tanto, aún más confusión, despilfarro y duplicidad del que ya existe.

Es evidente que hay suficientes y poderosos argumentos por ambos lados en la polémica de la reglamentación y que seguirá observando la influencia federal en la reglamentación estatal pero que, asimismo, un control federal total es poco probable, por lo menos en un futuro inmediato. Un aumento de influencia federal en el seguro se hará sentir gracias a la competencia directa del gobierno en el seguro. Esta competencia lleva ya muchos años en el campo del seguro de vida y es evidente su existencia, aunque en menor cuantía, en el campo del seguro de propiedad a través de los seguros de pedrisco, inundación, etc.

RESPONSABILIDADES DEL DEPARTAMENTO DE SEGUROS

Se pueden clasificar en cuatro categorías:

1. Aplicación de normas mínimas de solvencia financiera.
2. Reglamentación de tarifas y costos.
3. Control de la práctica de adquisición de negocios.
4. Control sobre cláusulas contractuales y su efecto sobre el consumidor.

Solvencia financiera

Es función primordial del Departamento de Seguros preocuparse de que los aseguradores que operan dentro de los límites del Estado sean financieramente responsables. Para cumplir esta tarea, el comisionado de seguros aplica las leyes estatales en lo que se refiere a la admisión de un asegurador para desarrollar actividades comerciales y a la liquidación de los aseguradores insolventes.

Debe vigilar el mantenimiento de reservas adecuadas para cada ramo de seguro, como también la validez de las inversiones del asegurador y su cumplimiento con los requisitos estatales.

Capital mínimo. Para realizar actividades en un Estado, el asegurador debe contar con una «licencia». Las licencias son otorgadas de acuerdo al tipo de negocio de seguros que realiza el

asegurador. Distintas normas sobre capital son aplicadas a cada tipo de negocio y varían considerablemente de un Estado a otro.

Por ejemplo, las normas de capital mínimo del Estado de Nueva York se pueden observar en el Cuadro 25-1.

Dicho cuadro señala que existen mayores requisitos financieros para ciertos tipos de seguro que para otros. En consecuencia, mientras para suscribir un seguro de calderas y maquinaria es preciso un capital de 100.000 dólares, es necesaria tres veces esta cantidad para suscribir un seguro de responsabilidad civil por lesiones personales. El motivo por el cual esta diferencia es necesaria recae, por supuesto, en el mayor riesgo de pérdida para los aseguradores de seguro de responsabilidad que para los de calderas y maquinaria. En muchos Estados no se hace distinción en los requisitos de capital en cuanto al tipo de seguro suscrito sino respecto al volumen de operaciones. Al parecer no ha habido ningún modelo constante para definir las normas financieras entre los distintos Estados en lo que se refiere a los requisitos financieros para el seguro de vida en relación con el seguro de responsabilidad y propiedad.

Hay pruebas que demuestran que los requisitos de capital mínimo para cierto tipo de aseguradores no han alcanzado el nivel adecuado. Entre los años 1950-1971, de 2.315 compañías de seguro de vida que iniciaron actividades comerciales en los Estados Unidos, 1.108 interrumpieron dichas actividades. La mayoría de éstas fueron absorbidas por otros aseguradores o reaseguraron en ellas todo su negocio. Uno de los factores de más importancia que motivan el cese de actividades por parte de las nuevas compañías de seguros lo constituye la falta de capital necesario para poder afrontar los grandes gastos iniciales que requiere la adquisición del negocio.

Cuadro 25-1

EJEMPLOS DE REQUISITOS DE CAPITAL MINIMO Y EXCEDENTES PARA ASEGURADORES DE NUEVA YORK

(Cantidades expresadas en dólares)

Clase de negocio	Compañías anónimas		Sociedades mutuas	
	Capital	Excedente	Excedente inicial	Excedente mínimo
Vida	500.000	250.000	150.000	100.000
Anualidad			50.000	50.000
Accidente y salud, excluyendo el no cancelable	100.000		150.000	100.000
Incluyendo el no cancelable	150.000		200.000	150.000
Calderas y maquinaria	100.000		150.000	100.000
Expoliación y robo	200.000		50.000	100.000
Responsabilidad por lesión personal	300.000		250.000	200.000
Incendio	250.000		150.000	100.000
Transportes marítimos	250.000		500.000	250.000
A todo riesgo				
Al adquirir poderes de a todo riesgo	1.800.000	900.000	1.925.000	
Para mantenerlos	1.800.000		1.575.000	

Fuente: *Leyes consolidadas de McKinney's de Nueva York,* vol. 27, 1966. Además se debe hacer un depósito de 250.000 dólares con el superintendente de seguros.

Nota.—Estos requisitos se aplican a cada tipo de seguro por separado. Si un asegurador suscribe más de un tipo debe poseer los requisitos de capital de cada uno. En consecuencia, un asegurador de pólizas a todo riesgo que a la vez suscriba seguros de incendio, de transportes y de accidentes, establecido antes de 1940, debe tener en su posesión un capital y excedente de 3.550.000 dólares en total. Requisitos relativamente más bajos se aplican a los aseguradores establecidos después de 1940.

Inversiones. Los fondos de un asegurador no pueden ser invertidos en cualquier tipo de valores. Si no existiese una reglamentación de la inversión de fondos, tendría poca validez el exigir tanto capital como condición para poder realizar actividades comerciales. En consecuencia, todos los Estados imponen algunas limitaciones en las inversiones. El objetivo de éstas es exigir que los fondos pagados como anticipos de pago de primas sean invertidos en forma conservadora en obligaciones, hipotecas y otros títulos de renta fija. Lo que se persigue es el mantenimiento de la seguridad y proporcionar una suficiente liquidez que permita a los aseguradores el pago de las reclamaciones cuando sea necesario, aun mediante la venta de tales fondos. La ley suele especificar que cada título o hipoteca debe cumplir ciertas normas mínimas sobre protección de valores, intereses, etcétera. La ley también establece de qué forma debe ser valorado el activo.

Además, algunos tipos de valores no son reconocidos o admitidos a efectos de la reglamentación estatal. Entre ellos se encuentran el mobiliario de oficina, saldos deudores de agentes y otros títulos que no están normalmente sujetos a liquidación para cumplir obligaciones derivadas de los asegurados.

Liquidación. El comisionado de seguros tiene la obligación de liquidar al asegurador insolvente. Algunos aseguradores tienen a sus asegurados afectos a tasas adicionales en caso de una posible falta de pago de reclamaciones, por lo que el comisionado de seguros debe vigilar que estas obligaciones sean cumplidas adecuadamente.

Depósitos de garantía. La mayoría de los Estados exigen que cada asegurador autorizado para realizar actividades comerciales dentro del Estado, deposite una fianza ante el comisionado de seguros para garantizar el pago de reclamaciones a sus asegurados. Estas leyes no gozan de popularidad por los sigientes motivos: El importe de la fianza es en general bastante pequeño en proporción al volumen de negocio como para que constituya una protección real para el asegurado. El Estado debería cuidar la calidad de sus inspecciones y demás procedimientos de control para determinar la solvencia del asegurador. El monto de la fianza no tiene, por lo general, relación alguna con el del capital, excedentes o reservas. Es común que un Estado renuncie a los requisitos impuestos a los aseguradores si otros Estados hacen lo mismo para aseguradores registrados en aquel Estado. Así, la

fianza proporciona una escasa protección adicional a los asegurados, a la vez que complica la reglamentación del seguro.

Hay signos recientes de una mayor severidad de los Estados respecto a los requisitos de fianza de los aseguradores. En el Estado de Illinois, por ejemplo, fue aprobada en 1971 una ley que estipulaba que la fianza fuese igual al 50 por 100 de la totalidad de las primas suscritas en el año anterior, deducido el extorno de primas, que se fija en un monto máximo de 10 millones de dólares.

Reglamentación de tarifas y gastos

El Departamento de Seguros reglamenta las tarifas y gastos de las compañías de seguros. La relación que existe entre la reglamentación de tarifas y la solvencia financiera se explica en el Capítulo 26. La insolvencia constituye un riesgo cuando se cobran tarifas inadecuadas. El Departamento de Seguros debe hacerse cargo de las reclamaciones cuando existan tarifas excesivas o discriminatorias.

Métodos de adquisición de negocio

Desde el comienzo, el agente ha tenido un papel fundamental en la industria del seguro. Para la mayoría de los consumidores es el agente su único medio de contacto con el asegurador. Puesto que el seguro es una industria muy compleja, es vital que el agente esté bien preparado y cuente con un alto grado de responsabilidad comercial. La mayoría de los Estados exigen que cualquier representante de seguros cuente con una licencia y, como condición para obtenerla, aprobar un examen relacionado con el seguro y los detalles de la ley de seguros del Estado.

Uno de los motivos por los cuales el asegurador no insiste en la implantación de normas de capacitación más rigurosas lo constituye el hecho de que, por lo general, los agentes trabajan a comisión y, el asegurador, teniendo en cuenta que no hay pagos si el agente no produce negocios, emplea el sistema de utilizar más agentes para una mayor producción. Por supuesto

que en tales circunstancias el asegurador no se preocupa demasiado de que sus agentes estén excepcionalmente bien preparados. Sin embargo, las normas sobre otorgamiento de licencias y entrenamiento profesional mejoran constantemente. Se reconoce, no obstante, que un agente mal preparado puede resultar extremadamente caro al asegurador a causa de los errores de tarifación de riesgos y pago de siniestros que pueda cometer ante los asegurados.

La mayoría de los Estados prohiben métodos como el «twisting», el «rebating» y la falsa declaración en la venta de seguro. El «twisting» se presenta cuando un agente convence a un asegurado para que anule una póliza divulgando información inexacta con el prósito de conseguir sus seguros. El «rebating» se produce cuando el agente acepta entregar parte de su comisión al asegurado con el propósito de conseguir un contrato. La licencia del agente puede ser revocada en ambos casos.

Como se ha visto en el Capítulo 22, la industria del seguro ha experimentado una gran expansión en estos últimos años hasta llegar a incluir el seguro de vida variable y los fondos mutuos. Como las anualidades variables están sujetas a la reglamentación tanto federal como estatal, la ley de Valores de 1933, la de Intercambio de Valores de 1934 y la de Inversión de Compañías de 1940 también afectan a la industria de seguros directamente. El producto y su distribución se reglamentan cuidadosamente. La ley de 1933 exige la divulgación completa, al comprador, de todos los datos relacionados en caso de emisión de acciones ordinarias. La ley de 1934 reglamenta el comercio y las operaciones en los mercados de valores para prevenir fraudes y manipulaciones. La ley de 1940 otorgó a la Comisión de Valores e Intercambios, que a su vez tiene bajo su responsabilidad la administración de varias leyes de valores, la autoridad para reglamentar la publicidad de las ventas, métodos de ventas y otros aspectos relacionados con estas cuestiones.

Reglamentación de las provisiones del contrato

Se ha observado cómo las provisiones de muchos contratos de seguro son determinadas por medio de leyes. En varios Estados, las nuevas pólizas deben ser aprobadas antes de ser ofrecidas al público.

El Departamento de Seguros del Estado se hace cargo de las reclamaciones del público asegurado provenientes de la interpretación de disposiciones de la póliza. Se ha visto que se dan malentendidos sobre disposiciones que se consideran estables. Por ejemplo, en 1967, el Departamento de Seguros del Estado de Nueva York trató 12.520 reclamaciones con liquidaciones de daños o provisiones de las pólizas. La mitad de estos casos se relacionaban con el seguro de automóviles y 2.481 con el seguro de accidentes y de enfermedad. Es interesante pero no sorprendente que sólo fueron aceptadas la mitad de estas reclamaciones, lo que indica el grado de incomprensión del público comprador de seguros, como también la gran necesidad de un control reglamentario de las actividades aseguradoras.

LEYES DE SEGUROS DIVERSAS

Una enumeración de otras reglamentaciones gubernamentales del seguro servirán para ilustrar hasta qué punto llega el interés del Gobierno en este campo.

Leyes sobre el servicio de procedimiento

En caso de que un asegurador se vea ante un procedimiento judicial, es necesario entregar una citación a su representante. Para los aseguradores que desarrollan actividades en un Estado determinado, es el comisionado de seguros la persona con autoridad para recibir tales citaciones, bajo un proceso que se conoce como *estatutos de servicio de procedimiento*. Anteriormente surgió el problema de cómo prestar este servicio a un asegurador que desempeñase sus funciones fuera de un Estado determinado. Un asegurado podía obtener una póliza negociando con el asegurador por medio del correo, como también se daba el caso

de un asegurado que obtenía una póliza en un Estado determinado y luego cambiaba de domicilio a otro Estado en que el asegurador no estaba autorizado para operar. A través de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguro, la mayoría de los Estados han aprobado unos estatutos, llamados *leyes de servicio de procedimientos para aseguradores no autorizados*, gracias a los cuales ya no es necesario para un asegurado acudir a tribunales lejanos para iniciar un pleito sobre contratos suscritos por los mencionados aseguradores no autorizados. Sólo se necesita presentar una notificación al comisionado de seguros o a algún representante del asegurador en cuestión.

Leyes de represalia

La mayoría de los Estados han dictado leyes que estipulan lo siguiente: Si un asegurador debidamente registrado en un Estado *R* es perjudicado por medidas desfavorables, como lo pueden ser un alza de impuesto o la imposición de una tasa de licencia, en otro Estado *T*, el Estado *R* se reserva el derecho para imponer automáticamente similares medidas a todos los aseguradores del Estado *T* que desarrollan actividades en él. Este tipo de normas, conocidas como *leyes de represalia*, son adoptadas por tres cuartos de la totalidad de los Estados. Su efecto es el de estimular a cada Estado a abstenerse de aplicar impuestos poco usuales a aseguradores foráneos por miedo a que los aseguradores locales sufran la misma suerte en otros Estados.

Leyes de antianulación

La mayoría de los Estados han aprobado leyes que limitan el derecho de un asegurador de automóviles para anular pólizas sin motivos válidos. Las leyes no son uniformes en lo que se refiere al tipo de vehículo asegurado, pero, por lo general, son los automóviles privados de pasajeros los que están sujetos a esta restricción. Algunos Estados limitan la aplicación de estas leyes a los seguros de responsabilidad, pero en la mayoría son aplicadas a todo tipo de seguro, incluyendo los de responsabilidad y daños materiales. En estas leyes se exige también a los aseguradores notificar al asegurado la no renovación de la póliza.

La mayoría de las leyes estipulan que, a menos que un asegurador cancele una póliza recientemente otorgada dentro de un plazo de sesenta días después de hacerse efectiva, sólo puede res-

cindir el contrato por motivos específicos, entre los cuales se incluye la falta de pago de primas, seguro obtenido mediante declaración fraudulenta, violación por parte del asegurado de cualquier condición de la póliza, suspensión del permiso para conducir del asegurado, ataques al corazón y epilepsia, la existencia de accidente o antecedentes penales y el uso habitual de bebidas alcohólicas o drogas. La relación de motivos que autorizan la anulación es tan larga y amplia en su fraseología que parece, por un lado, otorgar al asegurador toda libertad para anular la póliza, al mismo tiempo que concede al asegurado la suficiente protección para evitar la anulación de su póliza arbitrariamente.

Leyes recíprocas

En contraste con las leyes de represalia, una *ley reciproca* estipula que si un Estado presta un servicio a otro, el favorecido debe retribuir de igual forma. Por ejemplo, es normal en las leyes estatales de responsabilidad financiera convenir que si, de acuerdo con las leyes de un determinado Estado, a un automovilista se le prohibe conducir en él, no tendrá autorización tampoco para conducir en el otro. A tenor de las leyes uniformes sobre liquidación de aseguradores, se habilita a un individuo que reclama la insolvencia de un asegurador de otro Estado para presentala en su región evitándole así un viaje innecesario fuera de su Estado.

Leyes de anticoerción

Los *estatutos de anticoerción* están dirigidos contra las actividades ya superadas de ciertas agencias de préstamo que condicionaban los créditos a la adquisición de un seguro con la agencia. Esto podía impedir, entonces, al comprador de una casa la elección del asegurador de su propiedad. El cliente se veía obligado a pagar primas mayores que las normales. Estos métodos de «amarre» fueron considerados un impedimento para el libre comercio y declarados ilegales por más de una ley antimonopolio. Como resultado, las leyes anticoerción fueron aprobadas en varios Estados.

IMPUESTOS EN SEGUROS

Las compañías de seguro representan una fuente de ingresos relativamente sustancial para los Estados. En 1970, los impuestos del seguro alcanzaron un 3 por 100 del total de recaudaciones de impuestos de los Estados. Los impuestos de compañías de seguros son mayores que las recaudaciones de impuestos de los servicios públicos y superan a los ingresos que proporcionan los impuestos por fallecimientos y donaciones y los de autorización de sociedades. Son casi tan extensos como los impuestos de bebidas alcohólicas.

En la mayoría de los Estados, estos ingresos se obtienen de un impuesto sobre el importe bruto de la prima. Los impuestos sobre ésta varían entre un 1 y un 4 por 100, siendo el 2 por 100 la cantidad más usual, a lo que se suma un cuarto o la mitad del porcentaje para el sostenimiento de la oficina estatal de bomberos. Muchos Estados tienen, además, impuestos especiales de acuerdo con las distintas categorías del seguro.

Las compañías de seguro están también sujetas a impuestos federales sobre sus rentas. Las sociedades anónimas pagan impuestos de suscripción y rentas de inversiones de acuerdo a las tarifas normales. A los aseguradores en forma mutua se les concede un trato distinto... Si una mutualidad tiene un ingreso neto de menos de 75.000 dólares, queda exenta de impuestos. Se estima que más o menos un 3 por 100 del total del volumen de las primas de las mutualidades lo contratan sociedades exentas de impuestos. Para mutualidades mayores, el impuesto es el mayor que resulta entre aplicar el 1 por 100 a la totalidad de los ingresos o el que se cobraría al aplicar tarifas normales a los ingresos por inversión.

Los aseguradores de vida están sujetos a una fórmula especial en cuanto a los impuestos federales de ingresos. Sin entrar en detalle, se puede afirmar que los aseguradores de vida pagan impuestos sobre la parte de los ingresos de inversiones netas que sobrepasan la cantidad suficiente para mantener las reservas legales, más una porción de la ganancia de la suscripción neta. Hasta el año 1959 los aseguradores de vida estaban exentos de impuestos de utilidades de suscripción y a la vez gozaban de una fórmula favorable para los impuestos de los ingresos de inversión netos. La nueva fórmula *federal de impuestos* dobló aproximadamente los impuestos de esta clase de aseguradores.

COMPETENCIA DEL GOBIERNO EN EL SEGURO

El Gobierno de los Estados Unidos se ha hecho cargo recientemente de programas de seguros en aquellos campos en que los aseguradores privados no actúan o no han querido hacerlo. Estos programas son los planes de Acceso Equitativo a los Requisitos de Seguro (FAIR), el seguro contra los daños de la naturaleza, el seguro contra el crimen y el seguro federal contra daños en las cosechas.

Planes del FAIR

Los planes de Acceso Equitativo a los Requisitos del Seguro (FAIR) son en su origen producto de un proyecto de reaseguro contra disturbios callejeros, establecido por la ley federal de Desarrollo Urbano y Construcción de Viviendas (HUD) de 1968, aprobada en una época en que los violentos disturbios sociales ocurridos en las grandes ciudades hicieron imposible obtener el seguro de propiedad por los medios habituales.

Los proyectos del FAIR son administrados en cada Estado por aseguradores privados que cooperan como grupo o como sindicato para hacer el seguro de propiedad accesible a los clientes que no pueden obtenerlo por los métodos normales. Los proyectos del FAIR iniciados en 1971 funcionan en 26 Estados, en Puerto Rico y en el Distrito de Columbia. Los agentes y corredores colaboran con los propietarios de casas formulando solicitudes de cobertura, emitiendo pólizas, cobrando primas y presentando reclamaciones. Los aseguradores autorizados de un determinado Estado participan en las pérdidas y costos del plan en proporción a las primas cobradas por cada uno de ellos, en su Estado, en el seguro de propiedad. Para estimular a los aseguradores privados a participar en este «pool», el Gobierno Federal otorga cobertura de reaseguro contra las pérdidas excesivas causadas por los disturbios sociales.

A los aseguradores que participan en estos programas contra disturbios sociales se les exige reasegurar las pérdidas causadas por incendio, peligros combinados y robo. También tienen la opción de obtener dicha cobertura contra las pérdidas derivadas de disturbios que afecten a pólizas de transportes terrestres o marítimos, maquinaria, cristales y aviación.

Bajo el plan FAIR, el asegurado debe pagar la prima normal

por su seguro, a menos que su propiedad no cumpla las normas mínimas de suscripción, en cuyo caso puede elevarse dicha prima. También se permite al asegurado solicitar una inspección de su propiedad y se le informe sobre las mejoras que debe introducir para alcanzar el nivel de seguridad requerido. En algunos casos puede recibir incluso una subvención del Gobierno Federal para llevar a cabo las reparaciones necesarias. Su solicitud no se puede rechazar porque su vivienda esté localizada en zonas de disturbio o peligros causados por el medio ambiente.

El plan FAIR de reaseguro contra incendio se basa en varios niveles, cada uno de los cuales debe agotarse para pasar al siguiente. Desde 1971, el asegurador original paga al Estado el 0,15 por 100 de sus primas como precio de la cobertura de reaseguro. En caso de pérdidas causadas por disturbios, responden las siguientes entidades: 1) El asegurador original, hasta el 2,5 por 100 de las primas emitidas en el Estado; 2) El Departamento de Desarrollo Urbano y Construcción de Viviendas con cargo a los fondos de reaseguro; 3) Todos los *aseguradores privados* del Estado por un importe igual al 2 por 100 de las primas cobradas dentro del Estado, divididas entre los aseguradores en proporción a sus primas en ese Estado; 4) El Gobierno estatal, por una cantidad igual al 5 por 100 del total de las primas de seguro de propiedad recaudadas dentro del Estado en el año anterior; 5) Nuevamente el Departamento de Desarrollo Urbano y Construcción, que puede pedir préstamos de hasta 250 millones de dólares al Departamento del Tesoro.

Los proyectos del FAIR han constituido un importante factor en la resolución de la crisis de inestabilidad del mercado del seguro de propiedad en algunas zonas urbanas. Un informe estableció que los planes del FAIR representaron un 21,2 por 100 del total de cobertura combinada y contra incendios en Wáshington D. C.; 11,9 por 100 en Nueva York; 4 por 100 en Illinois, y 3,8 por 100 en Masachusetts.

Desde el comienzo del programa hasta 1970, unos 5,8 millones de dólares en reclamaciones han ido a cargo del fondo de reaseguro y unos 20 aseguradores han pagado 1,8 millones por pérdidas de este concepto.

Seguro contra inundación

Por su naturaleza misma, el seguro de inundaciones no se otorga habitualmente por los aseguradores privados, que se ve-

rían afectados por una antiselección. Por ello, la única fuente de ingresos serían las reducidas primas de aquellos solicitantes que más probablemente experimentarían las pérdidas, dificultándose la dispersión del riesgo y la creación del necesario fondo para el pago de reclamaciones catastróficas.

En 1968 se puso en práctica un programa nacional de seguro de inundación que se basó en: 1) Administración de tierras y otras medidas de control, destinadas a ayudar a la prevención de pérdidas por inundaciones; 2) Subvenciones federales para permitir la venta del seguro de inundación a las personas expuestas a dicho riesgo; 3) Cooperación con la industria del seguro privado y los gobiernos estatales para distribuir el seguro contra inundación y controlar las pérdidas. De acuerdo con estas normas, para que una comunidad pueda optar al seguro de inundaciones debe acordar medidas de prevención de las pérdidas. También los propietarios individuales de cosas deben garantizar la disposición de ciertos mecanismos para la prevención de pérdidas. Se supone que una vez establecidas normalmente las medidas de *administración y uso de tierras* y a la vez que se reduzcan las posibilidades de pérdida por inundaciones y se desarrollen y comprueben los niveles actuariales de las tasas, el mercado de seguros privados podrá poner en práctica este proyecto sin necesidad de subvenciones federales.

Las subdivisiones territoriales, dentro de los Estados, pueden solicitar autorización para emitir coberturas contra inundaciones mediante programas que incluyan algunas de las siguientes medidas: 1) Adoptar normas sobre el uso de las tierras que obliguen a utilizar zonas con alto riesgo de inundación como campos abiertos (parques, agricultura, patios de recreo); 2) Exigir que las nuevas construcciones en zonas de inundación inminente tengan alturas mínimas desde el primer piso; 3) Exigir que se lleven a cabo pruebas contra inundaciones en los edificios existentes.

El seguro contra inundaciones se distribuye por agentes y corredores de la región en las comunidades seleccionadas. Una agrupación de unos cien aseguradores privados, La Asociación Nacional de Aseguradores contra Inundaciones (NFIA) atiende la suscripción de nuevas coberturas. Entre las propiedades seleccionadas se encuentran viviendas para un número de familias inferior a cinco, propiedades ocupadas por firmas comerciales pequeñas y sus mercancías. Durante la fase inicial del programa se ponen en vigor tarifas y coberturas de «emergencia» a base de subvenciones. La cobertura se limita a 17.500 dólares por vivienda de familia única, 30.000 por viviendas para varias familias, 5.000 por sus muebles y 30.000 para los enseres de los pequeños comercios. En 1971 las primas eran del 0,40 por 100 para el edificio y del 0,50 por 100 para su contenido. En 1972, las tarifas se vieron reducidas al 0,25 por 100 para estimular la mayor utilización de este seguro. Sin duda, nuevos estudios actuariales originarán cambios de tarifa.

La póliza se extiende con una franquicia de 200 dólares o un 2 por 100 del total del seguro. No se otorga asistencia federal para desastres en aquellas propiedades localizadas en zonas donde existe el seguro de inundaciones. Esta medida se tomó para evitar la duplicidad de beneficios y estimular una gradual dependencia total del seguro contra inundaciones como sustituto de la ayuda oficial para catástrofes. La póliza cubre las inundaciones y deslizamientos de barro. Se define la inundación como la que afecta a zonas terrestres normalmente secas, causada por el desbordamiento de aguas fluviales o de marea, así como la ocasional y rápida acumulación de aguas de superficie por cualquier causa. La póliza no cubre daños derivados de causas controlables por el asegurado o por circunstancias que no provocan la inundación general de la zona. Exceptuando a Idaho, Illinois, Maine, Michigan, Montana, Nevada, New Hampshire, Uthat, Vermont y Wyoming, todos los Estados han establecido desde 1971 el seguro de inundaciones en una o más de sus subdivisiones territoriales. El programa depende de la Administración Federal de Seguros (FIA) que ha negociado un convenio de reaseguro con la NFIA para las pérdidas excesivas. Bajo este convenio, las pérdidas de los aseguradores que participan en el programa se limitan a un 125 por 100 de las primas cobradas anualmente. Además, el HUD paga el 90 por 100 de las pérdidas experimentadas durante el período de «emergencia» previo al término de los estudios actuariales que fundamentan la estructura definitiva de las tarifas.

Si el programa de seguros de inundaciones tiene el éxito que muestra actualmente, es posible que aumenten los riesgos por cubrir, incluyendo los casos de terremoto, interrupción del negocio, demolición y costos de sustitución. Podrían incluso modificarse las normas, autorizando la cobertura de propietarios distintos de los comerciantes y dueños de casas. Se necesitan también diversos estudios que informen sobre el efecto del seguro de inundaciones sobre los ingresos del impuesto patrimonial, los préstamos hipotecarios en zonas de inundación y las ordenanzas de construcción.

Seguro contra el crimen

La intranquilidad social de los centros urbanos y otros factores similares que han motivado la creación de los proyectos del FAIR han provocado también un programa federal de seguro contra el crimen. En mayo de 1971, la FIA promulgó el reglamento que propone un nuevo programa de seguro contra el crimen con respaldo gubernamental, iniciado el 10 de agosto de 1971. Este programa, aprobado por la ley de Desarrollo Urbano y Construcción de Viviendas, de 1970, permitió al Gobierno Federal dar cobertura contra el crimen (especialmente el robo y la expoliación, excepto del automóvil) directamente o a través de aseguradores privados en cualquier Estado en el cual se ha demostrado que existe una escasez de este seguro a tarifas razonables. Una encuesta de la FIA muestra que en 1971 había dieciocho Estados y territorios en que existía esta escasez crítica. (En realidad el seguro se ofrecía en once de estos Estados cuando se inició el programa en 1971.) Otros nueve Estados estaban catalogados como posibles candidatos al seguro.

Al desarrollar el concepto de tarifas «razonables» la FIA utilizó estadísticas preparadas por la Oficina Federal de Investigación (FBI). Estos datos fueron recopilados por Zonas de Estadísticas Metropolitanas Normales, según las define la Oficina del Censo de los Estados Unidos. Cada zona de tarificación es clasificada de acuerdo a la criminalidad que existe en ella conforme a las estadísticas del FBI. Hay tres clasificaciones: baja, media y alta. Por ejemplo, a una residencia privada con cobertura de 5.000 dólares se le aplica una tasa semestral de 40 dólares en una zona de bajo riesgo, 45 en una de riesgo medio y 50 en una de riesgo alto. Una tarifa razonable es aquella que una persona relativamente prudente está dispuesta a pagar en atención a los costos y beneficios en su territorio.

El nuevo programa opera a través de aseguradores privados que a la vez son agencias al servicio del Gobierno Federal. Sin embargo, el riesgo es asumido por la FIA que actúa como asegurador. Agentes y corredores regulares distribuyen la cobertura conjuntamente con otros seguros. La ley federal estipula que el nuevo programa está exento de cualquier tipo de impuestos y reglamentación tanto federal como estatal. Además, ningún agente o corredor está sujeto a impuestos estatales o leyes de seguro o reglamentación en las actividades que desarrolle bajo la ley que establece la nueva cobertura. Los agentes y corredores

no están autorizados a ofrecer seguro en términos distintos de los fijados por la FIA para el programa. En consecuencia, el nuevo programa establece el precedente de privar de cierta autoridad tributaria y aseguradora a los Estados que gozaban tradicionalmente de cierta *libertad en este campo.*

Para optar al seguro federal contra el crimen, el asegurado debe: 1) Vivir en un Estado aprobado para este fin; 2) Cumplir ciertas condiciones standard de protección; 3) Permitir inspecciones de su propiedad en horas razonables; 4) Acceder a informar al asegurador de todas las pérdidas por delitos aunque también haga una reclamación formal; y 5) Aceptar el tipo de cobertura prescrito por la FIA.

Póliza de residencia. La póliza residencial cubre robo, expoliación e intento de robo de las cosas aseguradas, incluyendo los daños causados por el intento. La cobertura cubre también vandalismo y daños malintencionados a la propiedad. Puede suscribirse para una, dos, tres o cuatro familias. La póliza puede también suscribirse en coberturas múltiples de 1.000 a 5.000 dólares. Tiene una franquicia de 100 dólares o un 5 por 100 de la pérdida, según cuál sea la cantidad mayor. La franquicia se aplica a la pérdida total y no al límite de la póliza. En consecuencia, cuando un asegurado tiene una pérdida de 3.000 dólares con sólo 2.000 de cobertura, la franquicia de un 5 por 100 (150) se aplica a los 3.000. Por lo tanto, el asegurado recuperaría los 2.000, el límite de su póliza. La póliza se aplica como cobertura excedente si el asegurado tiene otro seguro. Se requieren treinta días para la anulación. Las demás condiciones son similares a la cobertura comercial de esta clase.

Póliza de comercio. La cobertura bajo la póliza comercial se extiende para cantidades que oscilan entre 1.000 y 15.000 dólares. Hay una franquicia de 200 dólares por pérdida o el 5 por 100 de la pérdida total. Hay tres tipos de tarifas para entidades comerciales de acuerdo al grado del peligro que entrañen. Las primas varían en base al tipo de comercio, zona de operaciones, volumen de ventas y capital asegurado.

La estructura de las tarifas de las pólizas comerciales supone que las firmas mayores son más peligrosas que las menores, por lo tanto se les otorgan sólo descuentos ínfimos al contratar las pólizas. También existe una actitud distinta respecto al concepto de tarificación razonable para entidades comerciales y pólizas residenciales. Por ejemplo, mientras el propietario de una residencia valorada en 15.000 dólares con un contenido de 5.000 paga menos de 200 anuales, el propietario de una firma comer-

cial paga seis veces esa cantidad, en razón de sus mayores posibilidades de pago y de riesgo de pérdida. La póliza comercial, por ejemplo, cubre los siguientes riesgos: robo, dentro o fuera de la propiedad, secuestro, robo de la Caja de Fondos del depósito nocturno y robo al guarda. Los riesgos de estafa, guerra, revolución o rebelión, incendio, reacción nuclear y pérdida de manuscritos, cuentas o registros no están incluidos en la póliza comercial.

El programa federal de cobertura contra el crimen supone para el Gobierno Federal una nueva actividad ya que por primera vez se ha invadido un campo tradicionalmente reservado para los aseguradores locales privados mediante el seguro directo en vez del reaseguro. La subvención del programa parece ser cuantiosa. Por ejemplo, la tasa anual por cada 1.000 dólares de cobertura de la FIA es bastante menor que el seguro comercial, que es posible que no exista. Se estima que si se cumplieran los requisitos de protección, la industria privada podría ofrecer la cobertura a precios razonables. La ley exige a la FIA poner término a la cobertura federal si el seguro es accesible en el mercado normal a precios posibles para el público. Se estima a la vez que los aseguradores privados continuarán concentrando sus energías en tipos de riesgo mayores, dejando éstos al programa de la FIA.

Seguro de cosechas

El seguro de cosechas se divide en dos categorías: *seguro de pedrisco y seguro de cosechas a todo riesgo.* El primer plan lo suscriben aseguradores privados y la cobertura se limita generalmente a los riesgos de incendio y pedrisco que causan daños superiores al 5 por 100 del valor total de la cosecha. El seguro de pedrisco existe desde el año 1930 y ha experimentado una constante expansión hasta 1969, en que alcanzó un volumen de 127 millones de dólares de ingreso por primas, asegurando cosechas valoradas en 3,5 mil millones. Las mayores cosechas aseguradas son las de trigo, maíz, tabaco, soja y algodón. La cobertura se basa en una estimación del valor de la cosecha y las indemnizaciones, que en 1969 alcanzaron al 69 por 100 de las primas cobradas, están destinadas a reembolsar al agricultor por sus costos y utilidades previstas.

El Seguro de Cosechas a todo riesgo se diferencia del seguro de pedrisco en lo siguiente:

1. Se pretende reembolsar al agricultor sólo en el caso de pérdida equivalente al monto de la inversión inicial de la cosecha y no a los beneficios previstos.
2. El seguro debe adquirirse al momento de la siembra mientras que el de pedrisco puede adquirirse en cualquier época del año.
3. El seguro debe cubrir la totalidad de la cosecha mientras que el de pedrisco puede adquirirse por zonas concretas.
4. Las indemnizaciones se basan en las diferencias entre la estimación del volumen de la cosecha y la cosecha real. Si la cosecha es inferior al nivel mínimo, se le reembolsan al agricultor los gastos de la producción. La cobertura no puede ser mayor del 75 por 100 del rendimiento medio del agricultor.

El seguro federal de cosechas a todo riesgo se dio a conocer por primera vez en 1938. Ya en 1969 el volumen total de las primas alcanzaba los 49 millones de dólares y el valor de las cosechas aseguradas era de casi mil millones de dólares. Los costos de operación del programa se cubren mediante ingresos procedentes de los impuestos. En 1969, los agricultores recibieron indemnizaciones por más de 56 millones de dólares, superando así las primas pagadas en un 14 por 100.

La cantidad total del seguro de cosechas, aproximadamente un 10 por 100 del valor total de la producción agrícola, resulta modesta en comparación con ésta, cuyo valor total se estimaba en 1968 en unos 48 millones de dólares. Un estudio indica que en 1967 un 41 por 100 de los agricultores muestreados se aseguraron contra incendio de cosechas y un 13 por 100 contaban con seguro federal a todo riesgo. En 1968 sólo un 12 por 100 de las hectáreas con opción al seguro federal estaban aseguradas.

El escaso éxito alcanzado por el seguro de cosechas tiene varias explicaciones. Primero: No se indemniza a los agricultores por pérdidas causadas por mala administración o labranza inadecuada sino, solamente, por daños inevitables, los cuales se determinan por una junta administrativa federal. Segundo, existe un cierto grado de selección adversa en el seguro de cosecha porque muchos agricultores esperan hasta el final de la temporada para poder determinar si van a tener una buena cosecha antes de adquirir seguro de pedrisco. Esta táctica no se puede emplear en caso de adquirir el seguro de cosecha a todo riesgo. Tercero, considerando que el seguro cubre solamente los costos de producción y que éstos varían entre un 30 por 100 del valor de una cosecha de trigo y un 60 por 100 del valor de una cosecha de soja, algodón o tabaco, el valor total del seguro de cosecha a todo riesgo resulta ser considerablemente menor a la estimación del valor total de la producción agrícola. Cuarto, no to-

das las cosechas pueden optar al seguro federal a todo riesgo en esta materia. En estos momentos, según el Departamento de Agricultura, sólo tiene opción un 25 por 100 de la totalidad de las cosechas de la mitad de los condados de Estados Unidos.

Teniendo en cuenta sus limitaciones, el seguro de cosechas ha tenido una aceptación razonable. A medida que se adquiera más experiencia en este tipo de seguro, su contratación será liberalizada. No existen motivos por los cuales los aseguradores privados, bajo determinadas condiciones, no pudiesen operar con éxito. Una de estas condiciones sería la falta del seguro de cosechas con subvención federal o el otorgar subvenciones similares a aseguradores privados. Al parecer, el seguro a todo riesgo de cosechas, en vez de constituir una cobertura sólo para costos de producción, podría abarcar los mismos beneficios que el de pedrisco. El seguro de cosechas es, potencialmente, un instrumento de riesgo de administración valioso para los agricultores. En el futuro, podría tener, por tanto, un papel importante en operaciones agrícolas si se estimulara la cooperación entre aseguradores gubernamentales y privados.

RESUMEN

1. El seguro se reglamenta por varias razones que lo distinguen de la industria de bienes tangibles. Entre éstas se incluyen su complejidad, su importancia para la seguridad económica de millones de personas, la naturaleza pública de muchas de sus actividades y la necesidad de cierto control sobre su política de precios.
2. Los Estados reglamentan el seguro, pero el Gobierno federal, de acuerdo a la decisión de 1944 en el caso de la Asociación de Aseguradores del Sudeste y la Ley Pública número 15, también tiene autoridad reglamentaria, primordialmente en el campo de la competencia.
3. Existe un antiguo debate sobre los méritos relativos de la reglamentación federal del seguro frente a la estatal. A pesar de ciertas ventajas de la reglamentación federal, parece poco probable que el sistema existente vaya a ser sustituido, a menos que se compruebe la superioridad de la federal. Es posible que se lleve a cabo un aumento de la reglamentación federal en áreas específicas del seguro, como, por ejemplo, el control de los aseguradores foráneos.
4. Los aspectos más importantes de la reglamentación son los del control de precios, normas sobre la situación financiera, métodos de venta y disposiciones de las pólizas. Un asegurador debe estar debidamente autorizado para llevar a cabo actividades comerciales en un determinado Estado, debe probar su capacidad para pagar las reclamaciones y debe someter todas las fases de sus operaciones a la supervisión del Comisionado de seguros.
5. La reglamentación del seguro tiene, en general, un efecto positivo sobre la institución, manteniendo la confianza pública, la uniformidad conveniente y evitando prácticas viciosas derivadas de la competencia ilimitada en la industria.
6. La competencia del gobierno en seguros es importante en el campo del seguro de vida y cada vez mayor en el de cosas. Los nuevos programas gubernamentales del seguro de cosas del Departamento de Desarrollo Urbano y Construcción de Viviendas de los Estados Unidos incluyen al proyecto FAIR, el seguro de inundación y el seguro contra el crimen. El Gobierno federal también actúa en el campo del seguro de cosechas a todo riesgo. Sus actividades en el seguro de personas bajo el DASDHI han aumentado considerablemente desde la inauguración del programa en 1935. Estos programas continuarán, al parecer, extendiéndose tanto en seguro de propiedad como de vida y salud, sobre todo en aquellos sectores en que los aseguradores privados se muestren débiles.

PREGUNTAS DE REVISION

1. Un autor ha manifestado: «La probabilidad concreta de una socialización a largo plazo de grandes sectores del seguro es bastante factible. Varios sectores del comercio luchan en estos momentos contra las amenazas de socialización.»
   (a) ¿A qué clase de seguro se refiere el autor? ¿Por qué?
   (b) Indicar las principales características del seguro en trance de ser socializado.

2. Un representante de la Asociación de Agencias de Seguro declaró: «La naturaleza de nuestro comercio exige la más rígida adhesión a métodos de operación eficientes. Por tanto, son pocos los que están a favor de la necesidad de una reglamentación.» ¿Por qué se considera necesaria la reglamentación del seguro, cuando en la industria de artículos tangibles se mira esto como una interferencia en los derechos de la libre empresa? Comentarlo.
3. Un representante de un grupo de agentes manifestó: «Debido a nuestra pequeñez, tememos la reglamentación federal; mientras que ya es bastante difícil para el agente de seguros ordinario participar en los problemas de reglamentación a nivel estatal, es virtualmente imposible para la inmensa mayoría de nosotros llevar nuestros problemas a Washington.» ¿Qué relación tiene este argumento con los planteamientos contra la reglamentación federal del seguro? ¿Está usted de acuerdo? Explíquelo.
4. Un estudio ha demostrado que muchos Estados tienen leyes más liberales para las inversiones de los aseguradores privados que las del Estado de Nueva York. El estudio recomienda doblar el porcentaje de bienes raíces declarados que los aseguradores de vida en Nueva York podrían invertir en acciones de tipo corriente. El informe declara: Un análisis de las leyes de seguro de vida en 12 Estados importantes demuestra que se limitan severamente las inversiones en acciones corrientes de los aseguradores de Nueva York. La cantidad de acciones corrientes que pueden adquirir las agencias de seguro de vida domiciliadas en estos Estados es la siguiente: California: 100 por 100 de bienes raíces declarados (sobre el capital mínimo). Connecticut: 100 por 100 de bienes raíces declarados. Illinois: 100 por 100 de excedentes. Indiana: 10 por 100 de bienes raíces declarados. Massachusetts: 25 por 100 de reservas, más el 100 por 100 de excedentes. Michigan: 5 por 100 de bienes raíces declarados. New Jersey: 10 por 100 de bienes raíces declarados (15 por 100 con la aprobación del Comisionado). Nueva York: 5 por 100 de bienes raíces declarados o 50 por 100 de los excedentes para tenedores de póliza (lo que constituya la cifra menor). Ohio: 5 por 100 de bienes raíces declarados. Pennsylvania: 5 por 100 de bienes raíces declarados. Texas: 100 por 100 de los excedentes. Virginia: 100 por 100 de los excedentes (sobre el excedente mínimo). Wisconsin: 15 por 100 de bienes raíces declarados.
   (a) ¿Cómo afectaría la ley Appleton a un asegurador registrado en Massachusetts que quisiera realizar actividades comerciales en Nueva York?
   (b) Evaluar los argumentos de las leyes de Nueva York que ponen en desventaja a los aseguradores registrados en ese Estado respecto a las reglamentaciones de inversión:
5. Un comisionado de seguros de un gran Estado manifestó lo siguiente: «La posición del comisionado no es hoy agradable. Se le critica por las alzas de tarifas, por la falta de mercados de seguro, por la insolvencia de algunas compañías, por mantener un nivel muy alto de uniformidad en las tasas de cobertura o por ser demasiado flexible en la reglamentación de la industria. Por otro lado, hay dirigentes de la industria del seguro que critican al comisionado por su falta de uniformidad y abuso de la reglamentación.». En su opinión, ¿es tarea del comisionado de seguro hacerse cargo de cada una de las cuestiones expuestas más arriba? Si es así, dé un ejemplo de la clase de actividades que corresponden a cada categoría.
6. Un magistrado de la Corte Suprema, refiriéndose a la cuestión de doble reglamentación, declaró lo siguiente: «Puede permitirse la doble reglamentación —federal y estatal—, pero desde un punto de vista práctico es inadecuada. La doble reglamentación puede quebrantar tanto a la ley federal, que la intención del Congreso de impedir la acción estatal puede ser implícita.»
   (a) ¿Qué significado tiene esta declaración?
   (b) Basándose en esta declaración, ¿considera usted que el magistrado está a favor o en contra de la reglamentación federal del seguro?
7. (a) ¿Por qué se considera la conexión de directivos como práctica comercial indeseable?
   (b) ¿Por qué constituye la conexión de directivos una práctica importante en la industria del seguro? ¿Cree usted que se puede justificar su existencia en el campo del seguro? ¿Por qué?

8. (a) Exponga las causas por las cuales no todos los Estados autorizan a los corredores de seguro.
   (b) ¿Qué efecto tienen las leyes federales sobre los corredores?
   (c) ¿Reglamenta la ley a los corredores de seguro?
9. Se estima que bajo las reglamentaciones federales del seguro, las situaciones locales pueden ser administradas a través de un sistema de oficinas de distrito, tal como el que existe en el Sistema Federal de Reservas. Se puede otorgar autonomía a todas estas oficinas para adaptarse así a las condiciones locales. De este modo, todas las ventajas de la uniformidad nacional pueden ser alcanzadas sin las desventajas de una supervisión rígida de autoridades distantes. Evalúe este plan, destacando sus ventajas y desventajas.
10. ¿Existe, en su opinión, una competencia real en el campo del seguro? Si es así, proporcione ejemplos específicos.
11. Además de cumplir los requisitos de organización aplicables a los demás aseguradores, un asegurador mutuo debe cumplir otros requisitos, como poseer una cantidad mínima de solicitudes de seguro, de riesgos y de primas para estos riesgos. En Nueva York, por ejemplo, un asegurador mutuo que solicita una licencia para contratar seguros por lesiones personales debe tener por lo menos 500 riesgos distintos, de los cuales no más de cinco serán riesgos de un solo cliente, con una prima anual de 50.000 dólares. Si esto es cierto, ¿cómo puede comenzar un asegurador sus actividades comerciales?
12. ¿Constituye un método aceptable de comercio que un asegurador le ofrezca a usted un extorno de un 20 por 100 de su comisión si accede a comerciar con él? Coméntelo.
13. Muchos agentes de seguro profesionales objetan la contratación de agentes ocasionales. Exigen también requisitos de licencia más estrictos que los que actualmente se exigen en la mayoría de los Estados. ¿Por qué tanta objeción a los agentes ocasionales?
14. «A» compra una póliza de seguro por correo y, al sufrir una pérdida, no logra recibir pago alguno. El asegurador ni siquiera responde a la carta de «A» en la cual le informa de la pérdida. Un agente local informa a «A» que el asegurador en cuestión no está registrado en el Estado y ni siquiera cuenta con representantes en la región. ¿Es necesario que «A» se traslade al Estado donde opera el asegurador para entablar el correspondiente pleito? ¿Por qué?
15. Un legislador de un determinado Estado sostiene que una buena forma para elevar los ingresos estatales es incrementar los impuestos sobre la prima de todos los aseguradores del Estado. ¿Qué puntos deben investigarse antes de recomendar la aprobación de estos impuestos?
16. Distinguir entre ley de represalia y ley de reciprocidad.
17. Se ha solicitado un préstamo a una compañía hipotecaria para la construcción de una casa. El representante de la compañía indica que la solicitud se aprobará si se llega a un acuerdo en que el cliente acepte también adquirir seguro de incendio a través del representante. El cliente notifica a su asegurador que, aunque preferiría negociar con él, tendrá que prescindir de hacerlo por necesitar un préstamo. ¿Qué opciones se le presentan al asegurador para conservar la operación con su cliente habitual?
18. En 1971, un funcionario del HUD informó que 700 comunidades tenían opción a participar en el nuevo programa federal de seguro de inundación. Sin embargo, muchas regiones en peligro de inundación no la tienen. Por ejemplo, en California entre 345 zonas con peligros de inundación, sólo 88 tienen opción. ¿Cuáles son los motivos de esta situación? ¿Son válidos?
19. El texto expone lo siguiente: «A través del programa de reaseguro de disturbios sociales, la industria privada de seguro absorberá probablemente la mayoría de los costos adicionales del seguro de cosas sometidas a la gran intranquilidad social urbana.» ¿Cuáles son las implicaciones de esta declaración?

26

Los problemas en el precio

El costo del seguro es uno de los factores vitales para analizar profundamente el concepto de riesgo. El asegurado desea comprender los motivos de las fluctuaciones de la prima. El asegurador, a la vez debe servir sus intereses fijando la prima a un nivel elevado para cubrir sus costos y también lo suficientemente baja para competir en el mercado. Tanto el asegurador como el asegurado se interesan por una tarifa justa para que así se cobre a cada grupo asegurado una porción equitativa de las pérdidas totales y del peso de los gastos. En este capítulo vamos a estudiar los problemas de la tarificación del seguro.

LA COMPOSICION DE LA PRIMA

La tasa de seguro es la cifra total de dinero que se cobra por unidad de riesgo. La prima del seguro es el producto de multiplicar la tasa por la cifra total de unidades de riesgo. En consecuencia, en el seguro de vida, si la tasa es de 20 dólares por cada 1.000 de un seguro de vida normal extendido a la edad de treinta años, la prima es de 200 dólares por una póliza de 10.000.

Se puede dividir la tasa en dos partes: la que cubre el coste de la pérdida pura por unidad de riesgo (o prima pura) y la que se denomina recargo para gastos de beneficio del asegurador.

Por ejemplo, en el seguro de automóviles, el costo de la pérdida pura puede ser de 30 dólares por automóvil normal de bajo

costo más 10 por costo de reclamación y determinación de pérdidas, lo que da una prima pura de 40 dólares. El recargo por gastos de gestión es, por lo general, un porcentaje de la prima final. También se compone de las comisiones para los agentes, impuestos, gastos de suscripción y de administración y la estimación de utilidades.

Por tanto, la prima del asegurado abarca dos tipos de gastos: los que son devueltos al grupo asegurado conjuntamente por pérdidas y los gastos para su determinación y los necesarios para la administración de los servicios del seguro.

El volumen relativo de los recargos en las primas de seguro sorprende al profano que analiza este concepto, pues a veces ascienden al 40 por 100 de la prima total. No obstante, debe tenerse en cuenta lo siguiente:

1. El asegurado recibe en realidad un valor directo superior al que indican las estadísticas. Los gastos de prevención de pérdidas, por ejemplo, al igual que los costos de las reclamaciones y hasta los gastos que eventualmente se devuelven al asegurado en forma de dividendos se incluyen en la categoría de gastos generales, por lo que éstos aparecen con mayor importe del que en realidad tienen.
2. Es un error afirmar que el asegurado no recibe beneficios de la administración del asegurador general, dado que si no fuese por estos gastos, no existiría un mecanismo de seguros. Los costos de la administración y distribución del seguro no son mayores a los de lanzar al mercado cualquier bien de consumo tangible.
3. En una economía libre se elimina al productor marginal mediante la competencia y se eliminan así los gastos innecesarios. Como se ha podido advertir, la reglamentación del seguro por parte del gobierno es un factor adicional que disminuye los gastos no razonables

CRITERIOS PARA UNA TARIFICACION CORRECTA

Cualquier plan de tarificación debe contar con ciertos requisitos esenciales que reglamenta el Estado y que son mutuamente excluyentes. La tarificación:

1. No debe ser excesiva, sino suficiente para cumplir con el peso de las pérdidas.
2. Debe distribuir el peso de las pérdidas entre los asegurados en forma equitativa.

3. Debe revisarse periódicamente para reflejar, en el grado que sea posible, el ritmo de las pérdidas.
4. Debe estimular, si es posible, las medidas de prevención de pérdidas de los asegurados.

A primera vista estas reglas parecen simples pero, en realidad, presentan muchos problemas en su aplicación.

Algunos de estos problemas posiblemente no los resuelvan los aseguradores ni las autoridades que los reglamentan, y en términos generales son los siguientes:

Adecuación de la tarifa

Si se pretende aplicar una tarifa adecuada y a la vez no excesiva, ¿cuál es el margen de error impuesto por estas limitaciones? Por una parte, el asegurador dirá que para obtener una prima adecuada debe cobrar una cantidad suficiente para cubrir cualquier contingencia inesperada. Asimismo, otro asegurador puede calcular esta suma de distinta forma, es decir, de acuerdo a su propia estimación del monto de esta posible contingencia. Este problema surge a raíz de que la tarifa debe aplicarse *antes* de conocer la totalidad de los gastos. En muchos negocios el empresario calcula el monto de los gastos antes de fijar los precios. Si le es imposible determinar los gastos, el empresario flexibiliza el contrato de ventas para hacer, más adelante, los respectivos cambios o dejar también el contrato sujeto al eventual aumento de gastos. Sin embargo, en la industria del seguro, se establece una estimación sin posibilidad de alteración en caso de que resulte inadecuada. Dicha estimación es a menudo incorrecta puesto que el asegurador utiliza como punto de referencia experiencias pasadas sin tomar en cuenta las futuras condiciones que puedan modificar la tarifa.

El problema que presenta un alza excesiva en la tarificación ha sido objeto de regulación legislativa, como hemos podido apreciar en el capítulo 25. Se renunció a las leyes que promulgaban la uniformidad compacta de la tarificación al reconocerse que para una tarificación adecuada lo esencial es la cooperación en la preparación de tasas (centralizando la información de pérdidas). También se observa que una competencia ilimitada causa a menudo una tarificación demasiado baja que elimina el necesario grado de solvencia. Una tarificación excesivamente baja es peor que una tarificación demasiado alta. El asegurado desea, ante todo, que sus pérdidas se paguen siempre y cuando ocurran.

Aplicación adecuada de los costos

¿Hasta qué punto debe llegar el asegurador para establecer una tarificación que refleje adecuadamente el riesgo individual y permita lograr una tarificación adecuada?

En teoría se puede argumentar que, en el seguro de vida, debería intentarse establecer primas individuales en base a la posición ocupacional de ingresos, estado civil, antecedentes de accidentes, períodos en los que se ha fundado y longevidad de los padres. En la práctica, ninguno de estos factores afectan a la prima individualmente, dado que la edad y el sexo son los únicos principios discriminatorios. Si este concepto de equidad se lleva al extremo, cada persona recibiría una tarificación levemente distinta que reflejaría su naturaleza personal y única. Por supuesto, lo cual sería imposible de administrar y haría la tarea de tarificación excesivamente compleja. Sin embargo, es necesario especificar las diferencias y establecer qué criterios se deben adoptar.

Otro tipo de problema similar es la determinación de la unidad de riesgo a la cual se aplica la tarifa. La tarifa de automóviles, por ejemplo, se aplica al automóvil individual; la tarificación de accidentes de trabajo, a cada 100 dólares de nómina; la del seguro de incendio, a cada 100 dólares del valor del edificio, y la de seguro de vida a cada 100 dólares de capital asegurado. Por ejemplo, examinemos el seguro de accidentes de trabajo. En el caso de dos empresarios con la misma categoría de tarificación, el primero de los cuales paga a 300 hombres y 4 dólares la hora promedio, y el segundo que paga a 400 hombres, 3 dólares la hora promedio; si los dos cuentan con una nómina de 1.200 dólares por hora, cada uno pagaría las mismas primas de seguro de accidentes de trabajo. Pero considerando que el primer empresario cuenta con un riesgo de 300 hombres y el segundo de 400 hombres, ¿deberían los dos pagar la misma prima? Se argumenta que el primer empresario, aparte de tener menos trabajadores expuestos a riesgo, emplea probablemente hombres mejor capacitados que tienen a la vez menos accidentes que los trabajadores de salario menor. Sin embargo, la experiencia indica que no existe una base suficientemente sólida para cobrar las primas de accidentes del trabajo en base a criterios distintos a la propia nómina. Problemas similares existen para otro tipo de seguros.

Revisión frecuente para reflejar la experiencia de pérdidas

Las tarifas del seguro se revisan por lo general lentamente. Es común que pasen muchos años antes de que se alteren para reflejar los costos reales, sean más bajos o altos. Por ejemplo, véase el caso del seguro de automóviles. Supongamos que se pretende recoger todos los datos sobre la evolución de siniestros en un determinado año, X.

Como las pólizas son emitidas constantemente durante el año X y cuentan con el plazo de un año, quien está a cargo de la tarificación debe esperar hasta el final del año X más un mes antes de empezar a recopilar e interpretar todos los datos e información, y obtener la aprobación de un cambio de tarifas puede costarle otros seis meses más, por lo que la tarifa que este individuo lanza para el siguiente año cuenta por término medio con un año y tres meses de retraso.

El retraso es aún más grande en las pólizas emitidas a plazos de más de un año. En el seguro de vida se adoptan nuevas tablas de mortalidad solamente después de períodos de varios años y cualquier error de estimación en las tarifas debe corregirse, si es que se hace, por medio de cambios en el programa de dividendos. Sin embargo, si se encontrara un método para incorporar de inmediato la información sobre las pérdidas en la estructura de la tarificación, ello constituiría también una práctica indeseable, si consideramos que el seguro es un servicio que no puede prestarse a fluctuaciones diarias de precio, al igual que ocurre con los comestibles, por ejemplo. De todas formas, una fórmula entre los dos extremos, el de reajuste inmediato y el del retraso prolongado, es indispensable.

Estímulo a los esfuerzos en la prevención de pérdidas

En teoría, la tarificación debe estimular la prevención de pérdidas por parte del asegurado. Sin embargo, es difícil en la práctica alcanzar este objetivo. Esto se observa claramente al tener en cuenta que los riesgos que quedan sin asegurar escapan al control del asegurado.

En algunos casos, por ejemplo en el seguro de incendios, se otorgan tasas preferenciales por la adopción de medidas que

tienden a reducir la gravedad de las pérdidas una vez ocurrido el siniestro, pero también hay enormes dificultades para establecer las reducciones de tasa adecuadas, ya que la efectividad de un mecanismo de prevención de pérdidas responde a criterios considerablemente subjetivos.

METODOS DE TARIFICACION

Uno de los problemas más importantes en el campo del seguro es el de establecer métodos de evaluación de tasas que tengan en cuenta las circunstancias antes expuestas. Como veremos, los métodos usuales sólo cumplen estos requisitos en contadas ocasiones y el criterio asegurador sin comprobación estadística continúa desempeñando un papel principal en la evaluación de las tarifas. Aun cuando se cuenta con alguna evidencia estadística, el criterio subjetivo es de fundamental importancia en la evaluación de tarifas al interpretar los datos estadísticos, lo que, en consecuencia, da origen a unas tasas que dan la impresión de ser completamente arbitrarias. También las fórmulas actuariales entrañan criterios basados en la selección de datos y su eventual interpretación. Las matemáticas proporcionan a la evaluación de tarifas el grado de consistencia necesario para que todos los miembros de un grupo asegurado de una predeterminada categoría obtengan un trato equitativo. Sin embargo, como se verá más adelante, el cálculo de una tarifa no es, en esencia, exacto ni científico.

Los criterios básicos para la evaluación de tarifas son:

1. El método manual o de tarifación pura.
2. El método individual o de mérito.
3. Una combinación de ambos métodos.

Método manual de tarificación pura

Este método establece tarifas que se aplican de manera uniforme a cada unidad de riesgo dentro de un grupo o clase predeterminados. Estos grupos ordinariamente se establecen de forma que se permita obtener la información y procesarla lógicamente. Cualquier diferencia en los peligros atribuidos a los riesgos individuales se considera despreciable.

Las modalidades importantes del seguro que ponen énfasis

en el uso del método de manual son: vida, accidentes de trabajo, responsabilidad civil, automóviles, salud e incendios.

Por ejemplo, en el seguro de vida, las clasificaciones básicas son por edad y sexo. En el de accidentes de trabajo, una organización nacional para la evaluación de tarifas recoge información de evolución de siniestros de más de 600 grupos industriales; esta información es dividida y clasificada por zonas y territorios. En el seguro de automóvil, la información sobre evolución de siniestros se clasifica por territorios, tipo de automóvil, edad del conductor y uso del vehículo. En cada caso, sólo es necesario localizar la página exacta en el *manual* para encontrar la respectiva tarificación, de ahí la denominación de «método de manual de tarifación».

La prima pura. La técnica central del método manual de evaluación de tarifas es el *método de prima pura.* Se recogen todos los datos de pérdidas de cada tipo que deben evaluarse, se les divide por la cantidad de unidades de exposición y se llega así a la prima pura. Supongamos, por ejemplo, que para un seguro de automóviles (con 50 dólares de franquicia) para un turismo de pasajeros de bajo costo, en cinco condados del Estado. Y para conductor de clase 1.ª A (excluido individuos menores de veinticinco años y utilizarlo para actividades comerciales) la *prima pura* es de 30 dólares por un determinado plazo. Esto significa que *por término medio* el asegurador debe pagar 30 dólares por vehículo en pérdidas por accidentes que se encuentran en la clasificación mencionada. El tarificador debe tomar en cuenta los recargos por gastos. Como estos recargos se expresan como un porcentaje de la prima bruta, la prima pura es dividida por uno, menos el porcentaje de recargo. En el caso anterior, los recargos alcanzan el 40 por 100 de la prima final, que se calcula dividiendo 30 dólares por 0,60, obteniéndose la cifra de 50 dólares. Aunque los métodos son más depurados en la práctica, esta fórmula es la base del sistema.

Método del índice de siniestralidad. En algunas ocasiones no resulta práctico emplear el método de prima pura para establecer una tarifa debido a la existencia de demasiadas clasificaciones y subclasificaciones en el manual. En otras palabras, hay tantas categorías que sólo muy pocos siniestros afectan a un mismo grupo de riesgos en un determinado período de tiempo. Esta pequeña exposición se considera insuficiente para basar en ella

decisiones estadísticas [1]. En consecuencia, se calcula la nueva tarifa comparando el índice real de siniestralidad, A, de una combinación de grupos con el índice probable de siniestralidad, E, y usando la fórmula A/E = porcentaje de cambio indicado. Por ejemplo, supongamos que el índice de siniestralidad real es de 0,70 mientras que se preveía solamente un 0,60 al ser establecida la antigua tarifa. En este ejemplo A = 0,70, E = 0,60 y la fórmula es 0,7/0,6. La nueva tarifa debe ser 7/6 veces la antigua, o casi un 17 por 100 más alta. El método del índice de siniestralidad es en realidad un método de revisión de tarifas y no un método de tarificación.

Antes de analizar el método individual de evaluación de tarifas o método de calificación de mérito es necesario ver el siguiente análisis de «verosimilitud» para definir el concepto de «tarifas verosímiles».

Credibilidad. La credibilidad es un concepto de esencial importancia en la evaluación de tarifas. En términos generales, se denomina así el grado en que el tarifador puede llegar a confiar en la exactitud de la experiencia de pérdidas que se observa en un área determinada. Por ejemplo, el tarifador está revisando la tarificación de una determinada póliza suscrita por su compañía en una determinada área geográfica; destacan 50 pólizas cuyas pérdidas han superado los índices previstos. ¿Es conveniente fijar la tarifación futura de acuerdo a estas 50 pólizas o es posible que el año que se analiza produzca pérdidas mayores al promedio sólo por casualidad? El tarifador desea saber cuántas pólizas deberían estudiarse antes de establecer la evolución de siniestros en cuestión al objeto de preparar las nuevas tarifas.

Si al renovarse las pólizas el tarifador sube la prima a todos los clientes que sufrieron pérdidas, se perdería el principio de la dispersión de las pérdidas, propio del mecanismo del seguro. Si se le exigiese a cada pequeño grupo «pagar por sus propias pérdidas», es evidente que no se seguiría el criterio de transferencia de riesgos. No salvaría la situación elevar la tarifa de incendios en una pequeña comunidad, víctima de un solo incendio catastrófico, porque la experiencia en un grupo tan pequeño y en un solo año, no es verosímil. El asegurador, siguiendo criterios de equidad, debe hacer clasificaciones razonables de asegurados y riesgos y cobrar una tarifa apropiada a los grandes grupos incluidos en estas clasificaciones. No es justo que un grupo subvencione a otro grupo si cada uno es lo suficientemente amplio y extenso como para desarrollar en él una experiencia de pérdidas suficientemente verosímil.

[1] Ver más adelante el concepto de «credibilidad».

La fórmula de credibilidad. El concepto de credibilidad se expone sucintamente en la fórmula siguiente:

$$PP = PPi\ (Z) + PPp\ (1\text{-}Z)$$

donde

PP = la prima pura para un asegurado determinado, *i*.

PPi = la prima pura basada en la experiencia pasada del asegurado;

PPp = la prima pura basada en la experiencia pasada del grupo amplio de población a que pertenece el asegurado, y

Z = el peso (factor de credibilidad) a aplicar a la experiencia pasada del asegurado. Z es una cifra que oscila entre 0 y 1.

Al aumentar Z, se aplica mayor peso a la experiencia pasada del asegurado; si Z es igual a 1, la prima pura por cobrar se basa completamente en la experiencia pasada del asegurado. Tal es el caso del asegurado que cuenta con una amplia cantidad de unidades de riesgo homogéneas y que es, en efecto, suficiente para hacer una tarificación propia de la misma.

Debe notarse que, al aumentar Z, el término 1-Z disminuye y también disminuye el peso dado a la evolución de siniestros de la población.

Por razones de conveniencia, los valores que se otorgan a Z se expresan en porcentajes. El tarifador desarrolla por lo general una escala de credibilidad para diferentes tipos de seguros que oscila desde 0 al 100 por 100. Como un ejemplo para aplicar la fórmula, pensemos que una póliza de accidentes de trabajo de un determinado empresario da una proporción de siniestros de 0,70 en comparación con una proporción esperada de 0,60 para empresarios de su mismo grupo ocupacional. Sin embargo, el número de riesgos del cual resultó la proporción 0,70 era de tal volumen y tipo que sólo se le concedía un 60 por 100 de credibilidad. En la fórmula, Z = 0,6, PPi = 0,7 y PPp = 0,6. La prima pura para el empresario, en el período futuro se basaría en una proporción de siniestros de 0,66 en vez de 0,7 (PP = 0,7

(0,6) + 0,6 (1 — 0,6) = 0,42 + 0,24 = 0,66. Debido a que la experiencia del empresario no es completamente verosímil, su tarifa se aumentaría sólo en un 10 por 100 (0,66/0,60) en vez de un 16,7 por 100 (0,70/0,60).

El valor que se otorga a Z es un problema determinado que depende de factores matemáticos y subjetivos. Esencialmente el problema matemático es de naturaleza estadística, y se ha desarrollado con mayor detalle en el capítulo 2 [2]. Se estima que la totalidad de las pérdidas caen dentro del azar de acuerdo a una distribución matemática subyacente. Si esto es cierto, se puede determinar el número de pruebas de una muestra necesarias para calcular con un grado predeterminado de exactitud un índice de siniestralidad que caiga dentro de un margen de error preestablecido. Por ejemplo, se puede determinar matemáticamente que si la probabilidad de invalidez temporal en un año y en un territorio determinado es de 0,06 y se desea calcular el número de empleados que debe ser considerado antes de establecer una prima pura que esté dentro de un 0,006 de la frecuencia prevista de pérdidas de 0,06 (es decir, del 10 por 100), el tarifador debe tomar en cuenta la experiencia de pérdidas de unos 4.250 empleados para establecer con una probabilidad del 90 por 100 que su experiencia de pérdidas será igual a la prevista [3]. Si el tarifador toma en cuenta menos pérdidas que las estipuladas, la prima pura carecerá del peso suficiente para ser desarrollada.

Método individual o dé tarificación por mérito

El método individual o de tarificación por mérito difiere del manual en lo que respecta a la creación de vías para establecer las características individuales de un riesgo y asignar a este riesgo una tasa que refleje *adecuadamente* su peligro particular. Se utilizan diversos planes de calificación de méritos para establecer el hecho de que algunos grupos de aseguradores y algunos aseguradores individuales tienen antecedentes de siniestralidad que son lo suficientemente verosímiles como para merecer reducciones (o aumentos) en su tarificación respecto al grupo en el que están clasificados.

Clases especiales de tarificación. Es corriente que el asegurador establezca *clases especiales de tarificación* con descuentos de la tarificación manual. Presumiblemente, sólo aquellos asegurados que cumplen unos requisitos determinados pueden optar para una tarificación especial. Hay aseguradores que implantan a veces tales restricciones en sus riesgos que queda justificado el que apliquen una tarificación menor que la de aseguradores que cubren todo tipo de riesgos. Por ejemplo, algunas mutualidades patronales imponen severas restricciones a las clases de riesgo que suscriben y, en caso de ser merecidos, conceden grandes devoluciones como premio a los esfuerzos de prevención de pérdidas. Los aseguradores de vida otorgan tarifas preferenciales para grupos de asegurados denominados riesgos preferidos y cobran primas adicionales a otros grupos que se denominan riesgos subnormales. Los aseguradores de automóviles también han experimentado este método estableciendo diferencias entre los solicitantes en base a sus antecedentes sobre infracciones de tráfico.

La tarificación de catálogo. El plan de tarificación de catálogo constituye otra forma de tarificación individual. El mejor ejemplo de este plan se encuentra en el seguro de incendios para comerciantes, en el cual se considera cada edificio por separado y se le otorga una tarificación distinta de acuerdo con su categoría.

Los caracteres físicos de la estructura se califican como factores que presumiblemente afectan a la probabilidad de siniestralidad. También se otorgan reducciones por las características positivas en base a un baremo o catálogo. En efecto, se premia al asegurado por aquellas características que se espera contribuirán a un menor costo de siniestralidad. La tarificación de catálogo se utiliza también en el seguro de robo, en el que se conceden descuentos o ventajas al asegurado que emplee mecanismos de prevención de robos (alarmas electrónicas, cajas fuertes, etc.).

---

[2] Para una interesante aplicación de las estadísticas bayesanas al problema de credibilidad ver DAVID B. HOUSTON, *Risk, Insurance, and Sampling*, «Journal of Risk and Insurance» (diciembre 1964), pp. 535-538.

[3] Basado en una fórmula que aparece en el capítulo 2, $N=S^2p(1-p)e^2$, en la que S=1.645. Las desviaciones normales de 1.645 en cada lado de la media de una distribución normal incluyen el 90 por 100 del área bajo la línea curva, de un sistema intermedio; e=0,006 la norma de exactitud; $p=z,zp$ y $(1-p)$=0,94.

La tarificación sobre experiencia

Existe una tercera vía por la cual el asegurado puede obtener beneficios. Es la de *tarificación en base a experiencia* que se concede en caso de que el asegurado lleve a cabo el control de ciertas situaciones con el objeto de prevenir pérdidas. En consecuencia, este plan se aplica a asegurados con una amplia gama de operaciones y que a la vez cuentan con ciertos medios de control sobre la siniestralidad. Este plan se diferencia del de tarificación de catálogo en que exige al asegurado que demuestre su capacidad para reducir el índice de siniestralidad antes de cualificarlo para una reducción de pérdidas. Es decir, no es suficiente el solo empleo de mecanismos de prevención. La mayoría de las fórmulas de tarificación de experiencia imponen un alza de tarifas en caso de que el índice de siniestralidad supere el nivel previsto. Este sistema se suele aplicar en el seguro de accidentes del trabajo, responsabilidad civil general, colectivo de enfermedad y otros. Ejemplos de estos planes se estudian más adelante.

La tarificación retrospectiva. Una última vía para establecer diferencias individuales de riesgo es la de la *tarificación retrospectiva.* En contraste con la tarificación en base a la experiencia, en la cual los reajustes se aplican solamente a períodos futuros, la tarificación retrospectiva permite un reajuste de tarifas para el período recién terminado. La prima se determina, total o parcialmente, en base a los índices reales de siniestralidad sufridos por el asegurado durante el año en que la póliza se encontraba en vigor. El empresario asegurado se convierte en un autoasegurador parcial, utilizando al asegurador para limitar sus pérdidas.

El método de combinación

En diversas modalidades de seguro se utiliza una *combinación* de tarificación manual y de calificación de méritos en distintos niveles. El tarifador elabora una tarifa manual, procediendo después a establecer un sistema en virtud del cual los integrantes individuales de un grupo pueden gozar de reducciones sobre la tarificación manual si se cumplen ciertos requisitos, o también estar sujetos a una tarificación mayor que la manual en determinadas condiciones.

EJEMPLOS DE PLANES DE TARIFICACION DE MERITO

Para poder apreciar algunos de los problemas de la tarificación individual de riesgo o «de mérito» se presentan a continuación los ejemplos siguientes:

1. La prudencia del conductor y el plan de asignación de riesgos en el seguro de automóviles.
2. La tarificación en base a la experiencia en el seguro de accidentes del trabajo.
3. La tarificación en base a la experiencia en el seguro de desempleo.
4. La tarificación retrospectiva en el seguro de accidentes del trabajo.
5. La tarificación de catálogo en el seguro de incendios de bienes comerciales.

La prudencia del conductor y el plan de asignación de riesgos

En el seguro de automóviles, estos planes se han utilizado en Inglaterra durante varios años. Los actuarios en Suecia y Canadá informan también del éxito de estos planes en sus respectivos países. Algunos aseguradores norteamericanos intentaron utilizar los planes en 1929, pero renunciaron a ellos durante la depresión de los años 1930. Desde 1952, los Estados de Nueva York y Carolina del Norte han utilizado «planes de méritos», que penalizan a los conductores imprudentes. En 1959, de acuerdo con un estudio hecho en California que relacionaba la frecuencia de las reclamaciones con las infracciones de tráfico, varias compañías de seguros en determinados Estados iniciaron lo que hoy se denomina el *plan de prudencia del conductor.*

Plan de prudencia del conductor. Este plan, utilizado actualmente en el sistema de tarificación de la Oficina Nacional de Aseguradores de Accidentes y de la Asociación Nacional de Aseguradores de Automóviles, está basado en el sistema de clasificación de la tarificación de automóviles de enero de 1965. Hay un conjunto de factores básicos que determinan las tarifas de dicho seguro, pero el plan agrega un concepto más, consis-

tente en los puntos que se aplican en contra de un vehículo por conducción imprudente.

En el plan de prudencia del conductor se establecen los puntos contra el propietario del automóvil de acuerdo a diversas infracciones de tráfico. Las infracciones se miden por cierto tipo de accidentes o de condenas surgidas durante un período de experiencia de tres años que precede al día de presentación de solicitud para obtener o renovar el seguro. Por ejemplo, se sanciona al conductor con tres puntos por conducir en estado de embriaguez, no detenerse en el lugar de un accidente o conducir con permiso caducado. Se puede sancionar con un punto cualquier accidente que suponga más de 100 dólares en reparaciones o lesiones corporales. También se puede sancionar con un punto si el conductor del vehículo tiene menos de tres años de experiencia para conducir.

La tarificación sanciona al conductor de acuerdo con el número de puntos que tenga en su contra. En 1971, el catálogo de sanciones para un vehículo familiar corriente, un automóvil, por ejemplo, especifica los siguientes porcentajes de alza de primas: 1 punto, 40 por 100; 2 puntos, 90 por 100; 3 puntos, 150 por 100, y 4 puntos o más, 220 por 100.

Si el conductor no tiene puntos en contra, no tiene descuentos por el automóvil normal, pero se le aplica un 15 por 100 de descuento si es propietario de dos o más vehículos. Aun cuando hay familias propietarias de varios automóviles, el baremo de sanciones se aplica a un máximo de dos coches.

Se puede observar que el efecto del plan de prudencia de conductores sobre la tarificación es sustancial. Sólo un accidente puede acarrear un alza de un 40 por 100 de la prima, mientras que infracciones más graves pueden triplicarla. El varón joven (de menos de veinticinco años de edad), soltero, conductor principal de un vehículo, paga de 2,5 hasta tres veces la tarificación aplicable a conductores de más de veinticinco años. Si se aplica a un joven la sanción máxima, su seguro de automóvil puede resultarle prohibitivo.

Los planes de prudencia del conductor tienen el plausible objetivo de premiar los esfuerzos de prevención de siniestralidad, medidos por sus éxitos concretos más que por los factores de clasificación, que se suponen destinados a diferenciar al conductor prudente del imprudente. En consecuencia, los planes ayudan a cumplir con dos de los criterios fundamentales de la tarificación: distinguir adecuadamente entre los diversos tipos de riesgo y premiar la prevención de siniestralidad. Sin embargo, existen varias dificultades prácticas en estos planes, tales

como la dificultad de obtener una información exacta sobre las infracciones de tráfico cometidas por el asegurado, la constancia de los accidentes, desigualdad en la escala de sanciones, discusiones sobre la asignación de puntos contra el conductor en un determinado accidente y los problemas inherentes a la administración del plan mismo.

Una reciente modificación de la tarificación de mérito en el seguro de automóviles la constituye el plan de descuento para el buen estudiante. Bajo este plan, un estudiante varón, menor de veinticinco años que mantenga una puntuación elevada en sus estudios recibe un descuento en su seguro de automóvil. Este estudiante puede optar también a otros descuentos por tomar cursos de entrenamiento para conducir. La cantidad a descontar por ser buen estudiante puede alcanzar hasta un 25 por 100. Se justifica este descuento desde un punto de vista estadístico. Se ha descubierto que los costos de accidentes son menores para los mejores estudiantes. Los motivos pueden ser una mayor inteligencia, mejor aptitud para conducir o, simplemente, que el estudiante ocupa la mayor parte de su tiempo en estudiar y no en conducir el automóvil de la familia.

Planes de asignación de riesgos. Hay casos en que un conductor no puede optar al seguro de automóvil en ningún sitio de ningún asegurador a quien lo solicite. Para resolver estos problemas hay compañías privadas de seguro que han establecido los llamados planes de asignación de riesgos. Bajo estos planes, el riesgo de asegurar a los individuos rechazados previamente lo comparten entre sí las compañías participantes.

Como es lógico de suponer, la evolución de siniestralidad es a menudo desfavorable, a pesar de las primas considerablemente mayores que se cobran a los individuos que deben hacer uso de estas facilidades. Por ejemplo, el índice de siniestralidad por lesiones corporales bajo el plan de asignación de riesgos fue, en 1966, en Nueva York, de un 123 por 100 y de 111 por 100 por daños en las cosas [4]. En determinadas zonas, una proporción sustancial de los vehículos privados asegurados están bajo la asignación de riesgos. En 1968, en el Estado de Nueva York, por ejemplo, un 8,9 por 100 de todos los automóviles estaban asignados; y en Carolina del Norte y Carolina del Sur lo estaban un 17 por 100 [5].

---

[4] DENNIS F. REINMUTH y GARY K. STONE, *A Study of Assigned Risk Plans* (Washington: U. S. Departamento de Transportes de los Estados Unidos, 1970), p. 38.

[5] *Ibid.*, p. 35.

La tarificación en base a la experiencia en el seguro de accidentes del trabajo

Por lo general, se considera que un empresario tiene un relativo control de su índice de siniestralidad, por lo que tiene derecho a una bonificación en caso de baja siniestralidad, como también puede estar sujeto a una tarificación mayor en caso contrario.

En el plan adoptado por aseguradores privados y administrado por el Consejo Nacional de Compensación de Seguros, agencia nacional de tarificación, cada empresario debe pagar la prima mínima que sería aplicable en caso de que se cobrasen las tarifas normales del sistema manual. En Massachusetts, por ejemplo, la prima mínima es de 500 dólares. Los detalles del plan son complicados, pero el procedimiento general consiste en determinar un índice de siniestralidad anticipado para cada clase de actividad laboral, que se compara con el índice de siniestralidad real del asegurado. Si la siniestralidad real es de un 90 por 100 de la prevista, la tarifa del asegurado para el año siguiente es el 90 por 100 de la manual. Si la siniestralidad real es de un 130 por 100 de la prevista, el asegurado debe pagar al año siguiente un 130 por 100 de la tarificación manual.

Bajo estos planes no se computan todas las pérdidas sufridas por un asegurado. Existe un factor estabilizador para evitar que las pérdidas excesivas eleven exageradamente la tasa del asegurado. Sin embargo, para el gran empresario una fuerte siniestralidad se refleja en una mayor prima. Por ejemplo, en Massachusetts, si la tasa normal de un empresario es de 380.000 dólares, se deben tomar en cuenta todas las pérdidas, sin tener en cuenta su volumen. En consecuencia, el empresario mayor se autotarifa, mientras que el empresario mediano y el pequeño, en los años que siguen a un período de baja siniestralidad, reciben unas bonificaciones inferiores a las normales, del mismo modo que en los años que siguen a un período de grandes pérdidas, se les sanciona con una cantidad que tampoco es tan grande como la normal. Si a través de los años la evolución de siniestralidad en una determinada industria es constantemente negativa, la tarificación de manual y la expectativa de siniestralidad de dicha categoría se reajusta adecuadamente para que una determinada clase de riesgos no soporte el peso total de siniestralidad. La tarifación de experiencia, sin embargo, se basa en reajustes de tarificación para asegurados individuales dentro de una clase determinada.

La tarificación en base a experiencia en el seguro de accidentes de trabajo proporciona a los empresarios un incentivo para hacer todo lo necesario, dentro de sus posibilidades, para prevenir los accidentes, lo que constituye un objetivo estimable para cualquier sistema de tarificación.

La tarificación en base a la experiencia en el seguro de desempleo

De acuerdo a la teoría general que establece que el empresario puede controlar la tasa de empleo de su empresa, todos los Estados, con excepción de Alaska, tienen leyes que estipulan que si un empresario cuenta con antecedentes de siniestralidad favorables pueden ver reducida su tasa [6].

A pesar de la existencia de diferentes fórmulas de tarifación, cada una de ellas tiene el objetivo básico de proporcionar un incentivo al empresario para la estabilización del empleo y hacer recaer el mayor costo de desempleo en las empresas responsables de ello.

El siguiente cuadro contiene extractos del baremo de tarifación más favorable, desde el 1 de enero de 1965, en California y Missouri. Como se aprecia en estos extractos, un empresario en California no puede obtener una tarifación menor al 3,5 por 100 de la nómina hasta que la proporción de sus reservas y las nóminas sujetas a impuestos alcance 7. En California, la proporción de reservas se calcula dividiendo las reservas totales, acumuladas a lo largo de los años por la nómina media de los tres años anteriores.

Debido al sistema de tarifación basada en la experiencia, los impuestos de desempleo han tenido en el pasado un término medio próximo al 1,2 por 100 de la nómina cubierta [7].

[6] Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, *Comparison of State Unemployment Insurance Laws as of January*, 1970 (1971), TT1.

[7] Ver *Labor Market and Economic Security* para estimaciones actuales de esta cifra.

Proporción de reservas	Tasa de contribución del empresario	
	California (%)	Missouri (%)
Balance negativo	3,5	3,6
0,5	3,5	2,7
2,5	3,5	2,5
5,0	3,5	2,0
7,0	3,2	1,6
10,0	2,9	0,8
Mayor a 15	—	—
Mayor a 17	2,2	—

La tarifación basada en la experiencia en el seguro de desempleo ha sido criticada por diversos motivos. La mayor crítica es la de que el sistema de experiencia no es válido para este tipo de seguro. Este sistema presupone que el asegurado, especialmente si es un gran empresario, puede controlar sus propias pérdidas. En el seguro de desempleo, sin embargo, el empresario está frecuentemente sujeto a las fuerzas del mercado, sobre las cuales no tiene control y de este modo no es capaz de solucionar las situaciones de desempleo con excepción de determinados casos.

Se critica también el efecto distorsionador que este sistema produce en el desempleo. Ello se debe a que las contribuciones del empresario aumentan durante la época de depresión, o sea, cuando menos las puede afrontar, y disminuyen durante la época de prosperidad en la que puede más fácilmente constituir fondos para futuras obligaciones. Se dice entonces que la tarificación de expriencia impone penalidades a un empresario debido a circunstancias sobre las cuales no tiene control y le premia, en cambio, por reducir el desempleo, cuando, en realidad, el empresario no ha constituido un factor decisivo en ese proceso.

La tarificación retrospectiva en el seguro de accidentes del trabajo

En el seguro de accidentes del trabajo se aplica la tarificación de experiencia, automáticamente, mientras que la tarificación retrospectiva requiere un acuerdo expreso entre el asegurado y el asegurador. Si a la nómina del empresario corresponde una prima normal de 1.000 dólares o más, se considera que la firma es lo suficientemente grande como para desarrollar una experiencia parcialmente fiable. Se define como *prima normal* la que el empresario habría pagado en la tarificación manual después del reajuste por la tarificación de experiencia, pero antes de aplicar cualquier reajuste para la tarificación retrospectiva.)

Existen varios planes de tarificación retrospectiva, por lo tanto el empresario debe hacer una selección. Si se estima que el empresario es lo suficientemente grande y que él y su asegurador están dispuestos a una tarificación retrospectiva, ¿qué plan debe utilizar el empresario? Esta pregunta se reduce, en esencia, a determinar el volumen de riesgo que está dispuesto a asumir el empresario; es decir, qué volumen de pérdidas está dispuesto a aceptar en caso de que su experiencia resulte negativa, a cambio de una prima reducida, si la experiencia resulta positiva.

No obstante, un empresario puede no conocer los resultados del plan de tarificación retrospectiva elegido hasta que hayan pasado varios años después del vencimiento anual de la póliza, ya que puede pasar mucho tiempo antes de determinarse la siniestralidad real que puede haber causado un determinado accidente de trabajo. Además, el plan de tarificación retrospectiva puede ser suscrito sobre la base de un período conjunto de tres años, lo que retrasa aún más el resultado final. De todas formas, las estadísticas de los últimos años indican que un empresario puede estimar el pago, como promedio, en un 80 por 100 de la cifra que habría pagado bajo un plan de prima fija. Este resultado no parece variar sustancialmente, sea cual sea el plan de tarificación utilizado.

Tarificación de catálogo en el seguro de incendios de bienes comerciales

Los sistemas de tarificación de seguros de incendios emplean dos métodos básicos: tarificación de catálogo o baremo para edificios comerciales y tarificación manual para viviendas.

El objetivo principal de la tarificación de catálogo es proporcionar un incentivo para la prevención de pérdidas y lograr cierta equidad al reconocer diferencias básicas en cuanto al riesgo de incendio entre las diferentes propiedades aseguradas. Sería injusto asignar al edificio de una granja agrícola la misma tarifa que a un edificio ubicado frente a una estación de bomberos, o cobrar a un pequeño almacén la misma tarifa que a una fábrica. Por ello se ha elaborado un plan complejo para aplicar con equidad la tarifa de incendios.

No es práctico premiar al propietario de un edificio «seguro» mediante las técnicas de la tarifa sobre experiencia o retrospectiva. Los siniestros ocurren con tan poca frecuencia que el asegurador se encontraría en la obligación de otorgar un gran descuento anual a casi todos sus asegurados. Si un siniestro ocurriese realmente, la prima del asegurado por el año en cuestión sería lógicamente aumentada, pero es inconcebible que fuese aumentada lo suficiente como para compensar todos los años durante los cuales se pagaron primas muy bajas; debido a esta circunstancia se ha implantado un sistema de recompensas para el asegurado por la adopción de medidas de seguridad que se consideran aptas para reducir los peligros de incendio. Como se da el caso de que cada edificio comercial es único en este sentido, se establecen organizaciones de tarificación en cada Estado para inspeccionar y valorar cada construcción. A través de un acuerdo mutuo, la mayoría de los aseguradores se adhieren a la tarifación así establecida.

Los detalles en los métodos de tarificación de incendios varían de un Estado a otro. Existen, sin embargo, dos sistemas básicos para edificios comerciales, el sistema analítico de Dean [8] y el «Universal Mercantile Schedule» (UMS). El edificio que se va a tasar está sujeto a una tabla con una puntuación a favor y en contra en función de la existencia o carestía de ciertas medidas de seguridad. Esta puntuación se aplica a una tarifa básica arbitrariamente establecida. Según el sistema Dean, los recargos y bonificaciones se expresan en forma de porcentajes; según el UMS, los recargos se manifiestan en cantidades absolutas, mientras que las bonificaciones lo están en porcentajes.

[8] Nombrado en honor de su inventor, A. F. Dean, que lo introdujo en 1901.

Por ejemplo, puede existir un recargo del 5 por 100 en la prima básica por la ausencia de extintores de incendios o de determinadas paredes antifuego en el edificio. Bonificaciones de un 20 por 100 o más pueden autorizarse por utilizar un sistema homologado de extintores. La cantidad del recargo o bonificación no está basada en estadísticas sino que en el juicio de un ingeniero para determinar determinados aspectos afectan a la probabilidad de siniestros. Las primas básicas son también más o menos arbitrarias. Como punto de partida, el sistema Dean puede usar un edificio de ladrillos de construcción normal en una ciudad con protección contra incendios relativamente pequeña. Puede adaptarse una tarifa básica de un dólar por cada cien que cubrirá los peligros sin analizar los riesgos que amenazan al edificio, computándose a continuación los recargos y bonificaciones aplicables.

En ambos sistemas, la tarifación depende básicamente de los siguientes factores: protección contra incendios de la ciudad sede del riesgo, tipo de construcción, contenido del edificio y grado de exposición a pérdidas procedentes del exterior del edificio.

Protección contra incendios. La Junta Nacional de Aseguradores de Incendios ha establecido diez clases de ciudades con más de 25.000 habitantes, de acuerdo a factores como el suministro de agua, cuerpo de bomberos, sistemas de alarmas de incendios, reglamentos de construcción, protección policial y condiciones estructurales de la ciudad. Una ciudad de clase 10 se considera que tiene una protección ínfima y una de clase 1, que tiene menos de 500 puntos de deficiencia. Las tarifas básicas pueden variar entre un dólar por cada 100 del valor del edificio de la clase 10 y 0,50 por cada 100 en ciudades de la clase 1.

Tipo de construcción. Hay cuatro tipos básicos de construcción reconocidos en la tarifación de incendios: A, B, C y D. Una edificación de la clase A tiene paredes, pisos y techo de albañilería u hormigón, y con todas las paredes de resistencia apoyadas en un marco de acero independiente. Una construcción de la clase B es similar a la clase A excepto en que las paredes interiores y pisos no están construidos de albañilería ni de hormi-

gón. Un edificio es de la clase C cuando no cumple con los requisitos específicos de la clase B. Una estructura de la clase C, por ejemplo, puede que posea un marco sobre el tejado o puede tener una o más paredes exteriores de tejas huecas. Los edificios de la clase D los constituyen, en su mayoría, residencias privadas con estructuras simples.

Contenido del edificio. Es un factor importante en la tarifación debido a que algunos contenidos de edificios comerciales, como lo son las tiendas de sombreros o manufacturas de explosivos, constituyen un peligro de incendio más grave que los almacenes de comestibles, por ejemplo. También se toma en cuenta la susceptibilidad de las mercancías al siniestro, la velocidad con que se puede propagar el incendio y otros factores.

Grado de exposición a riesgos exteriores. La exposición a otras estructuras afecta a la tarifa del seguro de incendios en los edificios comerciales. Por ejemplo, se recarga el hecho de que un edificio esté localizado cerca de otras construcciones de mayor riesgo.

LA TARIFICACION EN EL SEGURO DE VIDA

En el seguro de vida, el método de prima pura es la base de lo que es, en esencia, la tarificación de manual. Existen dos factores básicos que afectan a la prima pura: el costo de la mortalidad y los intereses devengados por los fondos administrados por el asegurador. Una vez que se ha establecido la prima pura se aplica una fórmula de recargos de gestión que determinan la prima bruta que tendrá que pagar el asegurado. A continuación se analiza el cálculo de la prima pura.

La prima neta individual

Es la cantidad que debe percibir el asegurador anticipadamente para hacer frente a las reclamaciones que surgen durante el período de vigencia de póliza. Para ilustrar el método general del cálculo de la prima neta supondremos que un determinado

asegurador desea establecer la prima para un contrato temporal de un año con capital de 1.000 dólares para un grupo de solicitantes de veinte años de edad. Una referencia a la tabla de mortalidad CSO de 1958 revela que la posibilidad de muerte a la edad de veinte años es de 0,00179. Esto significa que de cada 100.000 personas con vida al comenzar el año, morirán 179 durante el transcurso del mismo. El tarifador de seguro de vida, al calcular la prima apropiada hará dos estimaciones:

1. Todas las primas serán cobradas al *comenzar* el año, por lo que será posible obtener un interés sobre el pago anticipado durante un año completo.
2. Las reclamaciones por muerte no son pagadas hasta que acabe el año en cuestión. En la práctica, sin embargo, las reclamaciones por fallecimiento son pagadas al ocurrir la muerte; por ello, las estimaciones del tarifador son inexactas debido a que, como promedio se perderá la mitad de los intereses de un año. No obstante, la fórmula que se analiza más adelante proporciona un reajuste para cubrir la pérdida de este interés.

El cálculo de la prima, de acuerdo con estas estimaciones, se simplifica ya que el asegurador sabe que si una póliza de 1.000 dólares es extendida a cada uno de los 100.000 solicitantes, reclamaciones por muerte en un total de 179.000 dólares serán pagadas al fin del año. El problema, entonces, consiste en descontar la suma de un año considerando un cierto tipo de interés anual. En consecuencia, si un asegurador tiene previstas unas ganancias del 2,5 por 100 debe contar con 10,9756 dólares en la actualidad, para así tener un dólar al fin de un año determinado[9]. De este modo, para saber el valor actual de 179.000 dólares al final de un año, se multiplica esta cantidad por 0,9756, obteniendo 174.632 dólares. La porción que se otorga a cada solicitante es de 174.632/100.000, es decir, 1,75 dólares. Si cada solicitante paga 1,75 dólares, el asegurador tendrá suficientes fondos en su poder para pagar los costos de mortalidad según la póliza. Se denomina a este 1,75 dólares, la *prima neta individual.*

La prima neta individual de una póliza temporal de 1.000 dólares, por ejemplo, a tres años se calcula de una forma similar, con la excepción de que el cálculo se prolonga por un período de

[9] Ver Apéndice C para una explicación del cálculo de esta cifra.

tres años en vez de un año. El siguiente cuadro demuestra este método:

Número de personas que vivirán a la	Número de muertes	Importe de las reclamaciones por muertes	Valor actual de 1 dólar al 2,5 % de interés	Valor actual de la reclamación por muerte
Edad 20: 100.000	179	179.000	0,9756	174.632
Edad 21: 99.821	183	183.000	0,9518	174.179
Edad 22: 99.638	186	186.000	0,9286	172.720
				521.531

(Cantidades expresadas en dólares)

$$\frac{521.531}{100.000} = 5{,}22 \text{ prima neta individual}$$

Se observa que cada persona debe pagar *por anticipado* la suma de 5,22 dólares por tres años de protección.

El cálculo antes señalado es simple, a la vez que ilustra el método básico de cálculo de prima en el seguro de vida. La prima neta individual de vida entera se calcula exactamente de la misma forma, con la excepción de que los cálculos son hechos por cada año a partir de la edad inicial hasta el final de la tabla de mortalidad.

La prima nivelada

Sería poco práctico intentar recoger una prima neta individual para cada miembro de un grupo asegurado. Habría poca gente que contaría con los recursos necesarios para un pago anticipado de todas las obligaciones futuras. Por tanto, los actuarios deben calcular una prima anual. A primera vista se ve que la prima anual se obtiene dividiendo la prima neta individual por el número de años del período de pago de la prima. Un cálculo así produciría una prima anual neta de 1,74 dólares (5,22/3) en el ejemplo anterior de una póliza temporal de tres años.

Sin embargo, un cálculo hecho de esta forma sería erróneo por dos razones: (1) como el asegurador no contaría con la cantidad íntegra de la prima al comenzar el período, no ganaría el tipo de interés previsto en el cálculo de la prima neta individual, y (2) los individuos que mueran no podrán, como es lógico, pagar sus primas anuales. Al calcular la primera neta individual se prevé que cada miembro del grupo asegurado contribuirá con su parte en el total de las reclamaciones al comenzar el período de la póliza.

Los actuarios calculan la prima neta nivelada dividiendo la prima neta individual por la cantidad que se conoce técnicamente como el *valor actual de una anualidad debida,* el cual proporciona un reajuste apropiado de los dos factores descritos anteriormente. El valor actual de una anualidad debida, de un dólar por año durante tres años es el valor actual de una serie de pagos de un dólar cada año, el primero de los cuales vence inmediatamente, reajustado por la probabilidad de supervivencia de cada año. El cálculo se puede demostrar de la siguiente manera:

Edad	Valor actual de 1 dólar. Primer pago a vencer inmediatamente a un 2,5 % de interés (dólares)	Número de miembros del grupo que viven	Valor descontado de cada pago (dólares)
20	1	100.000	100.000
21	0,9756	99.821	97.385
22	0,9518	99.638	94.835
			292.220

$$\frac{292.220}{100.000} = 2{,}92 \text{ valor por solicitante del grupo}$$

El valor actual de una anualidad temporal puede ser interpretado de la forma siguiente: ¿Cuál es el valor actual de la promesa de un grupo numeroso de personas de pagar una suma anual de un dólar durante tres años? Como se da el caso de que el primer pago vence inmediatamente (lo que corresponde al hecho de que las primas del seguro de vida deben ser cobradas por anticipado) su valor actual es de un dólar. El segundo pago

vence en un año a partir de entonces. Si todos viviesen para pagar su cuota, el valor actual del segundo pago sería de 0,9756 dólares. Sin embargo, como se da el caso de que no todos vivirán, los 0,9756 deben ser reducidos para reflejar este hecho. La cantidad, entonces, se reduce por un factor que especifica cuántos vivirán para pagar su cuota (es decir, la cantidad se multiplica por la probabilidad de supervivencia del grupo original de solicitantes). Este proceso se continúa, y se descubre que el valor actual de la promesa es de 2,92 dólares. Si se divide la suma por el valor actual del total de las reclamaciones por muerte (es decir, la prima neta individual), el asegurador sabe la cantidad que debe cobrar anualmente de un grupo determinado de asegurados para obtener la suma que le permitirá pagar todas sus obligaciones. La prima neta nivelada para una póliza de tres años es, entonces, 5,22/2,92 = 1,79 dólares, lo cual, por supuesto, es superior a la cantidad 5,22/3 = 1,74 determinada por una división entre la prima neta individual y el período de pago de primas.

Prima bruta anual

La prima neta nivelada para el seguro de vida representa la prima pura no reajustada aún a los gastos del negocio. La prima pura es, en realidad, la contribución anual de cada asegurado al fondo de seguro, conjunto para el pago de muerte y los beneficios de vida. Se utilizan varias fórmulas para recargar la prima pura de forma que cubra los gastos necesarios del asegurador. En general, se intenta separar todos los costos en dos categorías: (1) Costo fijo por póliza, que representa una parte de aquellos costos que continúan produciéndose con independencia del volumen de negocio existente, y (2) el costo variable por póliza, que refleja aquellos gastos necesarios para la emisión un contrato determinado. Los costos variables se subdividen en aquellos que dependen, principalmente, de la cantidad de la prima por póliza y en aquellos que dependen de otros factores, como capital asegurado, tipo de contrato y problemas especiales de suscripción.

Son ejemplos de gastos fijos los costos de oficina, salarios de ejecutivos, alquileres y otros gastos que continúan en la misma proporción independientemente del volumen de negocio. A cada póliza se puede asignar la cantidad de un dólar como participación proporcional a estos costos.

Entre los ejemplos de costos variables que dependen de la cantidad de la prima por póliza, se incluyen las comisiones del agente, los impuestos sobre la prima y pérdida de intereses causada por el hecho de que las primas no siempre son cobradas en su totalidad al comenzar la anualidad, puesto que pueden cobrarse fraccionadamente. Los costos de adquisición son muy elevados e incluso a menudo llegan a superar el importe de la prima anual. Para eliminar recargos adicionales en el primer año estos costos son generalmente distribuidos a lo largo del período de pago de prima.

Los siguientes factores son ejemplos de costos variables dependientes de factores distintos del volumen de la prima:

1. Los gastos por reconocimientos médicos.
2. Pérdida de intereses causada por el hecho de que las reclamaciones por muerte son pagadas inmediatamente y no al terminar la anualidad de la póliza.
3. Los costos de mortalidad más elevados que resultan de cierto tipo de contratos, especialmente los de carácter temporal, que cuentan con elementos de selección negativa.
4. Costos adicionales de servicio, como por ejemplo las pólizas de seguros populares, en que las primas son cobradas en el domicilio del asegurado.
5. Costos de contingencia. Los contratos de seguro de vida se suscriben para períodos prolongados y se basan en ciertos pronósticos de mortalidad, interés y factores de recargos, los cuales pueden variar respecto a los que presentan en la realidad.

Las fórmulas para imputar todos estos factores en la prima pueden ser bastante complicadas en la práctica. Además, hay poca uniformidad entre los métodos específicos de recargo. Por motivos de competencia, un asegurador que no ofrezca participación en beneficios debe calcular su recargo con sumo cuidado ya que no existe la posibilidad de que pueda devolver recaudaciones excesivas por medio de dividendos.

Efecto de otros factores

En los últimos años muchos aseguradores han decidido considerar otros factores aparte de la edad, el sexo, el capital de la póliza y el estado general de salud al calcular sus tarifas de seguro de vida. Por ejemplo, mientras se ha sabido desde hace tiempo que las mujeres tienen una longevidad superior a la de los hombres en seis o siete años, son pocos los aseguradores que otorgan al sexo femenino una tarifación más baja en el seguro

de vida. Es común entre los aseguradores que así lo hacen aplicar una tarifación igual a la de un hombre tres años más joven.

Muchos aseguradores ofrecen contratos «especiales» a tasas inferiores a las normales, logradas mediante los ahorros inherentes a la emisión de mayor número de pólizas, reducción de las comisiones del agente o la inserción de cláusulas de liquidación menos liberales.

Crítica a la tarificación del seguro de vida

A pesar de que la tarifación del seguro de vida está basada en procedimientos estadísticos y se supone que es de naturaleza más bien científica, aún existen grandes variaciones en las tarifas, las cuales carecen de una explicación satisfactoria, además de las variaciones en el grado de riesgos subjetivos considerado por los actuarios. El riesgo subjetivo tiende a constituirse en un factor importante en la tarifación del seguro de vida por varios motivos. Una vez que se ha fijado la prima de un seguro de vida para un asegurado determinado, ésta ya no puede ser aumentada durante la vigencia de la póliza. En el caso de pólizas de vida entera, el asegurador debe garantizar la misma tarifa para un período de alcance hasta los cien años (en caso de una póliza emitida a un menor de edad o un recién nacido). Bajo las cláusulas de liquidación, las obligaciones del asegurador bajo un contrato individual pueden exceder este período. Debido a esto es común que los aseguradores de vida cobren recargos en las primas para hacer frente a contingencias que pueden resultar excesivas. Las mismas tablas de mortalidad, por ejemplo, contienen un factor de seguridad intrínseco dado que el número de casos de muertes reales son relativamente exagerados. Los aseguradores garantizan solamente un interés mínimo, el cual es invariablemente inferior a la cantidad que esperan ganar con sus inversiones. Si los casos de muerte son menores a los previstos, el asegurador ha cobrado más de lo necesario. En el caso de aseguradores en forma de mutualidad, los dividendos representan la devolución de primas excesivas y puede interpretarse como un método para aplicar los reajustes necesarios en la tarifa de la prima en cuanto los costos varían con el paso de los años. Los aseguradores mercantiles que emiten pólizas sin participación pretenden afrontar la competencia de las mutualidades al operar con tarifas más bajas, lo cual es como un dividendo anticipado.

La tarificación del seguro de vida no reconoce específicamente los criterios de prevención de pérdidas, a no ser la cláusula de suicidio, ya que se asume que cada asegurado cuenta con el interés suficiente para continuar su vida y no se requiere un estímulo adicional. Por supuesto que los aseguradores mismos son los que más apoyan campañas para reducir los siniestros por muerte y mantener altos niveles de salud.

Tarifas sujetas a interés ajustado

La evidencia estadística de la variación de las tarifas del seguro de vida destaca hasta qué punto operan los factores subjetivos (ver capítulo 6). En el estudio hecho por Joseph M. Belth se descubrieron amplias variaciones en las tarifas del seguro de vida, ya sea expresando la tarifa en la forma de prima bruta, prima neta (después de los dividendos) o de tarifas de interés ajustado [10]. La tarifa sujeta a interés ajustado desarrollada por Belth es la relación entre el precio de protección y la cantidad de protección en la póliza. Considérese, por ejemplo, la siguiente póliza hipotética:

1. Cálculo del precio de protección:

	Dólares
Valor en efectivo al empezar el año	1.000
Prima anual a pagar	+ 250
«Inversión» total al empezar el año	1.250
Sumar: el interés que se puede ganar con la inversión en la póliza al 4 %	+ 50
Inversión total al fin del año	1.300
Restar: valor efectivo fin de año	— 1.100
Dividendo a pagar fin de año	— 50
Precio de la protección para el año	150

[10] Joseph M. Belth, *Price Competition in Life Insurance*, «Journal of Risk and Insurance», vol. 33, núm. 3 (septiembre 1966), pp. 365-379. Ver también las obras de Belth, *The Retall Price Structures in Life Insurance* (Bloomington: Universidad de Indiana, 1966), y *Life Insurance. A Consumer's Handbook* (Bloomington: Universidad de Indiana, 1973).

2. Cálculo de la cantidad de protección:

	Dólares
Cantidad cubierta	10.000
Valor de inversión en la póliza al principio del año	— 1.250
Cantidad neta de protección al principio del año	8.750
Cantidad cubierta	10.000
Valor de inversión en póliza: fin de año	— 1 300
Cantidad neta de protección: fin de año	8.700
Cantidad media de protección	8.725

3. Precio por 1.000 dólares de proteción para el año: 150/8.725=17,19 dólares.

Usando este método para medir los precios anuales y nivelándolos sobre un período de veinte años, Belth compara precios y primas cotizados para pólizas ordinarias de vida, a tarifas normales, para treinta y cinco años de edad, en 1962, para ochenta y ocho compañías con participación y sesenta compañías sin participación. A continuación se expone un resumen del resultado:

	Aseguradores con participación (dólares)	Aseguradores sin participación (dólares)
Comparación de tasa de prima		
Valor aproximado de tasas por 1.000 dólares de cantidad cubierta	21-29	17-22
Mediana	24,11	19,32
Desviación normal	1,22	0,63
Coeficiente de variación [11]	5,1 %	3,3 %
Comparación de precios [12]		
Alcance aproximado de precios por 1.000 dólares de protección	4-14	7-11
Mediana	7,55	8,80
Desviación normal	1,52	0,71
Coeficiente de variación	20,1 %	8,1 %

[11] El coeficiente de variación es la desviación normal dividida por la mediana.

[12] Los precios indicados son los de veinte años para 1.000 dólares de protección, usando un 3 por 100 de interés y una mortalidad específica.

Se puede observar que la variación relativa tanto de las primas como de las tarifas de interés ajustado es superior para los aseguradores que pagan dividendos que para los que no los pagan. La cantidad de variación en tarifas sujetas a interés es de tres o cuatro veces mayor a la que existe en las primas sin dicho interés.

LA TARIFICACION EN OTROS SEGUROS

Las prácticas de tarificación en seguro de incendios de residencias, seguros combinados y seguro de transportes cuentan con métodos propios. A continuación se realiza una breve descripción de cada uno.

Seguro de incendios de residencias

Se justifica la tarificación según manual al ser muy homogéneas las unidades expuestas a riesgo y considerarse que no es necesario ni práctico inspeccionar cada edificio para determinar las posibilidades de incendio. Las clasificaciones de manual se establecen mediante los siguientes factores de tarificación: tipo de tejado, proximidad de extintores de incendio y clase de protección contra incendio con que cuenta el distrito donde se encuentra situada la residencia. Por lo general, la tarifa para efectos mobiliarios, tanto en la propiedad residencial como en la comercial, es superior a la tarifa aplicable al edificio debido a su mayor susceptibilidad de pérdida. Esto es comprensible ya que los casos de siniestralidad total son relativamente raros y a que generalmente los efectos mobiliarios sufran mayores daños que el edificio.

Tarificación del seguro combinado

Como se ha podido observar, una póliza de seguro combinado que cubre muchos tipos de peligros bajo un solo contrato, se distingue de otros contratos en que se establece una tarifa indivisible para una determinada clase de asegurados y un grupo completo de riesgos sin reparar en la localidad, los peligros especiales en áreas determinadas u otros factores de tarificación.

Existen organizaciones especiales de tarificación que se han ocupado de recoger datos sobre siniestralidad y establecer tarifas para estos contratos combinados.

Seguro de transportes

En el seguro de transportes, tanto marítimo como terrestre, el criterio de suscripción juega un papel aún más importante que en el seguro comercial y residencial debido a la gran variedad de riesgos. Por ejemplo, debido a las condiciones meteorológicas, a las del cargamento, a las condiciones políticas, nacionalidad de la embarcación y otros factores, la tarifa asignada a un viaje determinado puede ser diferente para cada viaje subsiguiente. Se puede asignar una tarificación distinta a dos barcos idénticos dependiendo esto de sus misiones, o sea, del tipo de operación del transporte. En el seguro de transporte terrestre, la tarifa de un contratista determinado para su flota dependerá del tipo de equipo empleado, antecedentes de siniestralidad, condiciones de trabajo, etc. Las estadísticas son de poca ayuda para formular tarifas de seguro contra tan diversos riesgos. El tarificador debe juzgar con gran habilidad el valor del riesgo y actuar en forma correspondiente.

● RESUMEN

1. La prima del seguro está calculada para cubrir dos tipos de costos: (a) costos de reclamaciones de siniestralidad bajo el contrato, y (b) costos de administración del mecanismo del seguro. Al primero corresponde la prima pura o neta, mientras que se llama prima bruta a la totalidad del precio.
2. El criterio para la determinación de tarifas eficaces especifica que una tarifa debe ser adecuada, pero no excesiva, y debe distinguir los riesgos de acuerdo con determinados grados. Por regla general, estos criterios aparecen especificados en las disposiciones gubernamentales, pero no existe ningún acuerdo general sobre cómo se han de aplicar en cada tipo de seguro. Otro concepto relacionado con una tarificación justa recomienda que las tarifas estén actualizadas y procuren la prevención de pérdidas.

3. Si bien las estadísticas proporcionan la base para establecer las diversas maneras de calcular las primas, parece, por otro lado, que éstas se fijan más o menos arbitraria o subjetivamente. En todo caso, los criterios personales acerca del seguro juegan un importante papel al determinar la tasa definitiva.
4. Existen dos tipos básicos de primas: la manual o de clase y la individual o de mérito. En el caso de la tasa manual se supone que se pueden distinguir clases homogéneas de asegurados, aplicándose a cada grupo de riesgo la misma prima, representativa de una parte proporcional de las pérdidas totales. En la tasa de mérito se parte de la base de que los riesgos individuales son lo suficientemente diferenciados como para considerar las circunstancias particulares de cada uno de ellos.
5. La credibilidad es un concepto de gran importancia al calcular las primas y para estimar hasta qué punto cabe confiar en la experiencia resultante en la observación de pérdidas, cuando se trata de fijar o de revisar algún tipo de prima. El procedimiento de mérito en el cálculo de las primas se basa en este concepto, el cual, a su vez, descansa sobre las estimaciones básicas obtenidas de una larga serie de casos.
6. En los planes tanto individuales o de mérito para determinar las primas se pueden distinguir cuatro tipos generales: (a) Los que de antemano consideran subclases especiales de seguros, estableciéndose diferencias en las primas según sus propias características o estableciendo bonificaciones en razón de sus experiencias en materia de siniestros. (b) Los que partiendo de primas fijas aplican recargos o descuentos sobre la prima base en consideración a los riesgos específicos de alguna operación de seguro. (c) Los que se basan en primas aconsejadas por la experiencia. (d) Los que consideran primas retrospectivas.
7. La determinación del importe de una prima individual para un asegurado está sujeta a su volumen de pérdidas en un período determinado. En caso de haber revisiones, éstas afectan la tasa futura. El procedimiento retrospectivo permite al asegurado conocer su prima, parcial o totalmente, para un tiempo determinado; sobre esta base, la prima definitiva aplicable

a un período depende de la experiencia sobre las pérdidas en este mismo lapso de tiempo.

8. Aun cuando se considera la determinación de primas en el seguro de vida como la más científica, existen, sin embargo, grandes diferencias en cuanto a primas y estructuras de costes que no se pueden explicar fácilmente a no ser por la existencia de factores subjetivos en la fijación de éstas. Una prima pura se establece recurriendo a una tabla de mortalidad y teniendo en cuenta un determinado tipo mínimo de interés. La prima bruta resulta de la aplicación de fórmulas bastante complejas.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. (a) ¿Cuál es la diferencia principal entre una tarifa y una prima?
   (b) En este aspecto, ¿por qué se hace referencia normalmente a una prima retrospectiva y no a una tarifa retrospectiva?
2. El criterio subjetivo en la tarifación se manifiesta en dos vertientes. La primera es cuando no se dispone de estadísticas adecuadas por tratarse de coberturas nuevas o riesgos muy concretos. ¿Cuál es la segunda forma en que el criterio subjetivo afecta el establecimiento de primas?
3. Cierto asegurador anunciaba un plan de renovación del seguro de responsabilidad automovilística para un período de cinco años a condición de que se cumpliesen ciertos requisitos. (El procedimiento usual adoptado por los aseguradores de automóviles prevé la facultad de cancelar dicho seguro con un preaviso de diez días.) No se garantizaba la misma prima para la renovación del seguro, sino que podía ser alterada para reflejar algún cambio en los costes. Teniendo en cuenta la práctica aplicada por los aseguradores en otros ramos que típicamente ofrecen un seguro que no se puede cancelar (por ejemplo, seguro de vida) considere usted el efecto lógico que esta nueva idea podría causar. Proponga algunas razones para la introducción de esta nueva sugerencia y el por qué de su poco frecuente aplicación.

4. Durante la vista de una causa sobre seguros en el Senado, un testigo declaró: «La prima de un seguro es el precio pagado por dicho seguro. Este precio debería llenar los bolsillos del asegurador de tal forma que le permitiese atender las reclamaciones tal y como surjan. Este principio es suprema ley y todo lo demás no son sino comentarios. Cualquier otra consideración... debe relegarse a un segundo plano después de la norma elemental de que un asegurador que no dispone de fondos suficientes para liquidar las reclamaciones en la medida en que se produzcan no es un asegurador, sino un estafador.»
   (a) ¿Qué criterios relativos a una sana política de primas subraya esa persona?
   (b) ¿Está usted de acuerdo en que este criterio es más importante que cualquier otro?
   (c) ¿Qué característica fundamental de tarificación lo diferencia del establecimiento de precios en otros sectores? ¿Explica esta característica el énfasis de los comentarios arriba citados? ¿Cómo?
5. Un asegurador revisa el cúmulo de su experiencia de siniestros antes de decidirse acerca del tipo de prima que piensa aplicar el año siguiente. La experiencia recogida en el ramo de incendio de inmuebles se funda en un ingreso de primas de 1.650.000 dólares y la del seguro de bienes muebles ha producido 3.150.000. Al aplicarse la prima antigua, la siniestralidad era del 0,50 por 100 en ambos casos, pero el porcentaje correspondiente al período examinado era del 0,30 para inmuebles y del 0,70 por 100 para bienes mobiliarios.
   (a) Refiriéndose a la Tabla 26-1 y aplicando la fórmula de credibilidad dada en el texto, desarrolle el aumento o la reducción proporcionales para el año venidero. Enseñe usted todos sus cálculos.
   (b) ¿Por qué es el factor de credibilidad correspondiente a los inmuebles mayor que el que se refiere a muebles, a pesar del hecho de que el valor en dinero de las primas obtenidas en el ramo mobiliario es el doble del conseguido en el ramo inmuebles? Discútalo.
6. En el campo del seguro de crédito, un crítico argumenta que aplicando el sistema de primas por expe-

riencia un asegurado que sufre una fuerte pérdida en un año inmediatamente ve su prima aumentada el año próximo. El resultado es que «él paga por sus propias pérdidas» por medio de las mayores primas. Por consiguiente, se llega a la conclusión de que si un asegurado tiene que pagar sus propias pérdidas de todas maneras el contrato de seguro tiene poco valor, excepto quizá como una estratagema de nivelar las fluctuaciones originadas por la mala experiencia en pérdidas. Critique usted estas conclusiones.

7. «Z» observa en un informe publicado en un periódico que las pérdidas por incendio en el territorio nacional sobrepasan el promedio del año anterior en un 10 por 100. Y pregunta si, en su opinión, debe temer el aumento de la prima del seguro de incendio en su región para un edificio comercial de su propiedad. ¿Qué le contestaría usted?

8. Una revista financiera informa: «Para la gran mayoría, comparado con el precio del automóvil, el seguro ocupa el primer lugar, habida cuenta de los costos de mantenimiento de éste... Sin embargo, el coste del seguro automovilístico, que ha ido subiendo continuamente..., parece que aumentará más aún... y muchos dueños de coches tendrán más y más dificultades para cubrir sus seguros..., porque las pérdidas de los aseguradores en 1957 alcanzarán probablemente unos 300 millones... El monto de las primas oscilará en el futuro en un amplio rango de un área a otra.»
   (a) ¿Qué factores podrían considerarse los más importantes en el aumento del coste del seguro de automóviles?
   (b) ¿Qué método general de tarificación se emplea en el seguro de automóviles según las diferencias geográficas?

9. ¿Por qué se considera deseable y hasta esencial la cooperación entre aseguradores con respecto a ciertos procedimientos de tarificación, cuando existe una estricta prohibición de «maquinaciones» en materia de precios entre los vendedores de bienes tangibles? Explíquelo.

10. Después del terremoto de San Francisco, en 1906, muchos aseguradores dejaron de liquidar todas las reclamaciones y se declararon insolventes. Indique usted una regla fundamental de la tarificación que estos aseguradores probablemente violaron.

11. Se ha comentado que en la práctica de primas del seguro para automóviles, si se fijan en base al total de vehículos involucrados, se introduce un elemento de injusticia en las estructuras de tarificación. El argumento se apoya en que un coche puede ser utilizado por varios conductores, mientras otro lo sea por uno solo, y, sin embargo, ambos coches pagarían la misma prima. ¿Existe,en su opinión, alguna justificación a este argumento? Coméntelo.

12. A continuación encontrará usted algunos datos (simplificados):

Edad	Número vivos	Número muertos	Valor actual de un dólar al 2 por 100	
			Año	Factor
25	1.000	10	1	0,98
26	990	12	2	0,96
27	978	13	3	0,94

   (a) Calcule usted la prima neta individual para una póliza temporal a dos años y con capital de 1.000 dólares suscrita a la edad de veinticinco años.
   (b) Calcule usted la prima nivelada para este mismo seguro.
   (c) ¿Qué prima pagaría realmente el asegurado?
   (d) ¿Por qué no se puede calcular acertadamente la prima nivelada de esta póliza dividiendo por dos la prima individual? Explíquelo.

13. Un crítico del ramo de seguros de vida manifestó: «El seguro de vida ha sido complicado deliberadamente haciéndolo confuso e ininteligible, de forma que se paga ciegamente, confiado y sin quejarse de cualquier sobreprima que se le haya señalado... Suponiendo que la tasa de beneficios reales de 1955 es del 3,51 por 100, las compañías que solían aplicar el 2,5 por 100 en el cálculo de sus reservas se beneficiaban del 1 por 100 neto por cada dólar confiado a

ellas.» Critique usted este argumento teniendo en cuenta las dos categorías de aseguradores: en régimen de mutualidad y de empresa mercantil.

14. Diga qué modificaciones introduciría usted en sus cálculos de la pregunta número 12, si este problema consistiese en encontrar una respuesta (a) para una póliza vitalicia y (b) para otra temporal a treinta años.

15. Utilizando los siguientes datos supuestos calcule la prima neta individual y la prima nivelada a la edad de ciento diez años, con el 3 por 100 de interés y para un valor de 1.000 dólares (a) para una póliza de vida ordinaria; (b) para una póliza de vida entera con pago de primas en tres años; (c) para una póliza temporal de dos años. (d) ¿Revela su contestación por qué las personas de edad raramente conciertan una póliza de vida?

Edad	Número vivos	Número muertos	Cantidad años	Factor descuento
110	50	10	1	0,97
111	40	10	2	0,94
112	30	10	3	0,92
113	20	15	4	0,88
114	5	5	5	0,85
115	0	—	—	—

16. En el seguro de vida la probabilidad de muerte por cada mil personas era del 25 por 100 para la edad de cinco años en 1850, para los de veinticinco años en 1901, para los de cuarenta y ocho en 1930 y para los de sesenta y tres en 1959. Este notable descenso de la mortalidad en los últimos ciento diez años no tiene su contrapartida en un descenso proporcional de las primas del seguro de vida. Por ejemplo, un anuncio publicado por la Mutual Life, de Nueva York, el 28 de febrero de 1843 indicaba la prima de 27,60 dólares para el seguro «para toda la vida» de una persona de treinta y cinco años. El seguro a siete años para una edad de treinta y cinco años costaba 15,30 dólares, y otro para un año, 13,60. En la actualidad las primas de seguro temporal son aproximadamente la mitad y las

primas para un seguro de vida ordinario representan tan sólo las cuatro quintas partes de aquéllas. Indique usted las posibles razones de por qué las primas no son hoy en día más bajas aún, a pesar del enorme descenso de la mortalidad.

17. Con respecto al seguro de desempleo, un escritor se manifestaba así: «Las primas aplicadas a base de la experiencia pueden en parte conducir a una autodestrucción. Los empresarios, en su afán de asegurarse primas más favorables, tienden a caer en una variedad de prácticas (algunas se pueden justificar éticamente, pero otras no tanto) que pueden aumentar la estabilidad laboral de una reducida parte de los empleados, pero que hacen aumentar grandemente la inestabilidad en otro grupo.» Explique usted por qué ocurre esto.

18. ¿Cuál es la distinción básica entre la tarifación por experiencia y la retrospectiva? ¿Cuál es la similitud básica?

19. El empresario «X» y sus aseguradores conciertan una tarificación retrospectiva para el riesgo de accidentes de trabajo, pero «X» no sabe decicidr cuál de los dos módulos, el A o el B, es mejor. Si no escoje uno de estos planes, la prima standard para «X» sería de 10.000 dólares. «X» tiende a creer que el resultado de sus pérdidas será muy reducido, habida cuenta del extraordinario esfuerzo de su ingeniero de la seguridad laboral y de la campaña contra accidentes que lleva a cabo en su factoría. Aconseje usted a «X» explicando las ventajas y desventajas de su recomendación.

20. Se ha dicho que la tarificación retrospectiva hace superflua la necesidad de un auto-seguro en aquellos ramos donde se emplea este sistema. ¿Está usted de acuerdo? ¿Por qué?

21. (a) ¿Cuáles son los factores determinantes de las primas en el seguro de incendio para edificaciones comerciales?
    (b) La tarificación que refleja estos factores, ¿está basada en estadísticas? ¿Por qué o por qué no?

22. Una revista comercial comentaba en 1972 que «se vendía muy bien» un nuevo plan, recientemente propuesto, con descuentos en la nómina de los empleados, que ofrecía un seguro de daños en propiedad y de

responsabilidad civil a una prima muy reducida. Este plan fue implantado por la agencia de publicidad Ted Bates & Co., y cubría seguro automovilístico, de propiedad o exceso de responsabilidad civil, «con un 15 por 100 de rebaja en las primas normalmente aplicables».

(a) ¿Qué tipo de justificación podría existir para una rebaja del 15 por 100 en las primas generalmente aplicadas en los riesgos cubiertos?

(b) Aparte de primas más bajas, ¿qué otras ventajas puede representar el seguro de grupos de bienes y de responsabilidad civil para un individuo? ¿Existe alguna desventaja? Discútalo.

23. «Estudios empíricos revelan amplias variaciones en las primas del seguro de vida.» ¿Hasta qué punto justifica esta cita la conclusión (a) que la competencia de precios en el ramo de seguros de vida no tiene efectividad, porque de otra manera los aseguradores menos activos quedarían eliminados; (b) que, generalmente, resulta más económico concertar el seguro de vida con un asegurador sin participación que con otro con participación? Explíquelo.

27

Análisis financiero de los aseguradores

En los estados financieros de las compañías de seguros hay varias facetas que necesitan una interpretación y explicación más pormenorizadas. Son de especial importancia los problemas que plantean las reservas o pasivo de los aseguradores. Estas reservas pueden calcularse de distintas maneras, y el resultado final depende de los métodos aplicados y de los problemas específicos que se quieran resolver. La configuración del presupuesto de reservas es un elemento vital para valorar el grado de seguridad financiera que se da al asegurado. También es necesario conocer la forma en que se desarrollan las reservas antes de poder formarse una opinión válida acerca del valor real de un asegurador desde el punto de vista del inversor o de la gerencia del asegurador. La composición relativa de las reservas es el reflejo de la eficacia de la política de tarifación de modo que un cuidadoso análisis del desarrollo de las mismas ayuda a esclarecer esta cuestión. En el Capítulo 6 hemos estudiado el enfoque general del análisis de los estados de cuenta financieros de los aseguradores, suponiendo que las cifras que figuran en éstos pueden tomarse como buenas. Como se verá más adelante, esta base no se ve siempre justificada y, en algunos casos los resultados del análisis financiero han de modificarse.

EL BALANCE

El balance de cualquier empresa facilita información sobre el estado financiero de la misma. El balance muestra cuáles son los principales activos y quién los posee, los pasivos y el valor neto de la empresa. Los activos de una compañía de seguros se componen en primer lugar de acciones y valores cuya composición y naturaleza son reguladas cuidadosamente por la ley. El pasivo de un asegurador difiere ligeramente del que aparece en el balance de una empresa industrial. En primer lugar, raras veces aparecen en él deudas a largo plazo. La razón de ello es que no hay motivos para mantener una deuda de esta clase, puesto que el asegurador no tiene una necesidad grande de activos tangibles. En segundo lugar, la mayoría de los pasivos son estimativos y figuran como reservas y no como cuentas a liquidar, como ocurre con el balance de una empresa industrial. Más adelante se expone por qué los aseguradores declaran su pasivo de esta forma.

Vamos a dedicar nuestra mayor atención a la naturaleza del pasivo de un asegurador y su valor neto. El Gráfico 27-1 muestra los balances de dos pequeñas compañías aseguradoras: el asegurador A, que se dedica principalmente al ramo de incendios y afines, y el asegurador B, cuyo negocio consiste principalmente en seguros de accidentes de trabajo y responsabilidad civil. ¿Cuál es la estructura del capital de estos aseguradores y cómo se explican las diferencias observadas? La estructura del capital significa la composición del pasivo y la del valor neto, es decir, la manera en que la empresa ha obtenido sus fondos. El pasivo de una sociedad puede ser considerado como la descripción de la forma y el alcance en que acreedores de diversa índole han prestado dinero a la sociedad. El pasivo es, pues, una fuente de medios financieros en la misma forma que las aportaciones de los accionistas, el capital y los excedentes lo son para la firma aseguradora.

La estructura del capital del asegurador A puede resumirse así: los acreedores han proporcionado 8 millones de dólares al activo de la compañía y los accionistas el resto por un valor de 5,7 millones. Es decir, por cada dólar del activo procedente de los accionistas, los acreedores (que son los suscriptores de pólizas) han aportado 1,40 dólares.

Gráfico 27-1

BALANCE DE DOS COMPAÑIAS ASEGURADORAS DE BIENES Y RESPONSABILIDAD CIVIL

(En millones de dólares)

	Aseg. A (§)	Aseg. B (*)
Activo		
Valores amortizados	5,5	11,8
Acciones	6,4	8,2
Efectivo, balance de primas, etc.	1,8	3,6
	17,3	23,6
Pasivo y excedentes		
Reserva para primas no devengadas	6,7	6,4
Otros pasivos	0,4	0,5
Reserva para siniestros	0,9	10,2
Total pasivo	8,0	17,1
Capital desembolsado	1,0	1,0
Excedentes suscriptores	4,7	5,5
	13,7	23,6

(§) Asegurador A, una sociedad anónima, se dedica principalmente al ramo incendio y seguro de amplia cobertura.

(*) Asegurador B es una sociedad anónima que no opera en el ramo de incendios, sino que se dedica al seguro de accidentes de trabajo, del automóvil y r. c. general y seguro de calderas y maquinaria.

En el caso del asegurador B, por cada dólar del activo aportado por los accionistas, los suscriptores contribuyeron con 2,60 dólares aproximadamente. Entonces surge la pregunta, ¿cuál es el origen de estas relaciones? ¿Qué serie de condiciones tuvieron que darse para llegar a estos resultados tan particulares? ¿Cuáles son los problemas financieros en juego? ¿Cuáles son los diversos factores que afectan al excedente de los aseguradores? ¿Es recomendable para un asegurador disponer de un excedente tan alto como sea posible? Estas cuestiones son las que se analizan a continuación.

Capital y excedente

El capital de una aseguradora está representado por dos componentes, capital en acciones y excedente o reservas. El capital en acciones representa el valor de las aportaciones originales de los accionistas, y el excedente es una combinación del capital original depositado y de los beneficios acumulados. En el balance de un asegurador, el excedente se denomina corrientemente «excedente de los suscriptores» en lugar de excedente de los accionistas, que es lo que en realidad representa. El excedente o reserva correspondiente al derecho de los accionistas al activo real es un contrapeso a la pérdida de valor de éste para proteger a los acreedores, los cuales, en el caso de una aseguradora, son los asegurados.

Los peligros de una reserva inadecuada

Un asegurador con un excedente inadecuado o con una cantidad excesiva de pasivos en relación al excedente, se expone a operaciones financieras inestables. Esta inestabilidad puede perjudicar el negocio, dañar los beneficios, crear dificultades en la obtención de ampliación de capital y tener resultados negativos en la administración.

Supongamos que el asegurador A del Gráfico 27-1 consigue un volumen anual de primas de 5,7 millones de dólares, mientras el asegurador B recoge 19,5 millones. Para el asegurador A, la relación entre primas y reserva de suscriptores es de 1:1, mientras esta relación se establece en 3:1 para el asegurador B. Supongamos que en un año, económicamente bajo, cada asegurador experimenta una pérdida de suscripción del 10 por 100 de las primas concertadas. Para el asegurador A, esta pérdida equivale al 10 por 100 de sus reservas, mientras la pérdida es del 30 por 100 de las suyas para el asegurador B. La pérdida es tres veces más grave, para el asegurador B que para A a causa del mayor porcentaje de primas para la reserva de los suscriptores.

El asegurador B podría alcanzar la misma estabilidad del asegurador A ya sea reduciendo el volumen de las primas que acepta o bien triplicando el importe del excedente. Ninguna de estas dos alternativas se consigue fácilmente. El asegurador B podría aumentar las condiciones standard de suscripción, pero

este paso desanimaría a sus agentes y dañaría permanentemente su posición en el mercado. Podría subir las primas, con resultado parecido, a menos que la competencia le secundara. También podría intentar reforzar sus reservas vendiendo nuevas acciones mediante una prima. Sin embargo, a menos que se tomara alguna medida, sólo las pérdidas de tres años bastarían para poner en peligro la solvencia de la compañía. Una vez que las pérdidas comienzan a subir será muy difícil conseguir nuevas aportaciones, pues es poco probable que los inversores se sientan atraídos por un asegurador que no proporciona beneficios y que parece dirigirse al encuentro de dificultades financieras.

Tipos de reservas

La reserva es el pasivo más fuerte en el balance de un asegurador. Muchas veces se hace referencia a la reserva como si fuese un fondo de cierta clase, con cargo al cual se puede pagar a los asegurados y a otros. Naturalmente, la reserva no es propiamente un fondo, sino que describe simplemente el fin para el cual éste se está acumulando.

Los dos tipos principales de reservas son las de pérdidas y las de primas no devengadas. La reserva para pérdidas se establece para el cálculo de las mismas, gastos de tasación de daños y otras partidas afines. Puesto que muchas veces no se conoce el volumen exacto de éstas, cuando se confecciona el balance el asegurador estipula una reserva o una estimación que se aproxima a sus responsabilidades finales. Por otro lado, la reserva de primas no devengadas surge porque los suscriptores pagan su seguro por adelantado. Estos cobros, que han de reembolsarse a los asegurados total o parcialmente en el caso de anularse un contrato, deben contabilizarse con exactitud ya que determinan la responsabilidad hacia éstos, que es a lo que se llama reserva de primas no devengadas.

En el Gráfico 27-1, las reservas de pérdidas son bastante reducidas para el asegurador A, pero relativamente altas para el asegurador B. La reserva para primas no devengadas es, con mucho, el pasivo más importante para el asegurador A, e importante también para el asegurador B. Una de las razones para ello es la naturaleza del negocio a que cada uno de ellos se dedica. Para el asegurador A, en caso de incendio o tempestad, las pérdidas pueden generalmente evaluarse y liquidarse con rapidez. Por lo tanto, no es tan necesario mantener una reserva alta para el pago de reclamaciones futuras.

Por otro lado, la reserva para primas no devengadas suele ser considerable para un asegurador de incendios debido a la práctica de suscribir pólizas para plazos de tres o cinco años. Las primas pagadas por adelantado son relativamente altas, por lo que debe establecerse una reserva de cuyo pasivo tengan conocimiento los suscriptores quienes, como hemos visto, tienen derecho a anular su seguro y obtener la devolución de las primas, si así lo desean.

La situación es totalmente opuesta en el caso del asegurador B. Las reservas para pérdidas son relativamente altas, puesto que en el seguro de responsabilidad y accidentes de trabajo es generalmente imposible determinar el alcance de los daños inmediatamente después de ocurrido el accidente que da lugar a indemnizaciones. Una demanda por responsabilidades puede quedar pendiente de solución durante meses y hasta años En el seguro de accidentes de trabajo, el asegurador puede verse obligado a establecer un importante fondo para pagar la pensión vitalicia a un obrero accidentado. Por otro lado, las reservas de primas no devengadas son considerablemente menores que las establecidas para pérdidas, pues en esta modalidad de seguro no es corriente que los suscriptores de pólizas paguen sus primas por adelantado para más de un año. Algunas veces no hay adelanto alguno en el pago de primas, sino que se abonan por meses o por semestres. En el seguro de accidentes de trabajo es bastante usual exigir tan solo un pequeño depósito de primas, quedando la prima definitiva pendiente hasta haberse procedido al examen de la nómina del asegurado al final del año. Por estas razones, la reserva para primas no devengadas del asegurador B es más pequeña que la reserva para pérdidas.

PROBLEMAS QUE SE DERIVAN DE LAS RESERVAS PARA PRIMAS NO DEVENGADAS

Puede parecer justificado exigir a un asegurador que establezca un pasivo como reserva de primas no devengadas, donde figurarán los adelantos de primas realizados por los suscriptores de las pólizas. Sin embargo, la manera en que se lleva a cabo éste puede plantear importantes problemas financieros. Tomemos una serie de operaciones contables para describir la manera en que surgen las reservas para primas no devengadas y los efectos financieros de estas transacciones.

Operación 1

El día 1 de enero, la Compañía de Seguros ABC queda autorizada por la ley a realizar operaciones en el ramo de incendios y afines. El capital inicial es de 100.000 dólares y el excedente de 50.000. Los 150.000 dólares de capital y excedente se obtuvieron vendiendo mil acciones de un valor nominal de 100 dólares al precio de 150. Las razones para vender acciones «con prima» se verán más adelante. Haciendo caso omiso de los gastos de instalación de oficina, de organización, etc., el balance al iniciarse el negocio será como sigue:

Compañía de Seguros ABC
Balance
1 de enero 19—

	Dólares		Dólares
Activo		*Pasivo y excedente*	
Caja	150.000	Acciones	100.000
		Excedente	50.000
Total activo	150.000	Reservas	—
		Total pasivo y excedente	150.000

Operación 2

Durante el primer mes de operaciones, los agentes locales presentan 400 pólizas de incendio sobre inmuebles con plazo de tres años con un total de 30.000 dólares en primas. Estos 30.000 dólares representan un pago por adelantado de los suscriptores de las pólizas para su seguro contra incendios durante los próximos tres años. El asegurador está obligado por la ley a constituir una reserva para primas no devengadas que cubra su responsabilidad hacia los asegurados. Antes del pago de cualquier gasto, el balance aparecerá así:

Compañía de Seguros ABC
Balance
31 de enero 19—

	Dólares		Dólares
Activo		*Pasivo y excedente*	
Caja	150.000	Reserva primas no devengadas	30.000
Cobros	30.000	Acciones	100.000
		Excedente	50.000
Total activo	**180.000**	Total pasivo y excedente	180.000

Operación 3

A diferencia de otras empresas mercantiles, las compañías aseguradoras de bienes y responsabilidad civil están obligadas a llevar sus cuentas al día y no acumuladas. En otras palabras, todo gasto en relación con la emisión de pólizas debe contabilizarse tan pronto se hayan cobrado las primas adelantadas y no puede ser fraccionado a prorrateo durante la vigencia de la póliza. Para el caso expuesto más arriba, los gastos podrían ser los siguientes:

	Dólares
Comisión de agentes (25 por 100)	7.500
Impuestos sobre primas (2,5 por 100)	750
Varios (15 por 100)	4.500
Total (42,5 por 100)	12.750

Después del pago de estos gastos, el balance aparecerá así:

Compañía de Seguros ABC
Balance
1 de febrero 19—

	Dólares		Dólares
Activo		*Pasivo y excedente*	
Caja	167.250	Reserva primas no devengadas	30.000
		Acciones	100.000
		Excedente	37.250
Total activo	167.250	Total pasivo y excedente	167.250

El pago de los gastos ha recortado el efectivo y el excedente en 12.750 dólares, de los cuales no puede pagarse nada con cargo a la cuenta de reserva de primas no devengadas. Dicho de otra manera, nuestro nuevo asegurador necesita, para empezar, establecer un excedente, pues sin él no podría contratar ningún negocio. (Ello explica la razón por la que las acciones iniciales se han vendido con una prima de 50 dólares por acción) Este hecho es de vital importancia para comprender el balance de una compañía de seguros y no puede ser subestimado. El volumen del excedente determina la facultad del asegurador para

ampliar su negocio y, de hecho, da la medida de su capacidad operativa.

La reserva para primas no devengadas es llamada, a veces, reserva de reaseguro. Esta denominación surge debido a que si nuestro asegurador decidiera dejar de operar el 1 de febrero y solicitara de otra compañía de seguros que se hiciera cargo de sus operaciones de incendio según figuran en los libros, el reasegurador exigiría un pago igual a la reservas de primas no devengadas menos una parte por los gastos ya pagados. Suponiendo que los 12.750 dólares de gastos en el primer año representan, aproximadamente, el 95 por 100 de todos los gastos pagaderos durante los tres años de vigencia de las pólizas, el reasegurador sabe que, si cobra unos 18.750 dólares, tendrá medios suficientes para pagar los gastos pendientes que pudiesen surgir, más las pérdidas y ganancias estimadas, es decir:

	Dólares
Gastos pendientes (5 por 100)	1.500
Pérdidas estimadas (52,5 por 100)	15.750
Beneficios (5 por 100)	1.500
	18.750

Todo esto implica, como consecuencia de la contabilización inmediata, la existencia de una garantía oculta en la reserva de primas no devengadas, representada, aproximadamente, por el pago anticipado de los gastos sobre primas del seguro. Esta garantía se va recuperando conforme las pólizas cumplen sus plazos de vigencia. En el caso descrito en la página 906, el importe sacado de la cuenta de excedente para el pago de gastos era de 12.750 dólares. Hemos visto a un reasegurador dispuesto a asumir todos los compromisos resultantes de las pólizas por 18.750 dólares. Esto dejaría 11.250 a favor de la compañía ABC y, en efecto, le permitiría recuperar el total de su inversión, excepto los 1.500 de gastos de puesta en marcha del negocio. Estos 11.250 dólares pertenecen en realidad a los accionistas de la compañía de seguros, y de ahí el término «garantía en la reserva de primas no devengadas».

Para los aseguradores de incendios, la garantía en el aumento de la reserva de primas no devengadas se aproxima muchas veces al 40 por 100 de un año para otro. En las diversas modalidades del seguro de responsabilidad civil sobre la propiedad, esta estimación varía, porque depende del volumen de primas

pagadas por adelantado y de los gastos anticipados. Cuanto mayor es el pago de primas por adelantado y el capítulo para gastos, tanto mayor es la garantía en la reserva de primas no devengadas. En el seguro de bienes y responsabilidad civil, se toma frecuentemente el 35 por 100 como porcentaje estimativo de ésta.

Recuperación de la garantía en las reservas de primas no devengadas

La garantía en las primas no devengadas se devuelve normalmente en forma gradual al excedente a medida que las pólizas van cumpliendo sus plazos. En el caso anterior supongamos que ha pasado un año y que la compañía de seguros ABC presenta un balance al 31 de diciembre. Supongamos también que no se ha hecho ninguna nueva operación y que las pérdidas coinciden exactamente con las previsiones realizadas al estructurar las primas; es decir, 52,5 por 100 ó 5.250 dólares. (Las primas para el primer año sumarían 10.000 dólares, puesto que los 30.000 representaban las primas para tres años.) Se supone que no ha habido nuevos gastos. La cuenta de caja se reduce en 5.250 dólares en concepto de pago de daños. Puesto que ha pasado un tercio del tiempo, el asegurador queda facultado para reducir la reserva de primas no devengadas en una tercera parte del importe inicial; esto es, se autoriza al asegurador a considerar como ganada una tercera parte de lo cobrado por anticipado. De esta manera se transfieren 10.000 dólares de la reserva de primas no devengadas a la cuenta de excedentes. Esta, a su vez, disminuye en 5.250 que es el importe de las pérdidas costeadas. El balance sería entonces el siguiente:

Compañía de Seguros ABC
Balance
31 diciembre 19—
(Fin del Primer Año)

	Dólares		Dólares
Activo		*Pasivo y excedentes*	
Caja	162.000	Reserva primas no devengadas	20.000
		Acciones	100.000
		Excedente	42.000
Activo total	162 000	Total pasivo y excedente	162.000

Al comparar el balance al 31 de diciembre con el del 1 de febrero, se observa un solo cambio en la cuenta de caja: el de su disminución por el importe de los daños pagados. La reserva de primas no devengadas alcanza dos tercios de su nivel anterior, y la cuenta de excedente ha aumentado en la diferencia neta entre la reducción de la reserva de primas no devengadas y los pagos por daños realizados. Una parte de la garantía en la reserva de primas no devengadas ha sido, pues, recuperada.

¿Cómo queda ahora la situación financiera de la compañía durante el segundo año de sus operaciones? Para simplificar las cosas, supongamos que no se ha concertado ningún nuevo seguro y que las pérdidas se mantienen nuevamente al nivel planificado. Se produce el mismo cambio que hemos señalado más arriba. La cuenta de caja disminuye en 5.250 dólares y el excedente aumenta en 10.000, menos 5.250, o 4.750 dólares. Lo mismo sucede también en el tercer año. Al finalizar el tercer año, la reserva para primas no devengadas ha desaparecido totalmente, puesto que el asegurador ya no tiene más compromisos por haberse cumplido todos los contratos. El balance aparece ahora como sigue:

Compañía de Seguros de ABC
Balance
31 diciembre 19—
(Fin del tercer año)

	Dólares		Dólares
Activo		*Pasivo y excedente*	
Caja	151.500	Reserva primas no devengadas	—
		Capital	100.000
		Excedente	51 500
Total activo	151.500	Total pasivo y excedente	151.500

Podemos resumir los resultados de las operaciones de la aseguradora durante los tres años como sigue:

		Dólares
Primas cobradas		30.000
Menos		
Pérdidas (52,5 por 100)	15.750	
Gastos (42,5 por 100)[1]	12.750	28.500
Beneficio (5 por 100)		1.500

[1] Se supone que no hay otros gastos generales.

Tal como esperamos, el balance del asegurador al termino del período y a base de supuestos simplificados, finaliza con las cuentas de caja y excedentes aumentadas en 1.500 dólares, o sea, el beneficio previsto. Entretanto, sin embargo, el excedente ha bajado hasta 37.250 dólares. Sin un excedente inicial, el asegurador nunca hubiese podido aceptar el negocio ofrecido por sus agentes, puesto que, por los requisitos legales que se le exigen, hubiese comenzado con un déficit y legalmente en situación de insolvencia. Este resultado se debe, pues, al sistema de contabilización inmediata. Esta, a su vez, resulta del deseo de las autoridades reguladoras de proteger las primas pagadas por adelantado por el público asegurado. Una compañía nueva de seguros en rápida expansión parece muchas veces perder dinero, en comparación con otra más experimentada. Observemos, por ejemplo, el resultado del primer año de la compañía de seguros ABC. Al final del primer ejercicio al 31 de diciembre, la declaración de ingresos a someter al inspector de seguros habría sido la siguiente:

		Dólares
Primas suscritas		30.000
Aumento de la reserva de privas no devengadas		20.000
Primas devengadas		10.000
Menos		
Pérdidas	5.250	
Gastos	12.750	18.000
Pérdida legal de suscripción		8.000

Si bien el asegurador ha tenido exactamente el resultado previsto de su estructura de primas, se observa una pérdida a causa de la forma de contabilización impuesta por la ley. De aquí que la declaración de resultados facilitada al inspector de seguros es conocida con la denominación de beneficio o pérdida legal de suscripción para distinguirla de los resultados reales de la misma. Para llegar al resultado real de la suscripción, la pérdida legal por la misma debe ajustarse sumando nuevamente la garantía en el aumento neto de la reserva de primas no devengadas durante el primer año, o sea, 20.000 dólares. En nuestro caso, la garantía asciende al 42,5 por 100 de 20.000, o sea, 8.500 dólares. De este modo, el resultado real de la suscripción produce un

beneficio de 500 dólares que es el 5 por 100 de las primas devengadas, tal como se esperaba.

Una vez que un asegurador alcanza la estabilidad de su negocio (no sigue aumentando sus suscripciones a nueva prima) las recuperaciones de las reservas de primas no devengadas de negocios anteriores compensará los compromisos que resulten de nuevos negocios.

Suponiendo que las pérdidas han sido las previstas, el beneficio legal de suscripción será el estimado. No habrá aumento neto de la reserva de primas no devengadas y, por consiguiente, ninguna necesidad de ajustar los beneficios a este factor. Mediante un razonamiento similar se deduce, que si un asegurador reduce el volumen de las primas en una cantidad fija y con ello también el volumen de las primas no devengadas, el beneficio legal de suscripción obtenido será mayor que el beneficio de la gestión en el período estudiado.

Si no se comprenden estos conceptos es probable que el analista interprete equivocadamente el resultado financiero del asegurador. Llegaría a suponer que el nuevo asegurador, cuyo negocio crece rápidamente, está condenado a la bancarrota a causa de las pérdidas de suscripción legal y obtendría la conclusión errónea de que el asegurador que disminuye su negocio y presenta un beneficio de suscripción legal en aumento es el que tiene la economía más saneada de los dos.

Efectos financieros de la reserva de primas no devengadas

La principal conclusión financiera que se puede sacar del análisis precedente es que produce una restricción artificial en la capacidad de contratación de seguros, porque la reserva de primas no devengadas es excesiva y ello por varias razones, entre las cuales conviene destacar las siguientes:

1. No todos los importes que deben contabilizarse aparte son desembolsados definitivamente en realidad. Las comisiones de agentes sobre la parte no devengada de una prima deben ser devueltas si la póliza es cancelada. Por ejemplo, si un asegurador cobra un adelanto de primas de 100 dólares y paga a su agente 25 de comisión, en el caso de que la póliza sea anulada por el asegurado después de haberse cumplido tan solo la mitad del tiempo estipulado, el agente debe devolver 12,50 dólares del importe cobrado. Esta cantidad es recuperada por el asegurador, quien la devolverá al suscriptor de la póliza.

2. Si el asegurado anula su póliza no se le devuelve la parte proporcional entera, sino una más reducida. En el caso arriba expuesto, el asegurado que cancela su póliza a mitad de su vencimiento no recibirá 50 dólares sino una devolución de prima de alrededor de los 40. Sin embargo, en la reserva de primas no devengadas figurarían 50. De este modo, sólo en casos extremos sería necesaria la totalidad de la reserva de primas, si todos los suscriptores de pólizas cancelasen las mismas y exigiesen su devolución.

A causa de la necesidad de echar mano al excedente para cumplir los requisitos de la reserva para primas no devengadas dado que el volumen del excedente no es de cantidad ilimitada, se produce una restricción artificial en la facultad del asegurador de aceptar nuevos contratos, es decir, en su capacidad de aceptar seguros. Esto afecta particularmente al pequeño asegurador en desarrollo, siendo precisamente este tipo de asegurador quien puede interesarse por atraer nuevos fondos de garantía al mundo del seguro. Con la limitación impuesta sobre el crecimiento a causa de los requisitos exigidos para la reserva de primas no devengadas, el beneficio previsto para los inversionistas potenciales del seguro está también necesariamente limitado. Por consiguiente, se tropieza con el problema de atraer suficiente garantía de capital nuevo al mercado de seguros. Otro problema es que la contratación de seguros tiende a ser demasiado rígida en ciertas épocas.

Una de las principales formas en que los aseguradores de bienes y responsabilidad civil han intentado evitar la creación de reservas excesivas de primas no devengadas es la de concertar pólizas con vencimientos más cortos. Así, los aseguradores implantaron pólizas del seguro de automóviles para seis meses en lugar de un año completo. Asimismo han suscrito a plazos pólizas de seguro contra incendios, pagando el asegurado anualmente un tercio de la prima correspondiente a un seguro de tres años. Estas técnicas reducen en gran medida el monto del excedente de que un asegurador debe disponer para poder operar. La reserva para primas no devengadas exigida para una póliza anual de automóviles de 200 dólares corresponde a un promedio de 100, pero la misma póliza con cobro en dos plazos de 100 dólares, cada uno con un intervalo de seis meses entre los dos precisaría un promedio de 50 únicamente. Sin embargo, y pese a tales métodos, se ha observado una disminución general en la capacidad de seguro [2].

[2] Véase OTTO INGOLF, *Capacity*, «Journal of Risk and Insurance», marzo 1961, pp. 53-70.

Cálculo de las reservas para primas no devengadas

En la práctica, el asegurador no lleva por separado las reservas de primas no devengadas necesarias para cada póliza concertada, sino que emplea el sistema de promedio para obtener un resultado más eficaz. Por ejemplo, aplicando el método del semestre, se supone que una póliza es concertada uniformemente para todo el año y por consiguiente la reserva promediada para primas no devengadas será igual a las primas de seis meses. De acuerdo con esto, el asegurador contabilizará en la reserva para primas no devengadas la mitad de todas las primas anuales, la cuarta parte de todas las primas de dos años, y la sexta parte todas las primas de tres años. La mayoría de los Estados permite este método. Sin embargo, para su propio gobierno, un asegurador suele emplear el método quincenal que es más exacto.

En los últimos años se ha generalizado entre los aseguradores el admitir el pago adelantado de primas sobre el sistema a plazos. Por ejemplo, el asegurado puede pagar la prima total del primer año y el 78 por 100 de la prima anual para los cuatro años siguientes. El importe que deberá ser contabilizado como reserva de primas no devengadas depende de la cuantía a devolver al asegurado en caso de anulación de la póliza antes de la fecha de su vencimiento.

RESERVAS PARA PERDIDAS

La reserva para pérdidas es una suma destinada a reclamaciones pendientes de pago a la fecha del balance. Este importe es, desde luego, una estimación de la responsabilidad. Si esta responsabilidad fuese conocida con exactitud, probablemente no se la podría llamar reserva, sino sencillamente «reclamaciones acumuladas a liquidar».

Estimación de las reservas para pérdidas

Dos de los problemas de la estimación de reservas para pérdidas son:

1. Estimación de la cuantía de reservas que ha de estable-

cerse para cubrir reclamaciones que han tenido lugar pero cuyo importe no está confirmado.

2. Estimación de la cuantía de reservas para reclamaciones no conocidas, pero que por experiencia se puede considerar que han ocurrido.

Un daño puede haberse producido el 28 de diciembre, pero el aviso del accidente no llegó al asegurador antes de establecer su estimación de reservas en el balance del 31 de diciembre.

Hay varios métodos para calcular las reservas. Es frecuente que casos donde se sabe que ha ocurrido un accidente, el asegurador o perito establece una estimación individual de la pérdida final de cada caso. Este método, conocido con el nombre de «estimación de caso individual», es ampliamente utilizado. Cuando el importe promedio de una reclamación es reducido o no está sujeto a gran variación, el asegurador asigna un valor promedio a cada accidente del cual ha sido notificado. Cuando el importe de una reclamación depende de factores como duración de la vida, probabilidad de un nuevo matrimonio o promedio de duración de invalidez total, se consultan tablas que en su naturaleza son similares a las de mortalidad en el seguro de vida. A este método se le conoce como bases de «valor tabular» para el cálculo de reclamaciones. Para ciertos ramos de seguro, como accidentes de trabajo y responsabilidad civil, la reserva para pérdidas se calcula de acuerdo con una fórmula base establecida por la ley. En Nueva York, por ejemplo, la ley sobre accidentes de trabajo obliga al asegurador a destinar el 65 por 100 de la prima cobrada a reserva para pérdidas (60 por 100 en el seguro de responsabilidad civil) deduciendo toda pérdida y gastos liquidados a la fecha de presentación de la declaración anual. Esta reserva debe mantenerse durante tres años. La ley establece que si las estimaciones de reserva individuales de un asegurador son superiores a la cantidad resultante de la aplicación de la fórmula del 65 por 100, las estimaciones individuales representarán el importe de la reserva. Para reclamaciones a largo plazo (de tres años o más), la ley determina que la reserva para pérdidas se calcule al valor estimado actual, con el 3,5 por 100 de interés para todos las pagos futuros.

Capacidad de las reservas para pérdidas

Es difícil determinar la capacidad de las reservas para pérdidas de un asegurador concreto, a no ser que se recurra a los resultados anteriores. No existen reglas «tipo» que puedan seguirse para hacer comparaciones entre varios aseguradores, porque las diferencias de los sistemas operativos de cada uno de ellos dan lugar a reservas diferentes.

Mientras que la composición de las coberturas concertadas por un asegurador es la principal responsable del volumen relativo de su reservas, hay también otros factores que deben ser tomados en cuenta, a saber: zona de operaciones, edad del asegurador y su índice de desarrollo [3].

Zona de operaciones. El área de operaciones incide en el volumen de las reservas, porque las pérdidas varían según la zona. En una región, la ley puede prever mayores beneficios para accidentes de trabajo que en otras. Un asegurador que opera en zonas de mayores beneficios debe establecer más fondos para pérdidas que otro cuya industria se encuentra en una zona cuyos beneficios son menores. En el ramo de incendios, ciertas regiones pueden estar sujetas a mayores pérdidas a causa de vendavales que otras y, por ello, deben preverse en ellas reservas más altas. En otros territorios, los tribunales son más generosos en materia de accidentes personales que en otras zonas. El asegurador, consecuentemente, debe mantener un nivel apropiado de reservas.

Edad del asegurador. La edad del asegurador es un factor importante al establecer el volumen de las reservas para pérdidas. Un asegurador que lleva muchos años en el negocio ha tenido oportunidad de obtener riesgos diversificados que le hacen presumir que las pérdidas se mantendrán dentro de un cuadro previsto. Una compañía nueva no dispone de tanta base para calcular sus reservas. Por lo tanto, las reservas para pérdidas de un asegurador nuevo en el negocio posiblemente no respondan a la situación típica que se presentaría si la compañía hubiera operado durante un período más largo.

Indice de desarrollo. Cuanto más velozmente aumentan los ingresos de primas de un asegurador, más rapido será, en términos generales, el índice de crecimiento de sus reservas para pérdidas (así como la reserva para primas no devengadas). Muchas veces las reservas para pérdidas son superiores a las nor-

[3] Sin duda existen otros muchos factores que repercuten en las reservas. Por ejemplo, algunos aseguradores establecen reservas de seguridad para grandes daños. Los convenios de reaseguros también afectan el volumen de las reservas, como asimismo el porcentaje de reclamaciones que van a los tribunales.

males a causa de las deudas que la aceptación de nuevos asegurados ofrecen. Un asegurador cuyo negocio se encuentra estabilizado o crece poco a poco, basa sus reservas para pérdidas en la experiencia de los riesgos acaecidos. Probablemente, sus reservas para pérdidas sean relativamente más bajas, puesto que ha tenido la oportunidad de eliminar los riesgos malos y no acepta nuevos compromisos de las mismas características.

Deduciones sobre el análisis financiero

Las dificultades y peligros de un análisis convencional de balances para determinar la potencia relativa de dos aseguradores son ahora evidentes. Por ejemplo, según el gráfico 27-1, la relación entre el valor neto y las responsabilidades para el asegurador A es del 5,7 : 8 ó 71 por 100, y para el asegurador B de 6,5 : 17,1 ó 38 por 100. ¿Quiere decir esto que la compañía del asegurador A es más fuerte que la del asegurador B por la relativamente mayor proteción a sus suscriptores de pólizas contra la disminución de valor del activo? A primera vista parece que esto es así. Sin embargo, esta conclusión descansa sobre el análisis de la exactitud de las reservas para pérdidas. Además, el asegurador B ha invertido aproximadamente el 50 por 100 de su activo en valores, mientras que el asegurador A tan sólo ha invertido alrededor del 40 por 100. Por consiguiente, existe un elemento de seguridad en el asegurador B que compensa, en parte, la menor relación entre valor neto y las responsabilidades. Mientras no se conozcan más factores, poco más se puede decir acerca de la solidez financiera relativa de estos dos aseguradores que operan en campos totalmente distintos, tienen problemas financieros diferentes, pueden tener sus negocios en zonas totalmente ajenas entre sí y regirse por concepciones distintas en la contratación de los seguros.

Determinación del beneficio

El importe del beneficio que aparece en la declaración de ingresos de un asegurador depende de la justa proporción de sus pasivos de reserva y, más concretamente, de sus reservas para pérdidas. Hay que proceder a un ajuste que refleje la garantía en las reservas de primas no devengadas. El beneficio obtenido en un solo año es un indicativo dudoso del beneficio real ya que sólo cuando se dispone de un mayor lapso de tiempo

es posible determinar si las reservas para pérdidas han sido las adecuadas. Para vencer esta dificultad, algunos aseguradores publican declaraciones de ingresos basadas más en estadísticas por «año-póliza» que por «año-calendario»; según las primeras, todas las pérdidas atribuibles a pólizas firmadas en un año determinado se van acumulando y cargando a las primas cobradas por estas pólizas. Naturalmente, se necesitarán dos años o más hasta que se disponga de los datos completos por año-póliza y para entonces posiblemente le sean de poca utilidad al analista. Por esta razón, generalmente se toman los datos del año-calendario realizándose estimaciones sobre la exactitud del cálculo de las pérdidas basándose en la experiencia anterior. Suponiendo que todas las reservas se han estimado correcta y adecuadamente, es posible llegar a una estimación del beneficio neto de una compañía de seguros de bienes y responsabilidad civil considerando las dos fuentes más importantes de beneficio: beneficio en la contratación y beneficio en las inversiones. Según se ha indicado anteriormente, el beneficio de contrataciones legal debe ajustarse a la garantía en la reserva para primas no devengadas en el caso de existir ésta. Un asegurador de incendios y líneas afines realiza este ajuste añadiendo al beneficio o pérdida legales aproximadamente el 40 por 100 del aumento en la reserva para primas no devengadas obtenido en el período anterior. El porcentaje del 35 por 100 se aplica muchas veces para un asegurador de responsabilidad civil, accidente de trabajo, automóviles y otros seguros contra accidentes. Para mayor exactitud, y con objeto de calcular la garantía en la reserva de primas no devengadas, el analista puede utilizar el porcentaje real de gastos del asegurador.

Nivel y estabilidad de los beneficios en el seguro

Generalmente, la rentabilidad del seguro deja bastante que desear. En el seguro de bienes y responsabilidad civil, los ingresos por inversiones son la mayor fuente de beneficios. Los ingresos por inversiones y aumentos de capital no solamente son más importantes que el beneficio en la contratación, sino que son generalmente más estables. En una estadística confeccionada por Best para el período de 1913-1970, por ejemplo, en todos los años, exceptuando trece, los resultados de inversiones eran superiores a los obtenidos por suscripción de pólizas. Este estudio se refería a un grupo de aseguradores cuyos activos, en 1970, ascendían a 43 mil millones de dólares. Según muestra el

Gráfico 27-2, en el período 1961-1970, este grupo de aseguradores obtuvo beneficios sobre inversiones todos los años, excepto tres, en comparación con seis años de pérdidas en la contratación de seguros. Los beneficios por inversiones totalizaron en dicho período 12,4 mil millones de dólares en comparación con una pérdida total del seguro de 1,3 mil millones. Está claro que los beneficios por inversiones han sido el puntal principal de las compañías aseguradoras de bienes y responsabilidad civil y que, si no hubiese sido por estos beneficios, la mayoría de los aseguradores no habrían podido mantenerse en el negocio [4].

Gráfico 27-2

TASAS DE BENEFICIOS DE COMPAÑIAS DE SEGUROS DE BIENES Y RESPONSABLIDAD CIVIL 1961-1970
(Miles de millones de dólares)

Año	Activo	Valor neto (excedente suscrip)	Ganancia (pérdida del seguro)	Ganancia (pérdida de invers.)	Ganancia total	Porcentaje ingresos valor neto
1970	42,6	14,0	— 0,15	1,25	1,10	7,86
1969	38,0	12,7	— 0,40	— 0,50	— 0,90	— 7,09
1968	37,7	14,9	— 0,20	2,28	2,08	13,96
1967	34,2	13,6	0,01	2,30	2,31	16,99
1966	31,0	12,0	0,10	— 0,55	— 0,45	— 3,75
1965	31,3	13,7	— 0,42	1,47	1,05	7,66
1964	30,1	13,7	— 0,35	1,82	1,47	10,73
1963	27,9	12,7	— 0,22	2,02	1,80	14,17
1962	25,8	11,1	0,03	— 0,23	— 0,20	— 1,80
1961	26,5	11,7	0,30	2,52	2,82	24,10
Total para prom. 10 años	32,4	13,0	— 0,13	1,24	1,11	8,28

Fuente: *Best's Aggregates and Averages, 1971* (Morristown, New Jersey: A. M. Best Co., 1971), pp. 31-32.
(*) Los beneficios y pérdidas en la gestión proceden de las declaraciones anuales y reflejan los resultados legales; por lo tanto no están ajustados a la garantía en la reserva de primas no devengadas. También los beneficios y pérdidas por inversiones son resultados legales y reflejan los ingresos netos por inversiones más aumentos en capital, basados en los precios de mercado de las acciones y valores amortizados de los bonos.

El Gráfico 27-2 muestra que, en el período de diez años que finalizó en 1970, los más importantes aseguradores de bienes y responsabilidad civil obtuvieron una ganancia media del 8,28

[4] Calculado del *Best's Aggregates and Averages, 1971* (Morristown, New Jersey: A. M. Best Co., 1971), p. 32.

por 100 sobre su valor neto y del 3,4 por 100 sobre el total de activos. Sin embargo, las fluctuaciones en los ingresos fueron importantes, variando desde una pérdida del 7 por 100, aproximadamente, en 1969, hasta un beneficio del 24 por 100 en 1961, lo que indica un considerable riesgo para los inversores en la industria de seguros de bienes y responsabilidad civil. Puesto que los beneficios por inversiones constituyen una gran parte de la ganancia total, los aseguradores de bienes y responsabilidad civil deben la mayor parte de sus resultados financieros a las fluctuaciones bursátiles más que a las de los resultados del seguro.

En los Estados Unidos, la tendencia general para conjugar la amenaza que se cierne sobre la rentabilidad y sobre la pérdida de fondos ha sido la de efectuar controles sucesivos y así tratar de conseguir de los aseguradores de bienes y responsabilidad civil que tomen en cuenta el ingreso por inversiones en sus sistemas de tarificación.

Evidentemente, tal movimiento, caso de tener éxito, induciría a los aseguradores a reducir sus primas para reflejar así los beneficios sobre inversiones estimados de las primas pagadas por adelantado por los suscriptores de las pólizas. Probablemen-

Causas. Si bien existen indudablemente muchas razones para el bajo nivel y falta de estabilidad de los beneficios en este campo, las más relevantes parecen ser:

1. Las fluctuaciones de la bolsa.
2. Los sistemas contables que se utilizan en relación con los beneficios del seguro.
3. El retraso en el costo-tarifa producido por la inflación.
4. Fallos en el sistema de tarifación que no refleja adecuadamente los riesgos a que se encuentra expuesto el asegurador.
5. Ineficacia en la distribución de los seguros.

Los cambios que experimenta la bolsa, aumentando o disminuyendo el valor del activo, son con frecuencia causa de beneficios y pérdidas considerables (véase Gráfico 27-2). Hemos visto, por ejemplo, por qué las prácticas contables que precisan un cargo de gastos variable durante la vigencia de una póliza producen pérdidas legales, aun cuando el resultado verdadero podía haber sido positivo. La inflación tiende a aumentar las pérdidas a que los aseguradores de bienes y responsabilidad civil están expuestos en el momento del pago de las indemnizaciones. Estos aumentos no pueden preverse en su totalidad cuando

se fijaron las primas, puesto que los aumentos de primas suelen ser posteriores a los aumentos de costos. El propio sistema de primas puede no reflejar la verdadera causa de la pérdida Por ejemplo, en el seguro de automóviles son las características del conductor más que las del propio automóvil las que actúan sobre las primas y, no obstante, puede ser la naturaleza frágil del vehículo responsable de más pérdidas que la edad del conductor o su historial de accidentes. La distribución del seguro no ha sido, en general, eficiente, principalmente porque los aseguradores tienden a utilizar largos canales de distribución sobre cuyo coste difícilmente se puede llevar un control. Los agentes trabajan a comisión, lo que les significa grandes ganancias cuando la tarifa o las primas suben a causa de factores como la inflación. Aun cuando el agente no trabaje horas extras, obtiene mayor rendimiento cuando las primas suben las causas que lo originan. Esto tiende a beneficiar al agente, sean cuales sean, a costa del asegurador. De esta manera, un mayor volumen de negocio puede resultar poco económico, al menos a escala del asegurador.

Conclusiones. El nivel y la estabilidad de los beneficios en la industria aseguradora de bienes y responsabilidad civil han sido relativamente bajos. Este pobre rendimiento ha acarreado algunos resultados desafortunados; entre ellos conviene mencionar los siguientes:

1. Los empresarios han intentado hacer más rígidas las condiciones de aceptación y subir las cuotas del seguro con objeto de contener las pérdidas. Esto ha producido un retroceso en el mercado y, en consecuencia, el gobierno ha entrado en este campo con el fin de facilitar la cobertura.
2. Ha sido difícil para la industria del seguro atraer capitales nuevos. La mayoría del crecimiento está financiado internamente, lo que dificulta a la industria para satisfacer las necesidades de una economía en desarrollo.
3. Es aún más difícil atraer a personal capacitado profesionalmente porque los salarios son relativamente modestos. Tal personal, sin duda, podría aportar los suficientes conocimientos para mejorar la rentabilidad. No deja de ser una anomalía que una industria cuyo fin es el de reducir riesgos, haya sido impotente para crear niveles de beneficios que puedan considerarse adecuados y estables. Existen, sin embargo, varios medios para la obtención de una mejora potencial. Se espera que la oleada de fusiones dentro de la industria dé lugar a una mayor diversificación de las compañías de seguros con el consiguiente aumento de beneficios. Puede servir de ayuda un mayor control de gastos, particularmente en la distribución de los seguros, haciendo mayor uso de los planes de grupo. Una mayor atención también a las causas y a la prevención de siniestros puede tener efecto positivo. La adopción del seguro de daños corporales automovilísticos sin culpa y del de daños a la propiedad pueden abaratar grandemente los costos con el consiguiente aumento de la rentabilidad. Finalmente, la tecnología de los ordenadores puede ser de gran ayuda para el asegurador en el desarrollo de sistemas de tarifación más sensibles y precisos, debido a una predicción más axacta de la posibles pérdidas.

RESERVAS EN SEGUROS DE VIDA

Las reservas del pasivo son mucho más altas en el seguro de vida que en el de bienes debido a la práctica de aceptar contratos de seguro de vida sobre la base de prima nivelada para largos períodos. Según hemos visto, esto resulta en el cobro, por parte del asegurador, de importes que exceden los costos normales de mortalidad. Estas reservas se constituyen en depósito a favor del asegurado hasta el momento en que la póliza vence o finaliza. Entonces, el fondo es devuelto al asegurado. Por lo tanto, las reservas en el seguro de vida pueden considerarse como reservas por primas no devengadas, aunque su denominación oficial es sencillamente «reserva de pólizas», de la cual existen diversas clases.

Las reservas para pérdidas en el seguro de vida no son muy importantes a causa de la rapidez con que éstas se saldan y porque, generalmente, no existe dificultad en fijar el monto de la pérdida. De ahí que la reserva para pérdidas sea mínima a la fecha del balance.

Determinación de las reservas

La reserva de póliza debe ser lo suficientemente grande como para el asegurador que quiera abandonar la industria disponga de fondos suficientes para liquidar todos los contratos existentes pendientes. La reserva en el seguro de vida puede considerarse desde dos puntos, el retrospectivo y en perspectiva. Retrospectivamente, la reserva es el exceso de primas netas acumulados sobre los gastos. Más concretamente representa la suma de

todas las primas netas cobradas por el asegurador, más el interés garantizado en el contrato, menos las indemnizaciones por defunción tabulares. La reserva comprende el total de los fondos y no el importe asignado a una póliza individual. Por esto hablamos de «reservas globales» y no de reservas individuales. Además, el cálculo de las reservas se basa en las primas netas y no en las primas brutas. La cuantía de las reservas depende también de ciertas suposiciones autorizadas en materia de mortalidad e intereses, y no a tenor de resultados efectivos. En otras palabras, la reserva es la expresión de una obligación legal, y por esto se llama «reserva legal». Esta expresión se usa cuando se habla de un asegurador como «compañía de seguros de vida de reserva legal». El asegurador debe tener un activo real equivalente a su reserva legal estipulada o se le consideraría insolvente. Generalmente, los supuestos actuariales que intervienen en la tarifación son tan conservadores que el asegurador no tendrá dificultad alguna en cumplir con los requisitos legales. El asegurador garantiza un porcentaje menor de intereses del que obtiene realmente y emplea una tabla de mortalidad con un índice algo superior a la mortalidad real. Si analizamos en perspectiva la reserva en el seguro de vida veremos que representa el importe que el asegurador debe tener disponible en todo momento para poder liquidar cualquier reclamación futura. La reserva previsora debe ser igual al valor actual de los beneficios futuros, menos el valor actual de las primas a cobrar. Cuando se emite una póliza de seguro de vida, el valor actual de las primas futuras equivale al valor actual de los futuros beneficios. En efecto, ésta es la manera de calcular la prima única neta (véase Capítulo 26). Sin embargo, y con el paso del tiempo, el valor actual de los beneficios futuros va en aumento, porque se acerca la hora de liquidar las reclamaciones y el valor actual de las primas futuras desciente puesto que queda pendiente de pago un menor número de primas. Por ello, el asegurador debe mantener una reserva igual a esta diferencia. Este resultado se muestra esquemáticamente en el Gráfico 27-1.

El Gráfico 27-1 demuestra que la reserva tiene que ser igual al importe nominal de la póliza a la fecha de vencimiento de cualquier contrato. En la fecha de emisión, el valor actual de los beneficios futuros es igual al valor actual de las primas futuras, pero aparece de inmediato una diferencia que crece gradualmente hasta el vencimiento de la póliza. Naturalmente, la reserva es la misma, ya se la considere retrospectivamente o en perspectiva. En general, es más fácil apreciar la verdadera naturaleza de una reserva viéndola en perspectiva.

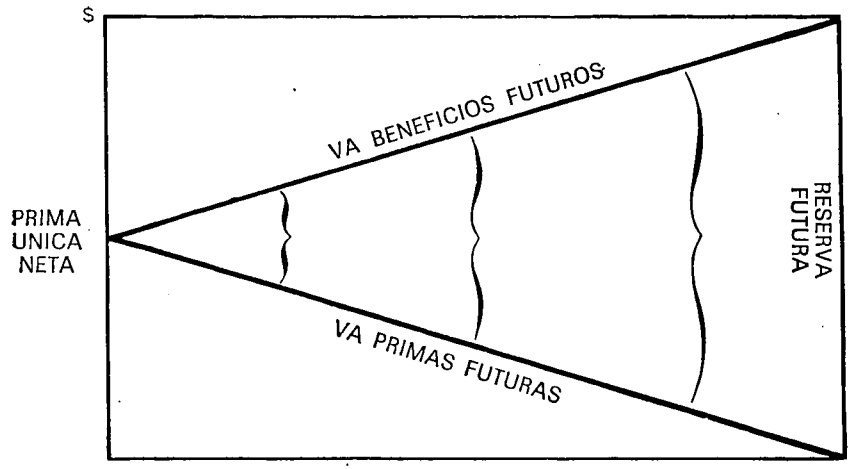
Factores que afectan al volumen de la reserva

En el seguro de vida, la reserva se ve afectada por varios factores importantes de los cuales los más significativos son: interés supuesto, coeficiente de mortalidad supuesto y reserva base.

Interés supuesto. Cuanto más alto sea el interés supuesto, más bajo será el importe de la reserva y viceversa. La veracidad de esta relación puede comprobarse retrocediendo a la fórmula básica:

Figura 27-1

LA RESERVA VISTA EN PERSPECTIVA
RESERVA = VALOR ACTUAL DE BENEFICIOS FUTUROS — VALOR ACTUAL DE LAS PRIMAS FUTURAS



Reserva = Valor Actual de los Beneficios Futuros — Valor Actual de las Primas Futuras. Cuanto más alto sea el interés, más bajo es el valor actual de las primas futuras. Recuérdese que el valor actual de las primas futuras representa para el asegurador el valor actual de una determinada cantidad de ingresos que le llegarán en el futuro. Esta cantidad puede ser considerada como

una suma de dinero que, al tipo de interés supuesto, producirá el ingreso esperado, conjuntamente con la liquidación del capital. Cuanto más importante sea el interés a cobrar, tanto menor tiene que ser esta suma. Por consiguiente, cuanto mayor sea el interés, menor será el valor actual de las primas futuras.

Coeficiente de mortalidad supuesto. Cuanto mayor sea el coeficiente supuesto de mortalidad, tanto mayor debe ser la reserva. Lo que importa no es el nivel de mortalidad en cada edad, sino el índice de variación en la mortalidad de año en año. Si la mortalidad fuese constante como lo es el coeficiente de pérdidas (como regla general) en el seguro de bienes, no habría necesidad alguna de reservas. Naturalmente, cuanto más alto sea el nivel de la mortalidad, tanto mayores deben de ser las primas. Pero si no existiese ningún cambio en el porcentaje de pérdidas de cada año, no habría necesidad de acumular un fondo para el pago de excesos de pérdidas en los próximos años. Cuanto más alto sea el coeficiente de cambio en las pérdidas de año en año, se deben acumular mayores cantidades para contrarrestar las obligaciones futuras.

Reserva base. La reserva base en el seguro de vida considera la cuestión de valorar la reserva, bien sobre la base del nivel neto de prima, o sobre alguna base de reserva modificada. En el seguro de vida, el problema es similar al que existe en el seguro de bienes. Los gastos son cuantiosos durante el primer año y muchas veces sobrepasan las primas obtenidas. A no ser que se tomen algunas medidas de contención de los gastos, éstos representarán una disminución considerable del excedente. En el seguro de vida, si un asegurador mantiene sus reservas sobre la base del nivel neto de primas, todos los gastos del primer año se cargan al excedente (en la medida necesaria) y se establece en dicho año una reserva total. Naturalmente, ésta es la manera más conservadora de establecer una reserva de pasivo. Los aseguradores importantes que cuentan con grandes excedentes, emplean frecuentemente este principio para evaluar sus reservas.

A un asegurador nuevo, o modesto, con un excedente relativamente pequeño, le resultaría muy difícil conseguir un progreso sustancial, si las reservas para el pasivo tuviesen que ser sostenidas sobre las primas totales a nivel neto. Por lo tanto, en la mayoría de las leyes del Estado se permite emplear un método modificado para la valoración de las reservas. El más

usual es el «Método Standard de Valoración de los Comisarios». En este método, las pólizas se dividen en dos clases:

1. Aquellas en que la prima es menor de la que se paga para una póliza de vida en veinte cuotas concertadas para la misma edad y por igual importe.
2. Aquellas donde la prima excede de este importe.

Para el primer grupo de pólizas, el asegurador puede emplear el método de valoración llamado «vigencia total preliminar». Este método autoriza al asegurador a considerar la póliza como si el primer año de su vigencia representara un contrato de seguro temporal y los restantes años un seguro vitalicio con un año menos de duración. Por ejemplo, una póliza de vida en treinta plazos sería considerada como una póliza combinada de un año, más una vitalicia con pago en veintinueve plazos. Puesto que la póliza temporal no requiere ninguna reserva, no habría reserva de pasivo durante el primer año y la prima total del primer año quedaría disponible para el pago de los grandes gastos de ese año. La reserva de pasivo para los años ulteriores crece a un nivel ligeramente más rápido a la conseguida si el asegurador emplease el método de reserva sobre el nivel neto total de primas.

Para el segundo grupo de pólizas, aquellas cuya prima excede de la de una póliza vitalicia en veinte cuotas, la aplicación del método «vigencia total preliminar» adjudicaría al capítulo de gastos una cantidad excesiva de las primas del primer año. Pero como esto podría inducir a la gerencia a desembolsos excesivos para asegurarse nuevos negocios, la ley ordena que se establezca una reserva parcial durante el primer año para aquellas pólizas que entren en dicha categoría. La fórmula para el cálculo de esta reserva resulta bastante complicada; pero el fin es conseguir que, al terminar la vigencia de la póliza, la reserva iguale al importe que quedaría disponible si se hubiese aplicado el sistema de reservas de primas a nivel neto.

El «sistema de reservas modificado» es un método menos conservador de calcular las reservas que el de prima a nivel neto total. Sin embargo, en realidad es más lógico en ciertos aspectos que el sistema de prima a nivel neto, puesto que admite que los gastos de adquisición del primer año sean un desembolso aislado que no debería saldarse de una sola vez.

Hacerlo así conduciría a rebajar los ingresos reales de un asegurador de vida. Si éste desea emplear supuestos más conservadores que los dictaminados por el Método Standard de

Valoración de los Comisarios puede hacerlo. Por ejemplo, en la mayoría de los Estados este método permite suponer un interés del 3,5 por 100. Si un asegurador quiere aplicar un tipo inferior de interés aumentando de esta manera sus reservas obligatorias, puede hacerlo. También puede prever reservas voluntarias para diversas clases de eventualidades, como reserva para dividendos y reserva para seguros de vida colectivos. En la mayoría de los Estados existe una limitación del volumen de las reservas voluntarias, normalmente el 10 por 100 de las reservas legales, para prevenir una acumulación poco razonable de fondos y estimular una más rápida devolución a los tenedores de pólizas de los excedentes excesivos en primas.

Valores no confiscables

El cálculo de los valores en efectivo y de otros no confiscables de un contrato de seguro de vida es totalmente distinto al cálculo de reservas. Cuando establece el programa de valores en efectivo, el asegurador considera además de la mortalidad y los intereses, los gastos. Estos supuestos pueden diferir de los utilizados en el cálculo de reservas, si bien la ley especifica algunas bases mínimas para realizar el mismo. Los valores no confiscables son materia de contrato y no pueden ser alterados, mientras que la reserva base de un contrato puede ser modificada en cualquier momento.

La legislación standard sobre valoración no confiscable (conocida también como leyes Guertin) establece una limitación del 40 por 100 de la prima convenida (o el 4 por 100 del valor monetario de la póliza) como gasto máximo autorizado. La prima ajustada difiere de la prima neta en que incluye en el contrato los gastos iniciales del primer año. El cálculo permite al asegurador recuperar los desembolsos del primer año durante el período de pago de primas de la póliza. Si la póliza caduca antes de que se hayan recuperado estos gastos, el asegurador pierde esa cantidad. Para compensar esta pérdida se aplica un recargo adicional a todas las pólizas.

Efectos de los métodos de reserva en seguros de vida sobre el excedente

En una mutualidad, bajo la que se agrupa la mayoría de los seguros de vida concertados, el sistema utilizado para las reservas afecta la cuantía de los dividendos que se pueden repartir.

Sin embargo, el exceso de reservas en las mutualidades no representa un problema serio. En cuanto a protección, apenas importa la forma en que aparecen los diferentes conceptos de pasivo y excedentes en el balance, puesto que los tenedores de pólizas han aportado todo el capital empleado. Sin embargo, un exceso de reservas en el seguro de capitales significa que el excedente está disminuido, y puesto que el excedente es la fuente del dividendo final a los accionistas y representa beneficios acumulados, la cuestión tiene más importancia. Además, si una sociedad compite con una mutua sobre la base de coste neto, debe aplicar supuestos algo menos conservadores en el cálculo de reservas e intentar basar sus primas en antecedentes reales en cuanto a mortalidad, intereses y gastos. Sin embargo, y puesto que el volumen relativo del excedente es reducido en el seguro de vida (acercándose al 8 por 100 del capital total), una compañía de seguros no puede correr riesgos a la hora de estimar unas reservas que pueden resultar demasiado bajas. Debe tomar un rumbo intermedio, y a veces más incierto, que una mutua en este aspecto. Muchas sociedades anónimas han adoptado la práctica de emitir pólizas de participación para estar en las mismas condiciones que aquéllas.

Los excedentes también tienden a subvalorarse en una compañía de seguros a causa de los métodos contables que se han adoptado en la valoración del activo. Por ejemplo, un asegurador posee ciertos activos, como muebles y enseres que no figuran en el balance porque no son admitidos por las normas reguladoras del Estado. El concepto «balance de primas» (débitos de algunos agentes después de cierto tiempo) entra también en esta categoría, incluso cuando en el curso del negocio el balance de primas o se cobra o el pasivo de negocio que representa es cancelado. Una compañía de seguros puede ser propensa a subvalorar el valor real de su oficina central o de sus bienes raíces, especialmente aquellos que han sido adquiridos en subasta o con intervención judicial, hasta el punto que un asegurador posee en realidad un valioso activo que no ha hecho constar o que está subvalorado, y sus excedentes, así como los conceptos del balance, también aparecen infravalorados.

La rentabilidad del seguro de vida

Los mismos factores que hacen difícil la valoración correcta de las reservas del pasivo en el seguro de vida también dificultan la apreciación del nivel y estabilidad de los beneficios. Tal

como ocurre en el ramo del seguro de bienes y responsabilidad civil, los aseguradores de vida adeudan en cuenta como pérdida la mayor parte de los gastos de contratación de nuevos negocios del primer año, subvalorando así los beneficios en favor de una rápida expansión de la sociedad. La contabilización de fluctuaciones en los valores del activo también resulta un factor complicado. Los títulos y acciones preferentes se contabilizan con sus valores amortizados y no con los de bolsa. Las obligaciones de una subsidiaria aparecen en las declaraciones de la misma con su valor nominal y sin reajustes por beneficios o pérdidas no realizadas. La ley exige que los beneficios se contabilicen como «reserva obligatoria de valoración de títulos» que no se relaciona directamente con el valor del activo, sino que se determina mediante una fórmula algo arbitraria.

El efecto neto de estos ajustes para un asegurador de vida es la reducción del verdadero beneficio, particularmente para aquel asegurador que crece rápidamente y que contrata importantes sumas en negocios nuevos. Sin embargo, cuando los beneficios se refieren al valor neto, algunas de las disminuciones anotadas arriba se invierten, puesto que el valor neto también ha disminuido a consecuencia de los sistemas de contabilización demasiado convencionales que tienden a incrementar el activo real. En 1969, la Asociación de Analistas Financieros de Seguros propuso un método de ajuste para los ingresos de las compañías de seguros de vida, en relación con los factores arriba citados. Se espera que los inversionistas acepten este método, u otro semejante, para la regularización de ingresos de los aseguradores de vida, al objeto de permitir comparaciones más ajustadas entre los aseguradores de vida y los demás.

En parte, a causa de la inseguridad y la falta de uniformidad en la verificación de la contabilidad de las ganancias, las acciones de las compañías de seguros de vida tienen la tendencia a fluctuar ampliamente. El índice de Best para las acciones de empresas aseguradoras de vida (basado en las acciones de treinta y seis grandes aseguradoras en 1971) muestra grandes fluctuaciones anuales. Por ejemplo, el índice variaba entre 45 y 90 en 1968, 68 y 93 en 1969, y 58 hasta 86 en 1970. En 1971, el índice registró una fuerte subida de 86 a 112 en los primeros ocho meses. En general, las acciones de las aseguradoras de vida se han vendido por debajo de su nivel de liquidación.

Se puede deducir, pues, que aunque la industria del seguro de vida opera con una sana base financiera, no resulta siempre fácil demostrar este hecho debido a la complejidad y singularidad del método de contabilidad utilizado en este ramo. Esta situación no tiene trazas de mejorar, a no ser que se desarrolle una mayor uniformidad en la contabilidad.

RESUMEN

1. La seguridad relativa del asegurado, una tarifación de primas adecuada y el valor de una compañía de seguros, desde el punto de vista del inversionista, son los conceptos que se ven más afectados por los métodos de valoración de reservas que utilizan las compañías de seguros.
2. Dos de las más importantes reservas en el balance de un asegurador son las reservas para primas no devengadas (que en el ramo de vida se llaman reservas para pólizas) y las reservas para pérdidas. Las reservas para primas no devengadas representan el pasivo del asegurador por los pagos de prima adelantados hechos por el asegurado, mientras que las reservas para pérdidas son estimaciones del número de siniestros acaecido y los gastos que se derivan de éstos, que corresponden a las pérdidas en que ha incurrido el asegurador. Generalmente, las reservas para pérdidas son bastante altas en el seguro de bienes y responsabilidad civil, mientras que las reservas para primas no devengadas son mayores en los seguros de incendios y afines y en los de vida.
3. Las disposiciones en materia de contabilidad relacionadas con la reserva para primas no devengadas originan diversos problemas financieros a los aseguradores de bienes y responsabilidad civil. Los más principales son el empobrecimiento del excedente de un asegurador en vías de desarrollo y las limitaciones que se derivan de ello y que afectan a su crecimiento potencial. En consecuencia, la capacidad aseguradora disminuye y las normas de suscripción se endurecen. Para la interpretación de las declaraciones financieras de los aseguradores de bienes y de responsabilidad civil es vital darse cuenta de estas disposiciones en materia de contabilidad.
4. Para interpretar las reservas para pérdidas de un asegurador se debe prestar atención a la clase de seguro concertado, la zona de operaciones, el curso del cre-

cimiento de las primas y la edad y experiencia del asegurador en un determinado ramo de los seguros.

5. Como consecuencia de los sistemas de contabilidad de las reservas del pasivo y otros factores, el nivel de estabilidad de los beneficios en el seguro de bienes y de responsabilidad civil no se considera adecuado, en líneas generales. Los problemas derivados de estos hechos originan una reducida capacidad de suscripción, dificultad para atraer nuevos capitales y problemas en la obtención de personal cualificado.
6. Las reservas para póliza (reservas para primas no devengadas) en el seguro de vida representan con mucho el pasivo más importante. Son altas debido a la práctica de emitir pólizas de seguros de vida sobre la base de primas niveladas por un largo período de tiempo. Las reservas para pérdidas son mínimas.
7. Las reservas para pólizas deben mantenerse a un nivel tal que, si un asegurador cesa en su industria, todas las obligaciones resultantes de los contratos suscritos puedan ser satisfechas. Viéndola en perspectiva, la reserva quedaría definida como el valor actual de reclamaciones futuras menos el valor actual de futuras primas. Mirando retrospectivamente, la reserva representa la diferencia neta entre primas cobradas, más intereses, e indemnizaciones por defunciones que se asume han ocurrido.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. Una firma aseguradora obtiene 100.000 dólares en primas en un año determinado sobre pólizas de incendio a dos años.
   (a) ¿Cuál será el pasivo que debe figurar en la reserva para primas no devengadas al término del primer año, suponiendo que existe una suscripción constante durante dicho año? Explíquelo.
   (b) ¿Cuál será la reserva para primas no devengadas si las pólizas tuviesen una vigencia de cinco años?
2. ¿Por qué un asegurador nuevo tendrá que declarar una pérdida legal por suscripción de seguros durante los cinco años siguientes al comienzo de su negocio, aunque se considere rentable su experiencia de seguros? Explíquelo.
3. El auditor jefe del Departamento de Seguros del Estado de Nueva York manifestó lo siguiente: «En teoría, la reserva para primas no devengadas en las declaraciones de seguro de incendios es el importe que saldará todas las obligaciones de una compañía que se le puedan presentar durante los períodos no vencidos de las pólizas que estén en vigor en la fecha de la declaración. En realidad, este importe es mayor porque va calculado sobre la prima cargada, que es bruta en cuanto a comisiones y, por consiguiente, representa un pasivo asumido por la compañía por encima del importe real que sería preciso para la cancelación de todas las obligaciones que pudiesen presentarse durante los períodos aún no vencidos de las pólizas.»
   (a) ¿Es cierto que la reserva para primas no devengadas representa un importe que releva a la compañía de todas las obligaciones que puedan surgir en relación con las pólizas en vigor aún? Explíquelo.
   (b) ¿Está usted de acuerdo en que la reserva para primas no devengadas es excesiva?
   (c) ¿Qué problemas financieros se derivan de los requisitos que exigen una cantidad excesiva de reserva para primas no devengadas?
4. Al establecer sus reservas para pérdidas, ¿cómo puede un asegurador determinar una reserva para pérdidas que se han producido, pero de las cuales no tiene todavía noticias en la fecha de preparar su declaración?
5. Un auditor del departamento estatal de seguros dijo: «Si durante un período de gastos crecientes por reclamaciones en cierta clase de siniestros las reservas de la compañía no reflejasen esta tendencia, surgiría la pregunta de si las reservas de obligaciones eran las adecuadas. Si en un ramo del negocio en el que se contara con una experiencia pasada comprobada, las reservas de la compañía no estuvieran justificadas en comparación con las cifras de la declaración anterior, el pasivo sería puesto en tela de juicio.» Juzgar por este criterio, aplicado por un inspector de seguros, ¿diría usted que es posible confiar en una declaración revisada de los pasivos de reservas? ¿Por qué?

6. A continuación insertamos una muestra abreviada de los estados financieros de la Actual Fire and Casualty Company para los años (1) y (2).

BALANCE al 31 de diciembre (omitidos los 000.000)
(cantidades expresadas en dólares)

	(2)	(1)
Activos aprobados:		
Títulos	5,6	5,3
Acciones	0,8	0,9
Bienes raíces	0,4	0,4
Caja	0,3	0,3
Balance primas	0,3	0,6
Otros conceptos	0,6	0,1
	8,0	7,6
Pasivo:		
Reserva para pérdidas y gastos.	2,3	2,0
Reserva primas no devengadas.	2,6	2,2
Otras	0,1	0,3
Total pasivo	5,0	4,5
Capital desembolsado	1,0	1,0
Excedente neto	2,0	2,1
Total pasivo y excedente.	8,0	7,6

DECLARACION de ingresos para el año terminado en 31 diciembre (omitidos los 000.000)
(cantidades expresadas en dólares)

	(2)	(1)
Primas concertadas	5,4	4,7
Primas cobradas	5,0	4,6
Gastos (35 por 100)	1,9	1,6
Pérdidas	3,3	2,8
Beneficio de suscripción (legal)	—0,2	0,2
Beneficio inversiones	0,1	0,1
Total	**0,1**	0,3

Distribución de primas concertadas en el año (2)

Incendio y afines	**0,1**
Automóviles R. C.	**2,2**
Daños corporales automóviles	**2,0**
Diversos	**1,1**
Total primas concertadas	**5,4**

(a) ¿Cuál sería, en su opinión, la estimación exacta de los resultados de gestión del año (2), en lugar de la que aparece? Explíquelo.
(b) ¿Cuál es, en su opinión, en valor real neto de la compañía? Explíquelo.
(c) Explique usted la diferencia entre primas concertadas y primas cobradas. ¿Cuál es la causa probable de que la diferencia entre estas dos cifras fuera mayor en el año (2) que en el (1)?
(d) Comente usted las intervenciones de la compañía. ¿Diría usted que son más o menos conservadoras de lo que debían ser? ¿Por qué?
(e) Si no conociese usted la distribución de las primas suscritas por este asegurador, ¿qué evidencia existe de que no se trata principalmente de un asegurador de incendios?

7. En un período de rápido aumento de las pérdidas de responsabilidad civil en el ramo automovilístico, un asegurador no exhibía prácticamente ningún aumento en las reservas para pérdidas, mientras que un segundo asegurador indicaba un aumento sustancial. Sin embargo, ambos aseguradores tenían casi el mismo volumen de primas y la misma cuantía de pérdidas liquidadas en el año indicado. ¿Puede sacarse la conclusión acertada de que el segundo asegurador es más conservador que el primero? Razónelo.

8 Un testigo, declarando durante una reunión del Congreso sobre reglamentación y tarifación de la industria del seguro, manifestó: «La industria necesita una mejor medida de sus futuros compromisos y, en todo caso, un tratamiento más práctico y ajustado de sus declaraciones de ingresos. Y si se puede encontrar como mejor medida para los compromisos futuros, una que no esté directamente ligada al nivel de primas como lo está la reserva para primas no devengadas...,

entonces se podrá controlar y mantener la solvencia de los aseguradores de incendio y accidentes, mientras que las primas para los clientes quedarán en libertad de fluctuar... en consonancia con las necesidades individuales de las compañías, oportunidades y mercados.»

(a) ¿En qué aspecto está ligada la reserva de primas no devengadas al nivel de primas?

(b) ¿Es cierto, generalmente, que una compañía con primas bajas tiene una ventaja relativa, en materia de excedente, sobre otra compañía con primas más altas, a causa de los requisitos sobre la reserva de primas no devengadas? ¿Por qué? Y si es así, ¿significa esto que dichos requisitos sobre este tipo de reservas desembocarían en primas más altas que las que de otra manera existirían?

(c) Sugiera un método para calcular las responsabilidades del asegurador hacia sus asegurados que no sea el corrientemente empleado simbolizado por la reserva de primas no devengadas.

9. (a) ¿Por qué se identifica muchas veces a las compañías de seguros de vida como «aseguradores de vida de reserva legal»?

(b) ¿Qué aspectos de las reservas de los aseguradores de vida están sujetos a reglamentación?

10. La fórmula para la previsión de reservas en el seguro de vida se calcula como el valor actual de beneficios futuros menos el valor actual de las futuras primas. Si una póliza ha estado en vigor durante algunos años, ¿cómo es que el valor actual de los beneficios futuros excede el valor actual de las futuras primas y requiere así una reserva?

11. ¿Cómo es que la «reserva» para una póliza ordinaria individual de vida aumenta continuamente hasta que, a su vencimiento, es igual al valor monetario, mientras la «reserva agregada» de un asegurador en las pólizas ordinarias de vida va rebajándose hasta quedar agotada al vencimiento de todas las pólizas? (Véase Gráfico 27-1.)

12. Se puede decir que la reserva en seguros de vida para un año determinado se obtiene sumando la prima a nivel neto de dicho año a la reserva final del año anterior, incrementando esta suma con el interés mínimo garantizado por el asegurador y deduciendo el costo del seguro para el año en curso. ¿Cuál de los métodos de cálculo de reserva se describe de esta forma?

13. (a) Calcule la reserva necesaria para una póliza de vida en 20 cuotas emitida a la edad de treinta años con un nivel de prima de 27,04 dólares cuando el asegurado llega a los cuarenta y cinco años. El valor actual de las reclamaciones futuras a la edad de cuarenta y cinco años es de + 551,37 dólares. El valor actual de un dólar de cada uno de los que sobreviven durante cinco años a la edad de cuarenta y cinco años es de 4,68 dólares. ¿Qué método de cálculo de las reservas se está utilizando en este caso?

(b) ¿En qué forma procedería usted para calcular los 551,37 dólares?

14. Explique usted por qué cuanto más alto es el interés supuesto, tanto más baja es la reserva necesaria en el seguro de vida.

15. Un agente de seguros de vida comentaba: «Cuando se adoptó la nueva (1958) tabla de mortalidad, los tipos de prima, y con ellos las necesidades de reservas, bajaron.» ¿Es esta afirmación total o parcialmente cierta, total o parcialmente falsa?

16. Se ha dicho que los aseguradores de vida están autorizados a reducir sus necesidades de reservas por el importe de los grandes gastos de establecimiento del primer año, pero que un asegurador de bienes no puede hacerlo. ¿Es esto cierto? Y si es así, ¿puede sugerir alguna razón para ello?

17. Para calcular las reservas para pólizas de seguro de vida, ¿cuál es el método más conservador: el de prima a nivel neto o el de valoración «standard» de los comisarios? ¿Por qué?

18. (a) ¿Qué es el método preliminar de valoración?

(b) ¿De qué manera está relacionado este método con el de la valoración «standard» de los comisarios?

19. Un comunicante escribe: «... en la mayoría de las compañías de seguros existe probablemente una subestimación del excedente como consecuencia de la baja valoración del activo y la alta valoración del pasivo... Probablemente, esta relación varía de forma considerable de una compañía a otra.»

(a) Mencione usted las causas específicas que llevan a una compañía de seguros de vida a acentuar el pasivo y a subestimar los valores del activo.

(b) ¿Cómo debe considerarse esta información al enjuiciar la seguridad relativa de un asegurador determinado? Explíquelo.

28

Problemas del Seguro internacional

En los últimos años ha cobrado importancia creciente para un estudioso del riesgo y del seguro el conocer la dimensión internacional en el estudio de su disciplina. Aunque los principios básicos de riesgo y seguro pueden aplicarse sin tener en cuenta fronteras internacionales, su virtualidad es muchas veces bastante diferente en cada país. Este capítulo se dedica al examen de algunas de estas diferencias.

CRECIMIENTO DEL COMERCIO MUNDIAL

Las Tablas 28-1 y 28-2 demuestran el enorme crecimiento del comercio mundial y de las inversiones internacionales en los últimos quince años. Con esta expansión se ha creado un mayor mercado mundial para el seguro. El seguro tiene una significación especial, pues las operaciones fuera del propio país se consideran generalmente más arriesgadas que las domésticas, y si no existiese el seguro es improbable que la expansión hubiese sido tan grande. Durante el citado período, el crecimiento de las exportaciones se ha aproximado al 7 por 100 anual.

La Tabla 28-2 revela las importantes cantidades de dinero que han sido invertidas en el extranjero por empresas norteamericanas. El coeficiente de crecimiento de estas inversiones ha superado el grado de aumento en las exportaciones. En el período 1955-1969, las inversiones privadas a largo plazo de los Estados

Unidos han crecido casi cuatro veces, comparadas con el aumento de 2,7 veces en las exportaciones. De manera similar, los extranjeros han ido aumentando sus inversiones en los Estados Unidos, pero en menor escala.

Son de importancia las consecuencias de todo ello para el seguro, a causa de este crecimiento del comercio mundial. Por ejemplo, se ha producido el desarrollo de empresas multinacionales que consideran el mundo entero como mercado y procuran situar sus fábricas en el país que más ventajas económicas ofrece. La empresa multinacional aspira también a una cobertura de seguro sobre una base mundial, lo que ha presentado un reto a la industria mundial del seguro. Hay que encontrar caminos para proteger las inversiones en el extranjero contra riesgos que se pueden asegurar, pero sobre una base aceptable para los inversores; si no, existirá una especie de disuasión para aumentar el comercio y las inversiones. La industria del seguro debe extender su capacidad financiera y crear acuerdos administrativos para proteger los crecientes valores expuestos a pérdidas en el extranjero. Se deben establecer redes mundiales de agentes y oficinas para atender las reclamaciones. Las facilidades de reaseguro también deben incrementarse continuamente.

Tabla 28-1

EXPORTACIONES U. S. A. DE MERCANCIAS (1955 y 1970)
(Miles de millones de dólares)

Areas de comercio	EXPORTACIONES		
	1955	1970	Aumento (%)
Países desarollados	9,8	20,9	113
Países en vías de desarrollo	5,8	13,0	124
Países comunistas	—	0,4	—
Total hemisferio occidental	6,9	15,6	126
Europa occidental	5,1	14,5	190
Asia	2,6	10,0	285
Australia y Oceanía	0,3	1,2	300
Africa	0,6	1,6	166
Canadá	3,4	9,1	167
Veinte países latino-americanos ...	3,3	5,7	73
Total	15,5	42,2	172

Fuente: Departamento de Comercio Estados Unidos, reunidos y publicados en *Statistical Abstract of the U. S.*, p. 768. Porcentajes calculados.

Tabla 28-2

INVERSIONES INTERNACIONALES EN ESTADOS UNIDOS EN 1955 Y 1969 (miles de millones de dólares)

Inversión	1955	1969	Aumento (%)
Activo total Estados Unidos en el extranjero	65,1	157,9	142
Inversiones privadas a largo plazo (*) ...	29,1	110,2	279
Inversiones extranjeras en Estados Unidos.	27,8	90,8	226
Posición neta de Estados Unidos en inversiones internacionales	37,2	67,0	80

Fuente: Departamento de Comercio Estados Unidos, *Survey of Current Business*, octubre 1969 (1970).

(*) Inversiones directas en industrias y equipos, así como en sociedades de cartera («holdings»).

Habrá que solucionar el problema de asegurar al personal, incluidos los expatriados, contra riesgos personales, puesto que la actividad inversora necesariamente requiere el empleo de muchas clases de individuos especializados en el extranjero.

INSTITUCIONES INTERNACIONALES DE SEGURO

Se estima que 10.479 aseguradores nacionales y 3.200 sucursales extranjeras existen en los 76 países más importantes del mundo. (Véase la Tabla 28-3.) Más del 83 por 100 de estos aseguradores residen en América del Norte y en Europa. El número de aseguradores por cada 1.000.000 de habitantes es muy variado. Como cabe esperar, el seguro no está todavía bien implantado en las naciones en vías de desarrollo. Se estima que en el año 1900 existían solamente unas 1.300 compañías de seguro en todo el mundo. Hoy día, los Estados Unidos son con mucho el país más asegurador del mundo, con aproximadamente 4.700 aseguradores, de los cuales 700 operan en 47 países extranjeros. En cuanto al número de aseguradores nacionales, los siguientes países se co-

locan después de los Estados Unidos: Alemania, 729; España, 614; Gran Bretaña, 584; Países Bajos, 372; Dinamarca, 304; Suecia, 301; Francia, 284, y Argentina, 244 [1].

Tabla 28-3

EL MERCADO MUNDIAL DEL SEGURO (1972)
(Setenta y ocho países)

Area	Número de aseguradores	Por ciento del total	Densidad seguro (*)
Europa	3.932	37,5	14,60
América del Norte	4.783	45,7	22,14
América Latina	805	7,7	4,71
Africa	202	1,9	2,42
Asia	369	3,5	0,98
Australasia	388	3,7	3,09
Total mundial	10.479		6,41

(*) Número de compañías por cada 1.000.000 de habitantes.

No solamente los aseguradores americanos operan ampliamente en el extranjero, sino que aseguradores extranjeros operan también en los Estados Unidos. Por ejemplo, se ha calculado que en 1970 el capital de los aseguradores extranjeros (fuera del ramo de seguros de vida), empleado para concertar seguros en los Estados Unidos era de unos 2,5 mil millones de dólares, equivalente al 5 por 100 aproximadamente de los capitales dedicados a los seguros de propiedad y responsabilidad en sus propios países.

[1] *The World Insurance Market*, «Sigma» (Zurich: Swiss Reinsurance Company, octubre 1972).

En 1970, el activo y el volumen de primas netas de los más importantes aseguradores operantes en Estados Unidos eran como sigue [2]:

Asegurador	(En millones de dólares) Activo	Primas netas
Accident and Casualty of Winterthur (Suiza).	83,5	46,3
General Accident, Fire and Life of Scotland	293,0	124,8
Liverpool and London Globe, de Liverpool.	98,4	52,0
Royal Indemnity, de Liverpool	158,0	82,9
Royal Insurance, de Liverpool	112,5	59,8
Swiss Reinsurance, de Zurich	163,9	66,6
Zurich Insurance Co., de Zurich	270,8	138,2
Total	1.180,1	570,6

Además, hay otros veinticinco aseguradores extranjeros, cuyos negocios en los Estados Unidos superan el volumen de un millón de dólares de primas anuales. Esta cantidad representa aproximadamente el 3,6 por 100 del total de primas concertadas en el ramo de propiedad y de responsabilidad en los Estados Unidos en 1970.

El Departamento de Comercio de Estados Unidos registra las repercusiones del seguro en la balanza de pagos. En 1970, los aseguradores de Estados Unidos han recibido 248 millones de dólares en primas de reaseguros, mientras que se pagaron 451 millones a los aseguradores extranjeros por los reaseguros cedidos. Los aseguradores americanos pagaron en 1970 pérdidas por reaseguros extranjeros por valor de 283 millones de dólares y cobraron 175 millones por pérdidas americanas reaseguradas en el extranjero. Estas transaciones han producido un saldo negativo de 311 millones de dólares en la cuenta de seguros [3].

[2] *Best's Key Rating Guide, Property-Liability*, 1971. Lloyd's, de Londres, es también un factor importante en el mercado de seguros de Estados Unidos, pero Lloyd's está admitido en Kentucky e Illinois solamente. El grueso de sus negocios está en el mercado de reaseguros.

[3] Según una publicación del Insurance Information Institute, 17 enero de 1972.

El mercado internacional de seguros

Las empresas multinacionales trabajan generalmente con dos clases principales de aseguradores: compañías de seguros con sede en América que operan en Estados Unidos y en países extranjeros, y compañías aseguradoras con sede en el exterior pero que operan tanto allí como en Estados Unidos. Muchas veces son necesarios corredores y agentes como intermediarios. Los corredores más importantes que atienden clientes internacionales son, por ejemplo, Marsh and McLennan, Johnson and Higgins, Alexander and Alexander, Fred S. James y Frank B. Hall, todos con oficinas en el extranjero.

Aseguradores americanos. Los aseguradores americanos se han organizado de diferentes maneras para ofrecer cobertura a las empresas multinacionales que operan en el extranjero. Algunas compañías trabajan individualmente y otras lo hacen a través de asociaciones. Ejemplos corrientes de importantes aseguradores internacionales que operan individualmente son Insurance Company of North America, Commercial Union, Royal Globe y Continental National American. En el ramo de vida, los principales que operan en ultramar son John Hancock, American Internacional Life, Combined Insurance Companies y Aetna Insurance Company.

Algunos aseguradores americanos prefieren operar a través de grupos o «pools». Tres buenos ejemplos de estos «pools» son: AFIA (American Foreign Insurance Association), AIU (American International Underwriters) y los grupos de mutualistas (Factory Mutuals).

AFIA. Opera normalmente en unos ochenta países e inició sus negocios en China en 1917. Cierto número de aseguradores había estado operando en China independientemente y mantenían oficinas por separado. La idea de una organización central surgió de la necesidad de coordinar estas operaciones, de mantener cierto grado de uniformidad y de obtener alguna reducción en los gastos. Normalmente hay unos nueve aseguradores americanos miembros de la AFIA que trabajan como «pool» administrativo. Los miembros de AFIA son registrados individualmente en los países donde operan. AFIA es una asociación no constituida como sociedad mercantil. Cada miembro presenta a AFIA un «libro de límites» que consigna las cantidades máximas

por las cuales AFIA puede comprometerse en cada país. Cada año se distribuye el beneficio entre los miembros locales o cada asociado es requerido a presentar su déficit, como ocurrió por última vez en 1928, como consecuencia de un enorme incendio en Ecuador.

Más del 50 por 100 de los ingresos por primas de AFIA procede del negocio de clientes que trabajan totalmente en un país extranjero. El otro 50 por 100 corresponde a firmas que trabajan como subsidiarias en el extranjero de corporaciones de Estados Unidos.

American International Underwriters (AIU). Al contrario de AFIA, es una sociedad anónima. Esta corporación posee aproximadamente el 40 por 100 de las acciones de siete aseguradores básicos que trabajan en el mercado de Estados Unidos. AIU opera como un «pool» parecido a AFIA, excepto que ejerce un mayor control sobre los aseguradores que operan con riesgos extranjeros. Existe un reparto prefijado de primas y pérdidas que corresponde a cada miembro asociado. Lo mismo que para AFIA, la mayor parte del negocio de AIU es exterior, pues aproximadamente los dos tercios de su negocio se desarrolla en países extranjeros.

Factory Mutuals. Las asociaciones mutualistas también se ocupan de seguros internacionales. Hay dos sistemas principales: la Factory Insurance Association (FIA), formada por ochenta y una sociedades agrupadas en un «pool», y la Factory Mutual Association (FMA). La FIA, como entidad, se dedica a la suscripción de seguros y sus miembros perciben una parte prefijada de cada prima y pagan una parte prefijada igualmente de las pérdidas. Del otro lado, la FMA se compone de cuatro compañías que compiten hasta que el negocio es adjudicado a una de ellas. La compañía ganadora asume la dirección y debe convencer a las otras para asociarse a los riesgos. Ambas asociaciones ofrecen a sus clientes servicios de ingeniería. En la actualidad, tanto FIA como FMA sólo aceptan riesgos que requieren una actividad en la prevención de pérdidas, como por ejemplo el negocio de riesgos altamente protegidos (HPR).

Organizaciones privadas de seguro internacional

Además de compañías privadas o asociaciones de compañías, existen numerosas organizaciones internacionales dedicadas a la

práctica del seguro en el extranjero. Algunas de estas organizaciones se mencionan a continuación:

Le Comité d'Action pour la Productivité dans l'Assurance (CAPA). Es una organización para fomentar la eficiencia de la gestión en el campo de los seguros, que opera principalmente en Europa desde sus oficinas principales en París. Sus miembros son ciento veinticinco compañías y asociaciones de seguro en Francia y ciento cinco organizaciones similares en otras quince naciones de la Europa occidental. CAPA se dedica a la investigación en favor de sus miembros asociados y distribuye publicaciones acerca de su labor. Algunas de sus actividades típicas son la coordinación de los seguros con agencias administrativas gubernamentales, desarrollo de prácticas uniformes en los seguros y organización de conferencias internacionales. Su tarea se realiza por medio de unos quince comités permanentes cuyos jefes son ejecutivos de compañías europeas de seguros. CAPA trabaja estrechamente con grupos como Life Insurance Agency, Management Association e Institute of Life Insurance en los Estados Unidos y la Britisch Insurance Association.

International Union of Marine Insurance (IUMI). La IUMI, fundada en 1874, es una de las más antiguas organizaciones internacionales de seguros que existen. Comprende cuarenta y ocho asociaciones marítimas en cuarenta y seis países. Sus actividades principales comprenden conferencias anuales sobre seguros marítimos, promoción de los intereses sobre mercados mundiales de seguros marítimos, intercambio de información y prevención de pérdidas.

International Union of Aviation Insurance (IUAI). Fundada en 1934, la IUAI agrupa más de 500 aseguradores privados de aviación en veinticinco países. Generalmente, esta organización realiza en el ramo de aviación lo aque la IUMI en el seguro marítimo.

International Credit Insurance Association (ICIA). LA ICIA, fundada en 1946, se compone de unas dieciocho compañías aseguradoras en diecisiete naciones. Su función principal es el estudio del seguro de crédito nacional y a la exportación, así como proveer la uniformidad de coberturas en dicho seguro.

Bureau International de Producteurs d'Assurances et de Reasrusances (BIPAR). BIPAR es una organización de agentes y

corredores de seguros de doce países. Más de dieciséis asociaciones profesionales están representadas por BIPAR. En general, la organización intenta mejorar los intereses de agentes y corredores. Bajo sus auspicios se estableció el European Center for Insurance Education and Training en St. Gall, Suiza. En 1971, este centro publicó un diccionario de seguros con unos 1.200 términos equivalentes en cuatro idiomas [4].

The Permanent Committe of International Congresses of Actuaries. Este Comité, fundado en 1889, aspira a unir a los actuarios y asociaciones de actuarios de varios países. Colaboró en la organización del Congreso Internacional de Actuarios que patrocina una conferencia anual para el progreso de la ciencia actuarial. Treinta y cuatro naciones están representadas en el comité permanente. Una obra importante del comité fue la publicación de un diccionario internacional de seguros en 1970, que ha aparecido en once idiomas y contiene 1.800 términos.

PROBLEMAS LEGALES A NIVEL INTERNACIONAL

Uno de los problemas más importantes con que se enfrenta el comerciante internacional es el de adaptarse al distinto marco legal que caracteriza sus operaciones en ultramar. Algunas de las variantes legales que afectan a las operaciones de seguros son: regulaciones vigentes sobre seguros autorizados y no autorizados, el Código Napoleónico, las previsiones del Tratado de Roma y la legislación fiscal.

Seguros autorizados y no autorizados

Un problema con que tiene que enfrentarse una firma comercial que busca el seguro de riesgos internacionales se refiere al empleo de aseguradores nacionales que emiten el llamado «seguro no autorizado». Seguro no autorizado es la cobertura de riesgos en un determinado país por aseguradores no autorizados a operar en el mismo. Algunos países permiten el seguro no autorizado, pero otros imponen penalidades que varían de las multas a la confiscación y prisión. Sin embargo, puede ser necesario

[4] Dr. H. L. MULLER-LUTZ (ed.), *Insurance Dictionary* (Madrid: Mapfre, 1971). Este libro presenta términos de seguros en alemán, francés, inglés y español.

acudir al mercado no autorizado para obtener una cobertura adecuada. Esto se consigue violando aparentemente el espíritu, si no la letra de la ley en algunos países.

Seguro autorizado es aquel suscrito por compañías aseguradoras o sus sucursales autorizadas a operar en el país donde se sitúa el riesgo reglamentado por las leyes del país en cuestión. Normalmente, la póliza se redacta en el idioma del país y las primas y pagos por indemnizaciones se liquidan en la moneda del país. El seguro no autorizado se concierta generalmente fuera del país en cuestión, con primas y siniestros pagaderos en dólares. El contrato de seguro no autorizado se redacta normalmente en inglés y en términos similares a los del mercado de Estados Unidos.

En países que no prohiben los seguros no autorizados, el asegurado puede verse incluso obligado a recurrir a la cobertura autorizada para seguros obligatorios, como son el de accidentes de trabajo o la responsabilidad automovilística. El empleo de las coberturas no autorizadas presenta varias ventajas: es más fácil de controlar, generalmente ofrece primas más bajas, está exento de tasas extranjeras sobre ventas y, generalmente, tiene una mayor flexibilidad. Puesto que muchos países exigen la utilización de aseguradores locales, la mayoría de las empresas multinacionales emplean una combinación entre seguros autorizados y no autorizados. Los países que prohiben o restringen el empleo de seguros no autorizados son la mayoría de los de América del Sur, Portugal, España, Italia, México, Francia, Irlanda y Japón. El seguro no autorizado es tolerado generalmente (excepto en caso de seguro obligatorio) en el Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Bélgica, Dinamarca, Alemania Occidental, Países Bajos, Suiza, Malasia, Tailandia, Corea, Hong-Kong y Filipinas.

Cuando una empresa multinacional opera en un país que prohibe los seguros no autorizados y, por esta razón, no puede proporcionar los seguros deseados, usa con frecuencia una póliza llamada «diferencia en condiciones» (DIC) para llenar el hueco dejado por la póliza suscrita en el país. Al amparo de esta póliza, que no está autorizada, la oficina principal de la empresa paga las primas y cobra eventuales pérdidas —normalmente en dólares— si se produce un siniestro.

El seguro no autorizado se emplea muchas veces en materia de responsabilidad civil general y de productos. Un producto puede ser fabricado en un país, tener partes manufacturadas en otro y ser vendido en varios países. La responsabilidad de productos cubierta por un seguro local en un país puede no servir para atender reclamaciones que puedan surgir en otro; por consiguiente, se precisa una póliza general de ámbito mundial. El seguro no autorizado se usa también para la cobertura de maquinaria, porque la sustitución de maquinaria requiere muchas veces importaciones y pagos de los repuestos en dólares. Las pólizas locales no podrán garantizar el pago en dólares y pueden no resultar utilizables para estas coberturas.

El Código Napoleónico

Aparte de los seguros no autorizados, las operaciones internacionales de seguros están sujetas al sistema legal básico operante en el país. Por ejemplo, el Código de Napoleón afecta a los contratos de seguro en Francia, Bélgica, Egipto, Grecia, Líbano, España, Turquía y varios países africanos (anteriormente franceses). El Código de Napoleón es la verdadera base de la ley en Francia. Un ejemplo de cómo incide en los seguros es la posibilidad de hacer recaer en terceros la responsabilidad por pérdidas en incendios.

Previsiones del Tratado de Roma sobre seguros

Los mercados libres de seguros son de importancia para ayudar a las actividades comerciales en cuanto establecen una adecuada capacidad a unas tasas razonables. En la Comunidad Económica Europea (C. E. E.), donde se sitúan las mayores inversiones de los Estados Unidos, el Tratado de Roma de 1957 intentaba asegurar mercados libres recomendando en su artículo 61 lo siguiente: «La liberalización de los servicios de banca y seguro relacionados con el movimiento de capitales debe realizarse armónicamente con la liberalización progresiva de los movimientos de capitales.» Este proceso es conocido con la denominación de «armonización». Para los países miembros de la C. E. E., la armonización del seguro debería realizarse en dos fases principales: la de libertad de establecimiento y la de libertad de servicios. Libertad de establecimiento significa que una compañía de seguros en un país del Mercado Común puede dedicarse libremente a sus negocios en otro país perteneciente a dicha Comunidad. La libertad de servicios representa libertad para la empresa aseguradora de operar en cualquier país del Mercado Común con los mismos derechos que tiene en su país de origen. La fase de libertad de establecimiento se completó en 1965, mientras que la de libertad de servicios, que precisa bastantes más ajustes, no se ha completado todavía. La razón de esta demora puede

resumirse enumerando las diferencias prácticas para la obtención de licencias a los aseguradores en los países donde las leyes relacionadas con el seguro muestran variaciones de importancia:

1. Ajuste de las leyes de control de seguros, incluyendo condiciones de inscripción y depósitos obligatorios.
2. Establecimiento de leyes uniformes relativas a los términos del contrato de seguros.
3. Logro de uniformidad de conceptos legales, como los que afectan la responsabilidad civil de terceros.
4. Simplificación de las formalidades en la ejecución de las sentencias judiciales.
5. Homogeneización de tarifas de primas e impuestos sobre pólizas.

Tan pronto haya quedado completada la fase de libertad de servicios, el mercado de seguros en la Comunidad Económica Europea deberá registrar una gran expansión. La compra de seguros en la C. E. E. es, en comparación, muy inferior a la equivalente en Estados Unidos. Parte de esta diferencia está en el hecho de que otros países sufren una rápida desvalorización de su moneda (lo que impide el crecimiento de los seguros de vida) y a que las primas del seguro de accidentes de trabajo y otros seguros sociales pueden en gran medida pagarse al Estado como si fuera un impuesto adicional. Además, existe un número considerablemente más reducido en la matriculación de automóviles en la C. E. E. que en Estados Unidos como, asimismo, en el valor más bajo de las viviendas. Sin embargo, la situación está cambiando rápidamente y el crecimiento de la C. E. E., desde el punto de vista del seguro, puede aproximarse al de Estados Unidos puesto que la población de ambas regiones son sensiblemente iguales.

Por ejemplo, el porcentaje de seguros de vida existentes con relación al producto nacional en los principales países occidentales, en la década 1960-1970, era el siguiente [5]:

	1960 (%)	1965 (%)	1970 (%)
Francia	23	34	44
Alemania Occidental	29	37	45
Italia	14	14	16
Reino Unido	70	86	113
Estados Unidos	141	159	176

[5] *Life Insurance Fact Book*, 1972 (New York: Institute of Life Insurance), p. 102 y ediciones anteriores.

Los miembros más importantes de la C. E. E., aunque muy por debajo de los Estados Unidos en seguros de vida, están incrementando sus aceptaciones de seguros de vida a un ritmo más rápido que los Estados Unidos. Aun cuando no se dispone de datos, se pueden esperar tendencias similares en el caso de los seguros de propiedad y responsabilidades. Como quiera que la C. E. E. ha crecido con la admisión del Reino Unido y otros países, es casi seguro que la producción de seguros irá en aumento.

Leyes fiscales

La legislación tributaria en el extranjero afecta al seguro de muchas formas. Por ejemplo, las tasas o impuestos sobre primas de seguro son frecuentemente mayores en países extranjeros que en los Estados Unidos. Estas pueden llegar hasta el 30 o 40 por 100 (como en la Argentina) en comparación con el 2 y 3 por 100 en los Estados Unidos. La existencia de amplias variaciones en los porcentajes de tasas favorece evidentemente el empleo del seguro no autorizado, hasta donde sea posible, en países con un alto gravamen sobre las primas.

A consecuencia del contenido de la legislación extranjera en materia de tasas sobre ingresos, la sociedad subsidiaria extranjera de una empresa podrá no tener la facultad de descontar el coste del seguro no autorizado del impuesto sobre la renta. Esto es cierto aun en el caso de que la subsidiaria compre el seguro autorizado hasta el máximo posible, y luego busque seguro no autorizado para cubrir la falta de cobertura, no disponible en el mercado local. Evidentemente, es preciso procurar el logro de cobertura extranjera en condiciones ventajosas, a causa de la legislación en materia de impuestos.

DIFERENCIAS CON LAS CONDICIONES DE SEGUROS EN EL EXTERIOR

Existen muchas variaciones en las disposiciones sobre las pólizas de seguro, prácticas de los aseguradores y reglamentos gubernamentales en países extranjeros. A continuación damos algunos ejemplos de ello.

Condiciones de suscripción

Se puede enumerar muchas diferencias relativas a las condiciones de suscripción en el seguro internacional.

1. Las pólizas de seguro se redactan normalmente en el idioma del país y no necesariamente en inglés. Muchas veces no se dispone de traducciones oficiales, pero hay que hacerlas individualmente. Esto requiere grandes esfuerzos para conseguir comunicaciones efectivas sobre programas de seguros entre la dirección general y las sucursales en el extranjero.

2. En el ramo de seguros de incendios, las empresas americanas están acostumbradas a coberturas que no restringen la definición de «incendio». En el extranjero, los incendios que son consecuencia de explosiones, grandes tempestades, erupciones volcánicas, huelgas o motines, terremotos, etc., frecuentemente no están cubiertos por las pólizas básicas. Hay que procurarse cobertura por suplementos.

3. En países extranjeros no es raro que el cliente se nombre a sí mismo agente autorizado de seguros a quien hay que pagar una comisión. En su papel de agente, el cliente percibe en este caso devolución de la prima, igual al importe de la comisión. Estas rebajas («kickbacks») son ilegales en casi todos los Estados U. S. A. Sin embargo, en algunos países el agente se encuentra en mejor situación que en los Estados Unidos. En Argentina, por ejemplo, las leyes sobre seguros prohiben pasar por alto al agente para negociar directamente con el cliente. De esta forma, la ley ha creado formalmente una plaza para el intermediario. Las comisiones de los agentes son también más altas en muchos ramos que las usuales en Estados Unidos. Por ejemplo, en Brasil las comisiones para seguros de accidentes de trabajo son del 25 por 100 en el Brasil, las comisiones para responsabilidad automovilística varían entre el 20 y 30 por 100, y las comisiones en el ramo de incendios el 35 por 100. Las comisiones típicas en los Estados Unidos serían el 10, el 15 y el 20 por 100, respectivamente, en dichos ramos.

4. Generalmente las pólizas de seguro son más estrictas en cuanto a las obligaciones del asegurado relativas a revelar información esencial, incluida la notificación de daños, registro de pruebas de pérdidas y de comunicación a la compañía de cambios que afectan el riesgo.

5. Generalmente no están permitidos en el extranjero los seguros globales para edificios, maquinaria y mercancías en almacén por un importe no dividido, así como seguros globales para cierto número de riesgos separados.

6. El seguro de inventarios a base del valor de precios de venta de lo inventariado requiere una aprobación especial y no se puede obtener fácilmente de los aseguradores extranjeros.

7. El seguro de incendio se concierta en otros países normalmente sujeto a la cláusula de coaseguro del 100 por 100. En algunas áreas de inflación desenfrenada, como América del Sur, se pueden obtener ocasionalmente coaseguros en un porcentaje reducido, pero generalmente no se admite un coaseguro por debajo del 80 por 100, y aun así, se limita al valor de las edificaciones y la maquinaria.

8. Los períodos de vigencia de las pólizas varía considerablemente. Por ejemplo, la póliza standard de incendio se establece en Gran Bretaña para un año sin cláusula de cancelación. A veces se la alarga hasta tres años mediante intercambio de cartas de aceptación. En el caso de seguro de incendio de propiedades comerciales, el período de contratación puede llegar a los diez años, con primas pagaderas anualmente y cancelaciones admitidas en condiciones específicas, como pérdidas por incendio, transferencia de la propiedad, liquidación de existencias o por acuerdo mutuo.

9. Ciertas pólizas que son generalmente obligatorias en los Estados Unidos pueden no serlo en muchos países extranjeros. Por otro lado, muchas pólizas que no son obligatorias en Estados Unidos lo son en el extranjero. Por ejemplo, el seguro de accidentes de trabajo no es obligatorio en Argentina, Hong-Kong o Jamaica, y en Corea lo es tan sólo para empresarios con más de 200 obreros.

En Perú existe el seguro obligatorio de vida para empleados con más de cuatro años al servicio de un empresaio. El seguro de responsabilidad automovilística, que normalmente no es obligatorio en Estados Unidos, lo es en muchos países extranjeros incluidos Nueva Zelanda, Singapur, Malasia, Hong-Kong, Corea y la mayoría de los países de la América del Sur. El seguro de incendio y de transportes es obligatorio en Brasil, cuando sus valores sobrepasan ciertas cantidades. En México es necesario el seguro de accidentes y responsabilidad de viajeros.

Otra complicación más puede surgir en algún seguro que no es obligatorio legalmente en un país extranjero, pero que es necesario por las costumbres y no es recomendable para las compañías americanas que operan en el extranjero enfrentarse a ellas. No es raro, por ejemplo, que un contrato de cooperación provea que el seguro se concertará «de acuerdo con las costumbres» del

país. Bajo estas costumbres no serían obligatorias algunas coberturas en un país extranjero, pero que podrían ser necesarias en los Estados Unidos.

10. En ocasiones, las coberturas standard ofrecidas por aseguradores extranjeros varían considerablemente de sus equivalentes en Estados Unidos [6]. Por ejemplo, el seguro de automóviles cubre en el Japón las tres cuartas partes de la responsabilidad del asegurado, solamente, y el asegurado tiene que liquidar sus propios daños. El infraseguro no es poco común en el seguro de incendios, donde las edificaciones podrían asegurarse por sólo el 50 por 100 de su valor.

La mayoría de las pólizas en la Europa occidental no puede ser cancelada por el asegurador o el asegurado durante su vigencia. Además, en muchos países (excepto el Reino Unido), debe ser dado un aviso de noventa o ciento ochenta días por cualquiera de las partes si no se desea una renovación.

11. Bajo las pólizas de los Estados Unidos la negligencia del asegurado, generalmente, no es impedimento para el pago de las reclamaciones. En otros países, sin embargo, la ley puede alterar este resultado. En el Japón, por ejemplo, la ley dispone que si existe negligencia grave por parte del asegurado o de sus empleados, él debe responder de los daños causados por el fuego.

12. En el extranjero existen a veces peligros especiales. Algunas zonas están particularmente expuestas a terremotos, fuerte oleaje marítimo o tifones. Puesto que los ingresos son frecuentemente menores en países extranjeros que en los Estados Unidos, el problema de la ocultación es normal. Muchos expertos en seguros opinan que la cobertura de fidelidad es obligatoria a causa de este problema.

13. La capacidad financiera de los aseguradores en el extranjero está a menudo muy por debajo de las normas obligatorias en Estados Unidos. Por ejemplo, los aseguradores españoles tienen la tendencia de suscribir el doble de negocio por cada dólar de excedente, como es genuino en un asegurador típico en los Estados Unidos. Algunos aseguradores en España que se dedican

[6] Algunos ejemplos interesantes de las consecuencias de estas diferencias son relatados por PHILIP J. BROWN, JR., *The role of the U. S. Broker in Europe*, «International Insurance and Employee Benefit and Pension Management» (New York: American Management Association), 1966, páginas 6-11. Por ejemplo, muchas pólizas extranjeras de seguro de automóviles excluyen la cobertura cuando el conductor está ebrio o bajo la influencia de drogas o sin permiso de conducir. A veces, las pólizas excluyen daños producidos por reparaciones defectuosas o conducción negligente.

a ramos restringidos en un territorio pequeño pueden legalmente establecerse con sólo 30 dólares de capital [7].

Bajo las leyes de muchos países extranjeros es legal y corriente también que los aseguradores coloquen fuertes inversiones en bienes raíces, que pueden restringir su liquidez para el pago de las reclamaciones.

14. En el extranjero existe una mayor tendencia al secreto en los negocios privados que en los Estados Unidos. Las primas y cláusulas de cobertura de seguros se negocian con mucha frecuencia y, generalmente, no están sujetas a reglamentos gubernamentales en un grado tan alto como en los Estados Unidos. Como consecuencia, no se practican algunos de los métodos usuales en Estados Unidos, como por ejemplo la revisión al final del año para fijar la nueva prima en el seguro de accidentes de trabajo. La prima depósito tiende a convertirse en prima definitiva.

Póliza de diferencias en condiciones (DIC)

A causa de las amplias variaciones en contratos y condiciones de suscripción en todo el mundo, la empresa multinacional que aspira a una cobertura uniforme en diferentes lugares, se enfrenta con algunas dificultades. El instrumento que muchas veces soluciona este problema es la póliza «diferencia en condiciones» (DIC) o de excedentes. En el campo de las pérdidas materiales, las causas más comunes de reclamaciones DIC son hundimiento de edificios, daños por agua y robo. Las inundaciones se aseguran también bajo condiciones específicas. En la cobertura de responsabilidades, la póliza DIC está concertada como exceso de cobertura sobre el seguro primario. La cláusula de una póliza DIC en el seguro de responsabilidades reza como sigue: «Los aseguradores acceden por la presente, con sujeción a las limitaciones, términos y condiciones mencionados en la misma, a indemnizar al asegurado por todos los importes que éste deba abonar por su responsabilidad: (a) impuesta por la ley, y (b) asumida mediante contrato o acuerdo del mencionado asegurado y/o cualquier oficial, director, accionista, socio o empleado del mismo, cuando actúe en tal calidad, por todos los daños, directos o surgidos en consecuencia, gastos y en definitiva «pérdida final» por (1) daños personales, incluida muerte en cualquier momento como resultado de los mismos, (2) daño a la propiedad, (3) responsabilidad

[7] MARK R. GREEN, *The Spanish Insurance Industry-An Analysis*, «Journal of Risk and Insurance», vol. 39, núm. 2 (junio 1972).

causada o resultante de cualquier acontecimiento que ocurra en cualquier parte del mundo.»

«Los aseguradores de esta póliza serán responsables solamente por la pérdida neta final en exceso de (a) los límites del seguro primario según consta en la nota adjunta con respecto a cada accidente, cubierto por dicho seguro, o (b) una pérdida final neta de 25.000 dólares relativa a cada accidente no cubierto por el mencionado seguro.»

Una condición corriente de las pólizas DIC es que las pólizas primarias deben mantenerse en pleno vigor mientras dure la póliza DIC. Por ejemplo, si un asegurado deja vencer una póliza de incendio, la póliza adicional no pagará la pérdida. Además, antes de que pague una póliza DIC es necesario que los firmantes de las pólizas primarias admitan su responsabilidad o que se pueda presentar una sentencia en contra de ellos.

Las primas para las pólizas DIC se consignan normalmente como porcentajes de las primas del contrato primario. Para la póliza DIC que hemos mencionado, representa el 15 por 100.

Las subsidiarias extranjeras de corporaciones americanas generalmente compran seguros autorizados en toda la extensión posible. Luego, la compañía-madre en Estados Unidos compra la póliza DIC para prevenir cualquier pérdida que de otra forma no estaría cubierta.

PLANIFICACION DE LOS BENEFICIOS DE LOS EMPLEADOS EN EL EXTRANJERO

Otro problema en la gestión del seguro internacional es el de administrar los programas de beneficios de empleados nacionales que trabajan en países extranjeros y para empleados ciudadanos de aquellos países. Se plantean los siguientes problemas:

1. ¿Debe la empresa ampliar el plan de beneficios para sus empleados nacionales a los empleados extranjeros, o debe, por el contrario, desarrollarse un esquema diferente para cada país?
2. ¿Debería tenerse en cuenta el coste potencial de los beneficios de los empleados en relación con las inversiones en el extranjero?
3. ¿Qué importancia tienen las organizaciones sindicales extranjeras en el establecimiento de esquemas y niveles para los beneficios de los empleados?
4. ¿En qué forma debería integrarse la estructura de beneficios a los empleados en el sistema de seguridad social del país extranjero?

No hay respuestas inmediatas para estas preguntas y existe poca información sobre el particular. El autor del presente libro llevó a cabo un estudio en 1967 sobre 236 firmas americanas que operan en trece países extranjeros, del cual se pueden obtener algunas conclusiones [8].

Este estudio examinaba el trato dado por las subsidiarias extranjeras a los beneficios de sus empleados. Se comprobó que aproximadamente la mitad de las empresas habían establecido planes particulares de jubilación, mejorando los beneficios de la seguridad social en los países en cuestión. Este resultado es similar al obtenido con una selección de firmas nacionales en Portlan, que llega al 70 por 100 [9]. Aproximadamente la mitad de los trabajadores en la industria de los Estados Unidos están protegidos por planés privados de retiro [10].

Puesto que las grandes empresas cuentan con mayores posibilidades de conceder beneficios de retiro y operar en el extranjero que las más modestas, podría haberse esperado un mayor uso de los planes de retiro en el extranjero que lo que reveló el estudio de 1967.

Dicho estudio mostró que los porcentajes de beneficios de las empresas multinacionales que trabajan en el extranjero eran los siguientes:

	%
SEGUROS	
Gastos en hospitales	35,9
Honorarios médicos	36,7
Intervenciones médicas importantes	15,2
Pagos por incapacidad	35,9
Vida (grupo)	46,4
Muerte por accidente y pérdida de miembros	61,2
Retiro	51,5
NO SEGUROS	
Vacaciones por enfermedad	44,2
Festivos pagados	87,8
Plan de participación en beneficios	18,1

[8] MARK R. GREEN, *International Levels of Employee Benefits*, «Journal of Risk and Insurance», vol. 35, núm. 1 (marzo 1968).

[9] MARK R. GREEN, *The Role of Employee Benefit Structures in Manufacturing Industry* (Eugene: The University of Oregon, 1964), p. 20.

[10] WALTER W. KOLODRUBETZ, *Trends in Employee-Benefit Plans in the Sixties*, «Social Security Bulletin» (abril 1971), p. 24.

En general, la incidencia de estos planes era menos frecuente que la de planes aplicables a empresas puramente nacionales. Se puede obtener la conclusión de que, pese a que la mayor parte de los beneficios ofrecidos al empleado-tipo americano lo son también al empleado extranjero, el desarrollo no es tan amplio como en el territorio nacional, en parte a causa de los planes más desarrollados de seguridad social existentes en el extranjero.

El estudio reveló que menos del 20 por 100 de las empresas establecían diferencias para los beneficios de retiro entre ciudadanos americanos y de otras nacionalidades que trabajaban en el extranjero, y es probable que tampoco existan diferencias en otros aspectos. Solamente en cerca de la sexta parte de las empresas los beneficios del personal estaban sujetos a negociaciones colectivas. Hay algún indicio de que las empresas procuran mantener los beneficios de sus empleados en una escala similar o superior a los niveles locales.

Al consultárseles si el coste de los beneficios del personal debería repercutir en las decisiones sobre inversiones en el extranjero, el 29 por 100, aproximadamente, de las 236 empresas consultadas contestaron que estos costes eran muy importantes; la mitad, aproximadamente, consideraba estos gastos de importancia moderada, y solamente el 20 por 100 opinaban que el coste de los beneficios del personal era de poca o ninguna importancia en las decisiones de inversión en el exterior. Las empresas que no tenían un plan de pensiones se inclinaban por considerar los costes como factor de poca importancia para la decisión de invertir en el extranjero.

El estudio de 1967 mostraba grandes variaciones en la incidencia en los beneficios según su clase y según los países extranjeros. Al coordinar los planes de las empresas, pareció deseable considerar cada país por separado, desde el punto de vista de los beneficios en seguridad social. En los países de grandes beneficios en seguridad social y pensiones (Alemania, Suecia, Francia e Italia), parece que no es necesario que el empleado se procure contribuciones sustanciales como suplemento a los planes de retiro.

Otros aspectos de los planes de seguro social pueden necesitar una atención especial. En México, por ejemplo, la ley dispone una paga de despido igual al salario de tres meses más el salario de veinte días por cada año de servicio. Otra ley exige la distribución entre el personal de un 10 por 100, aproximadamente, de los beneficios después del pago de los impuestos. Si una persona deja el empleo voluntariamente, pierde su paga de despido; sin embargo, la jubilación no es causa de pérdida de esta paga.

Un empresario en México puede conceder un generoso beneficio de pensión (en relación con el nivel salarial) por un importe menor del que, de otra forma, habría de conceder en la paga por despido. Un procedimiento corriente consiste en «invitar» al empleado a cesar voluntariamente perdiendo su paga por despido, pero consiguiendo una pensión, libre de impuestos, por un importe igual o mayor que su paga por despido, que está sujeta a contribución. El coste del plan de pensiones es financiado por la paga de despido con dinero ahorrado procedente de los beneficios suplementarios de los trabajadores.

En el Japón, el trabajador está generalmente ligado a un solo empresario para toda la vida. Evidentemente, una de las mayores razones para los beneficios de los empleados, es decir, el atraer y retener empleados eficientes, no es ni remotamente tan esencial en el Japón como en otros países. Además, en Japón ha sido costumbre pagar un importe global en concepto de beneficio de retiro. Puesto que el retiro prematuro (la edad de cincuenta y cinco años es la normal) es regla general, el beneficio de la jubilación no será suficiente normalmente para permitir al empleado vivir del mismo el resto de su vida. Como consecuencia de estos factores, las empresas multinacionales han debido hacer arreglos especiales para pensiones complementarias durante el retiro y con especial énfasis en lo relativo a los planes de bienestar social.

Algunas empresas multinacionales, conscientes de las grandes variaciones que continuamente se presentan en las estructuras de la seguridad social en el mundo, han adoptado un tipo de plan suplementario mediante el cual se aplican los beneficios del personal de acuerdo con un standard mundial. Por ejemplo, una empresa puede adoptar un beneficio del 50 por 100 del salario para trabajadores con treinta años de servicio. En la proporción en que los beneficios locales de la seguridad social no llegan a esta cantidad, la firma contribuye con el resto. Este plan ayuda también a solucionar el problema que se le presenta a un jubilado que ha trabajado en otro país para un empresario cuya sede central se encuentra en un tercero. Los expatriados pueden verse excluidos, total o parcialmente, de la seguridad social en sus respectivos países de origen. Sin embargo, gozan de protección bajo el plan de beneficios uniformes. No es necesario decir que la existencia de tal plan representa un poderoso incentivo para atraer a un trabajador experimentado de un tercer país. El plan-exceso reduce en gran medida las barreras que se oponen a las operaciones internacionales.

SEGURO DE EXPORTACIONES E INVERSIONES EN EL EXTRANJERO

El seguro de crédito a la exportación se inició en los Estados Unidos en 1961 mediante el «Trade Expansion Act» que invitó al Banco de Exportación-Importación de los Estados Unidos (Eximbank) a ofrecer un seguro contra pérdidas por créditos y riesgos políticos. El objeto de este programa era el de colocar a los exportadores americanos a un mismo nivel que los competidores extranjeros y promover la exportación entre instituciones financieras privadas. El seguro de crédito a la exportación se conoce también en la mayoría de los países de Europa. En Estados Unidos este seguro es suscrito conjuntamente por el Eximbank y la asociación de unas 50 importantes compañías anónimas y mutualidades, conocida como Foreign Credit Insurance Association (FCIA).

La FCIA asegura las ventas a crédito y a plazos de los exportadores americanos a compradores solventes en el mercado mundial. Los riesgos cubiertos son: (1) crédito comercial, como insolvencia o negativa deliberada de pago, y (2) crédito político, como retrasos en la convertibilidad de transferencias, guerra, revolución, expropiación y otras causas de pérdidas originadas principalmente por medidas gubernamentales ajenas al control del vendedor o del comprador.

En 1970, aproximadamente 3.000 exportadores firmaron en Estados Unidos pólizas de seguro de crédito a la exportación. Se estima que aproximadamente el 2,5 por 100 de todas las exportaciones de Estados Unidos se aseguran. En otras naciones, las exportaciones aseguradas llegan al 10 por 100, si bien este porcentaje es mayor en algunos países, como el Reino Unido, donde se asegura aproximadamente el 20 por 100 de toda las exportaciones [11]

El riesgo de crédito en el extranjero

Muchos factores afectan al riesgo de créditos al extranjero. Se les puede dividir en azares y peligros.

[11] MARK R. GREEN, *Export Credit Insurance - Its Role in Expanding World Trade,* «Journal of Risk and Insurance», vol. 32, núm. 2 (junio 1965).

Azares. Los azares en la pérdida de créditos al exterior proceden de que:

1. Las barreras lingüísticas y las diferencias de contabilización dificultan la interpretación de la información financiera sobre el comprador.
2. Los informes sobre créditos a compradores extranjeros originan muchas veces demoras y retrasos.
3. Las tarifas reducidas (por ejemplo, entre los países de la C. E. E.) han abierto importantes nuevos mercados a productores relativamente eficientes y han causado insolvencias entre productores menos eficientes que operan en territorios anteriormente protegidos. Las cifras sobre insolvencias ilustran los peligros inherentes.
4. El incremento del comercio mundial ha ejercido presiones financieras sobre empresas cuyo capital no ha podido ser aumentado lo suficientemente rápido como para acomodarse al creciente volumen de comercio.
5. En muchos países, la disponibilidad de gerentes versados y con experiencia no es la adecuada al creciente volumen de los negocios.
6. En ciertos países en vías de desarrollo existían controles fiscales defectuosos que originaron déficits de divisas para pagar las deudas (Brasil es un ejemplo palpable). Los países en vías de desarrollo muchas veces sufren déficits comerciales durante largos períodos. Este problema tiende a agravarse, pues el creciente endeudamiento pone en tensión la aptitud de una nación para cumplir nuevos compromisos pendientes.

Peligros. ¿Qué acontecimientos específicos pueden ocasionar una pérdida importante por deudas a un exportador? Aparte de caer formalmente en bancarrota, el deudor puede demorar el pago indefinidamente, rehusar el hacerse cargo de las mercancías o anular pedidos en período de fabricación. Los gastos de iniciación de un pleito en el extranjero pueden resultar prohibitivos para el vendedor. Aun en el caso de que el comprador quiera pagar, puede que le resulte imposible a causa de ciertas medidas gubernamentales, como guerra, revolución, bloqueo o demora en la transferencia de moneda extranjera, modificaciones en el tipo de cambio, bloqueo de la convertibilidad de la moneda local en la moneda contratada y retiro o anulación de licencias.

Cobertura disponible

Existen dos formas básicas de seguro de crédito a la exportación: seguro a corto y a medio plazo. El seguro de crédito a

corto plazo comprende los riesgos del crédito comercial (normalmente hasta el 90 por 100) y políticos (hasta el 95 por 100) sobre las ventas de cualquier producto a plazos hasta ciento ochenta días. El seguro a plazo medio cubre tanto el riesgo comercial como el político desde seis meses hasta cinco años y se usa principalmente para financiar la venta de bienes de equipo sobre la base de las estipulaciones de las pólizas individuales. En 1970 se implantó una nueva póliza principal combinada que ofrece cobertura al 90 por 100 de las cuentas, tanto a corto como a medio plazo, y protege contra riesgos políticos y comerciales, aunque sujeto a una franquicia. Normalmente no se consiguen coberturas por más de cinco años (largo plazo).

Seguro a corto plazo. El seguro combinado a corto plazo es la forma más importante dentro del seguro de crédito a la exportación. Según muestra la tabla 28-4, abarcaba aproximadamente las dos terceras partes de la cobertura total en 1970. La póliza es suscrita al exportador, que puede concertar el seguro contra el riesgo político o el comercial, o contra ambos, mediante una póliza combinada.

Tabla 28-4

SEGURO DE CREDITO A LA EXPORTACION EN ESTADOS UNIDOS EN 1970

Area geográfica	Importe de la cobertura (en millones de dólares)	
	Corto plazo	Medio plazo
Africa	12,5	40,6
Asia	66,4	86,9
Canadá	1,6	23,1
América Latina	224,0	253,9
Oceanía	5,6	28,2
	310,1	432,7

Fuente: *Export-Import Bank*, «Summary of Operations», 1970, p. 50.

Al conseguir este seguro, el exportador puede seleccionar cuentas individuales para su cobertura procurando cubrir un número suficiente de ellas para obtener un reparto adecuado del riesgo. No obstante, la FCIA está facultada para excluir las ventas a ciertos compradores o países importantes o prestar cobertura para ventas en ciertas ramas de la producción. Estos controles son necesarios para prevenir una selección perjudicial para el asegurador y para llegar a un reparto conveniente de los riesgos. Las primas varían en relación directa a los plazos fijados y en razón inversa a la estabiildad financiera del mercado al cual se ha efectuado el embarque de la mercancía.

Para una póliza combinada a corto plazo, por ejemplo, la prima media puede ser de 50 céntimos por cada 100 dólares de valor bruto según factura. Se aplican limitaciones especiales para mercados de alto riesgo.

Seguro a plazo medio. El seguro a medio plazo, que normalmente cubre los créditos hasta cinco años, representa un tercio de la cobertura de todos los seguros de crédito a la exportación. (Véase la Tabla 28-4). A diferencia de la póliza de corto plazo, se formaliza sobre la base de caso por caso. Protege a los exportadores contra el impago de plazos e intereses (hasta un 6 por 100) sobre ventas a crédito de bienes de capital o bienes de consumo duradero. Normalmente estas pólizas son combinadas e incluyen riesgos comerciales y políticos. Se pueden cubrir los riesgos antes del embarque. Esta cobertura protege al vendeder contra pérdidas originadas por la anulación de pedidos antes del embarque. Estas pérdidas pueden surgir, por ejemplo, al convertir parcialmente en chatarra pedidos terminados que no se pueden vender en otros mercados.

Las pólizas a medio plazo exigen que el comprador efectúe un pago inicial en efectivo de aproximadamente el 10 por 100 del valor de la factura. Se supone también que el exportador tomará por su cuenta y riesgo al menos el 10 por 100 de la parte financiada mientras esté vigente el crédito.

Póliza «master» combinada. Esta póliza ofrece cobertura global (normalmente el 90 por 100) contra riesgos políticos y comerciales de crédito para ventas a corto o medio plazo. Una faceta de este contrato es la deducción de una franquicia, equivalente al importe acumulado durante un año fiscal de las pérdidas normales en créditos del exportador. La deducción se aplica solamente a riesgos comerciales y no a riesgos políticos. Si un exportador accede a una franquicia mayor que su probabilidad normal

de pérdida, se beneficia de un descuento proporcional en la prima y consigue que se acorte el plazo en la tramitación de su crédito. Además, se concede al exportador un mayor «límite discrecional de crédito» con lo cual consigue la aprobación automática del seguro para embarques a crédito sin la aprobación previa especial de la FCIA. Una fórmula alternativa de esta póliza «master» es la que ofrece una cobertura del 70 por 100 sólo para riesgos políticos.

Otra forma de la póliza combinada está concebida para pequeñas empresas comerciales que comienzan a dedicarse a la exportación. Esta póliza se facilita a aquellas empresas cuyo promedio de volumen anual de exportaciones durante los tres años precedentes no sobrepasaba los 200.000 dólares y quedará en vigor durante dos años o hasta que se hayan conseguido ventas con crédito a la exportación por un total de 500.000 dólares. Proporciona una cobertura del 90 por 100 en todas las ventas a crédito, lo mismo a corto que a medio plazo. Se puede ofrecer o exigir un descuento. Se espera que el exportador obtenga información acerca de los compradores o encargue a la FCIA de hacerlo.

Garantías a medio plazo para bancos comerciales. Alternativamente a la póliza FCIA para seguro a plazo medio, el exportador puede obtener ayuda en sus ventas a crédito al extranjero, para plazos desde ciento ochenta días hasta cinco años, mediante garantías facilitadas por el Eximbank a los bancos comerciales. Eximbank ofrece esta protección solamente cuando los bancos acceden a financiar las exportaciones a plazo medio sin participación del exportador. Este programa tiene la misma finalidad que el seguro combinado a plazo medio de la FCIA, con la diferencia de que los bancos comerciales inician la cobertura y tratan directamente con el Eximbank en la administración de la póliza.

En 1969, el Eximbank amplió su programa de garantía bancaria a bancos extranjeros. La primera garantía de esta índole era un préstamo de 10 millones de dólares de la Deutsche Bank A. G., de Francfort (Alemania), a Air India para financiar la compra de un «jet 747» de la Cía. Boeing [12].

Costos. El coste de la póliza de un seguro de crédito a la exportación a corto plazo varía según el país de destino, condiciones de pago, registro de pérdidas en créditos del exportador y otros factores. El coste oscila entre el 0,1 al 2 por 100 del valor bruto en factura. Estas primas no son anuales, sino más bien globales y se aplican hasta que venza el seguro o la garantía. Los gastos para cobertura previa al embarque y para compromisos adelantados se cobran aparte.

[12] *Wall Street Journal* (6 agosto), 1969, p. 6.

Programa de garantías para la inversión

Desde 1948, el Gobierno de los Estados Unidos ha pensado en aumentar las inversiones directas de empresas privadas americanas en las economías de países amigos y menos desarrollados, protegiendo a los inversores contra ciertos riesgos. En las secciones 221-224 del Foreing Assistance Act de 1961, modifica el Congreso ha aprobado tres programas de garantía a las inversiones:

1. Garantías específicas de riesgos políticos contra la no-convertibilidad de monedas extranjeras, pérdidas por expropiación o confiscación y pérdidas debidas a guerra, revolución o insurrección.
2. Garantías ampliadas de riesgo, cubriendo hasta el 75 por 100 de riesgos políticos y comerciales.
3. Garantías comerciales ampliadas, cubriendo hasta el 100 por 100 de pérdidas en ciertos proyectos de construcción.

Definición de los riesgos. Expropiación y guerra se definen en el contrato de garantía como sigue:

La *expropiación* tiene lugar cuando se prohibe a una empresa extranjera el ejercicio de (1) el control efectivo de una parte sustancial de su propiedad, (2) los derechos fundamentales adquiridos en razón de la propiedad, o (3) el cobro de los dividendos declarados. La definición de expropiación puede incluir en algunas circunstancias la ruptura, por parte de un gobierno extranjero, de un pacto de concesión concertado con la empresa extranjera.

La definición de *guerra, revolución* o *insurrección* no precisa la declaración formal de guerra. Los actos hostiles de cualquier fuerza organizada nacional o internacional están cubiertos, como también los actos hostiles perpetrados por fuerzas organizadas revolucionarias o de insurrectos, incluidos actos de sabotaje. La garantía no cubre el daño a la propiedad física de la empresa causada directamente por disputas civiles de menor categoría que la revolución o la insurrección.

Garantía contra riesgos específicos de la inversión. Antes de que se establezcan garantías a la inversión en un país determinado, su gobierno debe haber procedido a la institución de un programa de garantías. Bajo este programa, el proyecto objeto de la inversión debe de haber sido aprobado por el gobierno extranjero. Las garantías se facilitan al inversor en forma de un contrato entre el inversor y la Overseas Private Corportion (OPIC), agencia del Gobierno de Estados Unidos [13].

Esta garantía es respaldada por la confianza y el crédito del Gobierno de los Estados Unidos. Las entidades beneficiarias pueden ser corporaciones y otras asociaciones creadas al amparo de leyes americanas y cuya propiedad sustancial pertenece a ciudadanos de Estados Unidos. El inversor puede ser una entidad extranjera, tal como la sucursal de una compañía americana, propiedad total o sustancial de una empresa americana.

La inversión puede consistir en edificios, plantas, capital, material o equipos, patentes, procedimientos o técnicas, servicios técnicos o de administración, garantías de préstamos de bancos extranjeros o adelantos de fondos a suministradores a largo plazo.

La inversión debe favorecer el desarrollo o la productividad en un país poco desarrollado económicamente. No hay restricciones relativas al importe de la inversión, que puede ser de tan sólo 1.000 dólares o de 149 millones. Los contratos pueden suscribirse por un plazo máximo de veinte años para inversiones de capital o mientras dure la amortización de un empréstito.

Costes. Las primas anuales vigentes son las siguientes, expresadas en un porcentaje del valor de la inversión: 0,25 por 100 contra el riesgo de la falta de convertibilidad; 0,50 por 100 contra el peligro de expropiación; 0,50 contra guerra, revolución o insurrección; 0,875 por 100 para la combinación de los tres peligros anteriores.

Garantía ampliada de riesgos. Una cobertura más amplia que la posible bajo el programa de riesgos específicos se puede conseguir bajo el programa de garantía ampliada de riesgos. El contrato se constituye sobre la base de todo riesgo (excepto fraude

[13] OPIC se formó en 1970 para hacerse cargo del programa de garantías a los inversores que había sido anteriormente administrado por la Agency for International Development (AID). Se piensa que OPIC puede convertirse eventualmente en una corporación privada.

y mala dirección del inversor) hasta el 75 por 100 de la inversión de una empresa extranjera privada. Si el inversor lo desea, el 25 por 100 restante de la inversión puede asegurarse contra los riesgos de no convertibilidad, expropiación, guerra, revolución o insurrección.

Un préstamo concedido por un prestamista autorizado a una empresa extranjera puede ser objeto de cobertura en este seguro bajo condiciones específicas. Tales empréstitos deben formar parte de un plan financieramente sano de ayuda en un proyecto, hacerse y ser devueltos en dólares, ser amortizados en un plazo razonable y llevar un tipo de interés adecuado.

Generalmente, estos préstamos deben concederse para conseguir mercancías y servicios americanos. El seguro no se concierta, generalmente, si la empresa está en condiciones de encontrar sin la garantía financiación privada en términos favorables.

Si la inversión se realiza sobre acciones, esta garantía no excede normalmente del 50 por 100 del importe original de la inversión. Las primas anuales ascienden al 1,75 por 100 sobre la parte de la inversión cubierta por la garantía.

Inversiones en viviendas. La OPIC tiene autorización para garantizar la cobertura hasta el 100 por 100 de las inversiones en determinados proyectos de construcción de viviendas. El programa apunta a países donde la financiación a largo plazo no es, generalmente, disponible. Prácticamente todas las garantías de empréstitos para viviendas han sido para América Latina y Asia Oriental. La prima anual varía entre el 0,50 y el 2 por 100 del saldo mensual de la inversión garantizada y depende de la disponibilidad y del tipo de garantía local. En términos generales, los proyectos de viviendas requieren la financiación del 25 por 100 por fuentes locales [14].

Resultados financieros. En el período 1948-1968, el 71 por 100 de las garantías a la inversión se situaban en América Latina y este de Asia, casi todas ellas en la forma de garantías específicas de riesgos. La mayor parte de las garantías para América Latina se han dado para Chile, por 1.374 mil millones de dólares, y a Argentina por la cantidad de 742 millones de dólares. Unos ochenta y cinco países han firmado contratos de garantía con Estados Unidos relativos a expropiación; setenta y nueve países han

[14] U. S. Department of State, Agency for International Development, *Aids to Business Overseas Investment* (Washington: U. S. Government Printin Office, 1966).

suscrito idéntico contrato contra guerra, revolución e insurrección [15].

El programa de garantías a la inversión tiene potencialmente una considerable fuerza para estimular las inversiones en el extranjero, pero la mayor parte de este potencial está aún por realizarse. En el año fiscal 1968, por ejemplo, sólo se concertaron 2,6 mil millones de dólares en garantías, proporción exigua del total de las inversiones directas en aquel año. Los datos acumulativos de que se dispone de costes muestran que el importe de las pérdidas netas pagadas durante 1968 bajo este programa sólo ascendió a 11 millones de dólares. La mayor pérdida particular ha sido abonada a Indian Head Mills Corporation con 2,7 millones de dólares por la expropiación de sus bienes en Biafra (Nigeria) [16].

Hay una serie de razones que explican la hasta ahora limitada aceptación del programa, a pesar de los intentos del Gobierno para estimular su mayor empleo [17]. En primer lugar, los gastos pueden considerarse relativamente altos. Han subido al 1 por 100 para convertibilidad y al 4 por 100 para expropiación. En segundo lugar, las garantías contra pérdidas en el control de divisas no cubren ningún aumento al subir el valor de las inversiones. Tercero, existe la impresión de que el programa ha hecho disminuir el incentivo para los países extranjeros a mejorar el clima de inversión. En cuarto lugar, y puesto que el programa no cubre las inversiones ya existentes, algún inversor puede tener un sentimiento de discriminación contra los que ya han comprometido fondos.

● RESUMEN

1. El rápido aumento del comercio y de las inversiones a escala mundial ha traído consigo una nueva extensión del seguro; los riesgos aumentan, los mercados son más amplios y hay nuevas presiones sobre la capacidad para concertar negocios, por lo que surge la necesidad de desarrollar nuevas técnicas de seguros para hacer frente a las necesidades de las empresas multinacionales.

[15] Insurance División, AID.
[16] *Ibid.*
[17] MARINA VON NEUMANN WHITMAN, *The United States Investment Guarantee Program in Private Foreign Investment* (Princetown: Princetown University, 1959), p. 59.

2. La institución del seguro continuará probablemente su expansión para hacer frente al desafío del desarrollo creciente de la economía mundial. Los aseguradores y corredores residentes en Estados Unidos intentan una mejor coordinación y cooperación para incrementar su eficacia a escala internacional.
3. En muchos aspectos las trabas legales en el seguro internacional difieren considerablemente de las trabas internas existentes en los Estados Unidos. Entre estas diferencias están las leyes reguladoras del seguro autorizado y no-autorizado, la vigencia del Código Napoleónico, los principios de armonización de la C. E. E. y los efectos de las leyes impositivas aplicadas al seguro.
4. Existen muchos contrastes interesantes en las condiciones de seguros en todo el mundo, a los cuales las empresas multinacionales de negocios deben dedicar especial atención. Estos comprenden diferencias en las condiciones de las pólizas, diferencias en las costumbres no escritas que afectan a la interpretación de las pólizas y diferencias en reglamentaciones, capacidad financiera del asegurador, prácticas en materia de agencias y prácticas en la manera de liquidar las reclamaciones. En muchos países ciertas clases de seguro son obligatorias y prevalecen ciertos requisitos especiales en las pólizas, como el coaseguro al 100 por 100 en la cobertura de incendios. Una forma en que la industria del seguro ha correspondido a estas variaciones es el desarrollo de la póliza de «diferencia en condiciones (DIC)», que ofrece a las empresas multinacionales una protección relativamente uniforme para sus operaciones mundiales.
5. Entre los importantes problemas relativos al seguro con los que se enfrentan las empresas multinacionales se encuentra el de coordinar una estructura de beneficios de personal en los diferentes países. Hay que prestar atención especial a las diferencias en beneficios de la seguridad social y a la creación de una estructura de beneficios justa para todos los empleados.
6. El seguro de crédito a la exportación y las garantías a la inversión han sido desarrollados en común entre las empresas y el gobierno en muchos países para facilitar el crédito a la exportación y la inversión en

plantas industriales y equipos en el extranjero, particularmente en países en vías de desarrollo. Estos programas son relativamente nuevos en los Estados Unidos, pero su potencial aparece con gran futuro.

● PREGUNTAS DE REVISION

1. Entre los problemas del seguro internacional se encuentra la penuria en la capacidad aseguradora. Exponga usted los factores que pueden contribuir a esta escasez y cuáles de ellos son causa de las diferencias que existen a nivel internacional y a nivel estrictamente norteamericano.
2. Explique los posibles motivos del hecho de que relativamente pocos aseguradores residentes en Estados Unidos se hayan dedicado a operaciones internacionales.
3. ¿De qué forma puede existir legalmente el seguro no-autorizado en países que tienen leyes prohibiendo tales seguros?
4. ¿Por qué la póliza de «diferencia de condiciones (DIC)» es tan popular entre las empresas multinacionales?
5. Un corredor recibió el siguiente baremo de primas para el seguro de crédito a la exportación. Las primas varían según las condiciones de venta, domicilio del comprador y desarrollo político y económico de cada país.

PRIMA POR CADA 100 DOLARES DE COBERTURA

	Ejemplos de países en cada clase			
	A	B	C	D
Condiciones venta	Canad.	Argen.	Brasil	Ghana
Crédito irrevocable confirmado por un banco en EE. UU.	0,09	0,14	0,21	0,37
Carta de crédito irrevocable para 90 días	0,14	0,21	0,32	0,56
Carta de crédito irrevocable de 91-180 días ...	0,23	0,35	0,53	0,93
Pago contra documentos, a la vista, documentos c/pago	0,18	0,27	0,41	0,72
Letra a la vista o cuenta corriente o:				
Crédito a 1-90 días	0,29	0,44	0,66	1,16
Crédito a 91-180 días	0,36	0,54	0,81	1,42
Suplementos para preembarques				
Crédito 1-90 días.	0,07	0,11	0,17	0,30
Crédito 91-180 días	0,14	0,22	0,33	0,58

(a) Evalúe la estructura de las primas indicadas. Explique usted las diferencias de primas según las distintas condiciones de venta.
(b) ¿Cómo puede la FCIA o el Eximbank estimar diferencias en la estabilidad económica y política?

6. Una firma americana exportaba sus productos a una nación latinoamericana. Se inició en aquel país un pleito por responsabilidad de productos contra la fir-

ma vendedora. El seguro de la empresa contra responsabilidad por productos estipulaba que el asegurador solaménte estaba obligado a defender las acciones legales promovidas en Estados Unidos. El demandante latinoamericano no podía trasladarse a los Estados Unidos para proseguir el proceso judicial y se quejó ante su gobierno. Como consecuencia, los activos de la empresa en el extranjero fueron confiscados y decretado el embargo contra las futuras importaciones de los productos fabricados por la empresa. ¿Cómo debía haberse tratado un problema de esta naturaleza para evitar las consecuencias desastrosas que se produjeron?

7. ¿Qué valor tiene el estudio de las diferencias en las condiciones de seguros en países extranjeros relativas a la medida en que pudiesen afectar las condiciones en otros países como Estados Unidos? Cite usted ejemplos.
8. La Foster Wheeler Corporation realizó un plan de garantía de sus inversiones en Turquía. A causa de la no convertibilidad experimentó una pérdida de 183.947 dólares. El gobierno pagó esta pérdida, recuperando más tarde el total del importe. Explique usted lo que es una pérdida por no convertibilidad. ¿Por qué le ha sido posible al gobierno recuperar posteriormente su pérdida?

Apéndice A

Clasificación "Best" de aseguradores de propiedad y de responsabilidad

Se ha asignado dos clasificaciones [1] a las compañías y asociaciones: calificación de asegurados y calificación financiera. Si un asegurador no está clasificado puede serlo por una de las razones siguientes: la información necesaria fue denegada o facilitada demasiado tarde para ser utilizada; la compañía no acepta la aplicación del sistema de clasificación o la fijación de partidas que aparecen en las declaraciones anuales; el asegurador se dedica fundamentalmente al seguro de vida; o no se dispone de una experiencia de cuatro años en las operaciones.

CLASIFICACION DE ASEGURADOS

Se emplean seis categorías de clasificación: A+ y A (excelentes), B+ (muy buenos), B (buenos), C+ (bastante buenos) y C (regulares) para reflejar la opinión de Best acerca de la posición relativa de cada institución en comparación con otras y basadas en promedios dentro de la industria del seguro. Las compañías clasificadas como «excelentes» se consideran sobresalientes comparativamente, ya sean clasificadas bajo «A» o bajo «A+». Estas clasificaciones se determinan por cinco factores: calidad en la gestión, economía en la administración, reservas adecuadas, medios correctos para absorber pérdidas inesperadas y solidez de las inversiones.

[1] *Best's Insurance Reports,* 1960.

Calidad en la gestión

Se establece una comparación entre pérdidas y los gastos de liquidación de las reclamaciones contra las primas devengadas. Las primas devengadas reflejan el aumento o el descenso de las no devengadas, lo que constituye un factor importante en la gestión. Los gastos habidos se comparan con las primas suscritas. Este procedimiento da una proporción del beneficio o pérdida en la gestión que tiene en cuenta el aumento o la disminución en la reserva por primas no devengadas.

La cuantía del beneficio o de la pérdida en la suscripción, calculada de esta forma, se compara luego con las primas devengadas, como grado de la capacidad suscriptora de la compañía. El beneficio o la pérdida en la suscripción se compara también con el factor neto de seguridad, en razón de que una misma cantidad de beneficio o pérdida puede ser de una importancia desdeñable para una compañía con grandes recursos netos, pero de mucha importancia para otra de pocos recursos de esta categoría.

Economía en la administración

Este factor se mide por la proporción entre gastos habidos (excepto gastos en relación con reclamaciones, que se suman a las pérdidas) y primas suscritas.

Reservas adecuadas

Las primas no devengadas se calculan de acuerdo con leyes tan claras y uniformes que dejan poca o ninguna posibilidad al error involuntario. Este renglón es aceptado tal como aparece en las declaraciones, excepto en aquellos casos infrecuentes en que la fórmula usual no es aplicada por el asegurador en cuestión. Las reservas para siniestros pendientes se constituyen por una fórmula base en relación con los seguros de responsabilidad y de accidentes de trabajo; en la mayoría de los otros ramos, estas reservas representan la opinión de la gerencia acerca del coste final de cada reclamación pendiente. Hay varias maneras de comparar el coste final de las reclamaciones con las reservas originariamente constituidas a tal objeto, y todas ellas se analizan cuidadosamente. Si estos datos revelan que las reservas son

inadecuadas (aun cuando estén en consonancia con los preceptos legales) esta aparente deficiencia es tenida en cuenta para verificar si el excedente para los asegurados es el adecuado. De forma similar, si las reservas resultan excesivas, se obtienen las conclusiones oportunas.

Recursos netos adecuados

El excedente es un factor de seguridad destinado a absorber los aumentos, por encima de lo normal, en pérdidas y necesidades de gastos. Una compañía de seguros puede generar un volumen demasiado grande de negocios en proporción a sus recursos netos, lo mismo que cualquier otra clase de negocios puede desarrollarse en exceso. Esta es una práctica muy peligrosa y perjudicial para la seguridad de los asegurados. Esta cuestión no depende enteramente del volumen de primas concertadas; una compañía con un alto porcentaje en beneficio puede concertar sin riesgo un mayor volumen de negocios en proporción a sus reservas netas, que otra que opere con resultados menos favorables. También hay compañías que trabajan de modo que sólo precisan la constitución de una pequeña o de ninguna reserva para hacer frente a responsabilidades por primas no devengadas; son un ejemplo de ello las compañías que se dedican solamente al ramo accidentes y enfermedades, con primas semanales o mensuales. Tales compañías sólo precisan de su capital y excedente para absorber los resultados adversos en la gestión, mientras que las que cobran las primas por adelantado precisan una reserva susceptible de ser realizable en caso de emergencia. Estas y otras muchas variaciones, incluyendo la diversificación y la expansión de las suscripciones, se toman en cuenta al verificar la suficiencia de los recursos netos.

Solidez en las inversiones

Las calificaciones de Best relativas a las inversiones se basan en la solidez, diversificación y liquidez. Los standards empleados no son arbitrarios, pero, como en otros esquemas de tarificación, se basan primariamente en los promedios de todas las compañías. Una compañía de seguros puede presentar un factor de seguridad aparentemente adecuado —esto es, exceso de activos sobre las responsabilidades actuales y potenciales— y, sin embargo, se encuentra en una posición de inseguridad en lo que

concierne a sus aseguradores. El activo puede ser de tal índole que no se puede convertir rápidamente en efectivo al objeto de reforzar el negocio y liquidar otros compromisos o de satisfacer cualquier demanda no esperada como la que podría resultar de una proporción anormal de pérdidas o de un incremento en el coste de los siniestros en tramitación y que excede el importe de las reservas previstas para ello.

Efecto de la dimensión del asegurador

Un asegurador pequeño puede ofrecer igual seguridad que uno grande. Muchos aseguradores de reducida escala y que operan en ramos especializados administran su negocio cuidadosa y eficientemente, y son sólidos en proporción a las responsabilidades aceptadas. La póliza de un pequeño asegurador especializado en seguros de incendio, que opera moderadamente y evita conscientemente las áreas congestionadas, no aceptando mayores suscripciones que las que podría pagar en el caso de una conflagración o catástrofe, puede ser más deseable que la de una empresa de mayor escala que trabaja con conceptos menos conservadores.

CLASIFICACIONES FINANCIERAS

La clasificación financiera de Best indica su estimación respecto al factor neto de seguridad de cada compañía y se basa en el excedente a favor de los asegurados, menos las deficiencias de sus reservas, si las hay.

La clasificación de las entidades extranjeras se basa en los balances de sus oficinas centrales que incluyen los de sus sucursales en Estados Unidos.

Para evitar confusión entre estas clasificaciones financieras con la de los asegurados, aquéllas consisten de, al menos, dos letras, en todos los casos. Las letras empleadas para indicar los factores de seguridad neta son como sigue:

Calificación financiera	Factor neto de seguridad
CC	250.000 o menos
CCC	250.000 a 500.000
BB	500.000 a 750.000
BB+	750.000 a 1.000.000
BBB	1.000.000 a 1.500.000
BBB+	1.500.000 a 2.500.000
BBBB	2.500.000 a 3.750.000
BBBB+	3.750.000 a 5.000.000
AA	5.000.000 a 7.500.000
AA+	7.500.000 a 10.000.000
AAA	10.000.000 a 12.500.000
AAA+	12.500.000 a 15.000.000
AAAA	15.000.000 a 20.000.000
AAAA+	20.000.000 a 25.000.000
AAAAA	25.000.000 o más

(Cantidades exprēsadas en dólares)

Apéndice B

Clasificación "Best" de aseguradores de vida

Los informes Best sobre aseguradores de vida abarcan aspectos tales como la historia de una sociedad, descripción del directorio y clases de operaciones, relación de personal y dirección, territorio de operaciones, datos sobre inversiones y resultados, calidad del activo y eficacia en las operaciones.

Las relaciones no comprenden a todos los aseguradores de vida, sino sólo a aquellos que son bastante importantes y que se han dedicado a sus negocios el tiempo suficiente para una valoración razonable. He aquí los criterios aplicados:

1. Beneficio neto de las inversiones.
2. Ingreso en intereses necesarios para cubrir el interés supuesto al calcular las primas.
3. Gastos de renovación.
4. Experiencia en mortalidad.
5. Proporción de errores.
6. Coste neto.
7. Margen total para eventualidades.

Cada uno de estos puntos es estudiado y comparado con los que son típicos para otros aseguradores y para cada asegurador se establece una escala entre siete y diez categorías que van desde «bien» a «pobre» o desde «alto» a «bajo». Por ejemplo, la calificación para gastos de renovaciones es una de las siguientes: notablemente bajo, muy bajo, bajo, bastante bajo, moderado,

bastante moderado, bastante alto, alto, muy alto y excesivo. Términos similares se aplican en los otros criterios.

Los términos «Coste neto» y «Margen total para eventualidades» resumen la opinión de Best acerca de un asegurador determinado. El coste neto se calcula sobre la base del coste normal garantizado según una escala y se basa en el análisis de seguro de vida entera y para veinte años por 10.000 dólares. El coste neto, o sea la diferencia entre primas brutas y la suma del valor actual garantizado más el dividendo esperado, se basa en escalas normales y no en experiencias anteriores.

El margen total para eventualidades está basado en una consideración de la posición del activo y del excedente, en el margen de beneficios o pérdidas en operaciones normales y en otras circunstancias como el resultado neto, gastos y errores. De esta forma, este procedimiento refleja también otros factores distintos a los que tan sólo se refieren a la situación del excedente. La calificación definitiva es una de las siguientes: extraordinariamente sólida, muy sólida, sólida y considerable. Quien emplea estas clasificaciones debe tener presente que, de acuerdo con este sistema, un asegurador al que Best considera como en posición «sólida» o «considerable», tiene la calificación más baja y que los resultados deberán interpretarse de conformidad con ello. Sin embargo, esto no significa que un asegurador así calificado no sea sólido. Si se pensase que algún asegurador no fuese sólido, Best, probablemente, no haría recomendación alguna.

Apéndice C
Tablas de intereses

Los problemas en el seguro de vida y anualidades muchas veces pueden ser superados más fácilmente mediante el uso de tablas de intereses, que utilizando laboriosos cálculos a mano y hasta recurriendo a las computadores. A continuación daremos ejemplos para el uso de estas tablas.

INTERES COMPUESTO

Si entregamos a una compañía de seguros 1.000 dólares con interés como ahorro y el asegurador abona el 3 por 100 de interés compuesto, ¿cuál será el valor del ahorro en veinte años?

Remitiéndonos a la Tabla C-1, vemos que 1 dólar al 3 por 100 de interés compuesto para veinte años supone 1.806 dólares. Por lo tanto, el valor del ahorro sería de 1.806 dólares.

VALOR ACTUAL

Si un asegurado desea tener la cantidad de 1.000 dólares en una cuenta de ahorro en veinte años a partir de ahora, ¿cuánto debe depositar al interés compuesto, si recibe un interés del 3 por 100? ¿Y al 6 por 100? Consultando la Tabla C-2 vemos que el valor actual al 3 por 100 de interés para 1 dólar es de 0,55367.

Por consiguiente hay que depositar la cantidad de 553,67 dólares al 3 por 100 para acumular 1.000 dólares en veinte años. Al 6 por 100 vemos que habrá que depositar 311,80 dólares.

CUANTIA DE UNA RENTA

Si una persona ahorra 1.000 dólares al año, ¿a cuánto ascenderán sus ahorros acumulados si recibe el 4 por 100 de interés? Si le dan el 5 por 100 de interés, ¿a qué cantidad ascenderán sus ahorros después de veinte años si percibe el 5 por 100 en lugar del 4 por 100? ¿Y al cabo de cuarenta años? Según la tabla C-3, 1 dólar por año se convierte en 29,778 dólares al cabo de veinte años al 4 por 100 de interés. Por consiguiente, el ahorrador tendría una cuenta por valor de 29,778. Al 5 por 100 tendría 33,066. Debido a la aplicación del interés compuesto, el ahorrador tiene al cabo de los veinte años aproximadamente el 11 por 100 más de dinero en su cuenta al 5 por 100 que lo que tendría al 4 por 100. Después de cuarenta años tendría aproximadamente el 27 por 100 más en su cuenta al 5 por 100 en lugar del 4 por 100 (120,799/95,025 = 1,27).

VALOR ACTUAL DE UNA RENTA

1. Si una persona desea obtener la suma de 1.000 dólares pagadera anualmente por un período de veinte años, ¿qué dinero tiene que pagar suponiendo que los fondos tienen un interés del 4 por 100? ¿Cuánto debe pagar si desea recibir 1.000 dólares durante quince años?

Vemos en la Tabla C-4 que el valor actual de 1 dólar anual para veinte años es de 13,5903 al 4 por 100 de interés. Por lo tanto, el pensionista debe pagar 13.590 si quiere 1.000 dólares anuales durante veinte años. Para quince años debería pagar 11.118 dólares.

2. Si un asegurado dispone de un ingreso de 25.000 dólares por un seguro, ¿qué renta anual puede esperar si ha dado órdenes al asegurador de pagarle un mismo importe durante veinte años y si el asegurador percibe el 4 por 100 de interés?

Conforme a la Tabla C-4, el valor actual de 1 dólar por año durante veinte años es de 13,5903. Dividiendo esta cantidad por 25.000 dólares, obtenemos un pago anual uniforme de 1.839,54 dólares.

RENTAS VITALICIAS

Si un asegurado de sesenta y cinco años tiene un capital de 25.000 dólares, ¿qué renta vitalicia garantizada puede dejar a su esposa de la misma edad optando por diez años fijos, veinte años fijos y conjunta o última supervivencia?

Haciendo referencia a la Tabla C-5 observamos que, por cada 1.000 dólares de capital, la mujer asegurada a los sesenta y cinco años puede percibir mensualmente 5,63 durante diez años fijos, 5,02 para veinte años fijos y 5,63 por mes bajo la opción por supervivencia conjunta. Multiplicando estos importes por 25, obtenemos 10,75, 125,50 y 130,75 dólares, respectivamente.

TABLA C-1

IMPORTES AL INTERES COMPUESTO $(1 + i)^n$

Períodos	Tipo i				
n	0,03 (3%)	0,04 (4%)	0,05 (5%)	0,06 (6%)	0,07 (7%)
1	1,03000000	1,04000000	1,05000000	1,06000000	1,07000000
2	1,06090000	1,08160000	1,10250000	1,12360000	1,14490000
3	1,09272700	1,12486400	1,15762500	1,19101600	1,22504300
4	1,12550881	1,16985856	1,21550625	1,26247696	1,31079601
5	1,15927407	1,21665290	1,27628156	1,33822558	1,40255173
6	1,19405230	1,26531902	1,34009564	1,41851911	1,50073035
7	1,22987387	1,31593178	1,40710042	1,50363026	1,60578148
8	1,26677008	1,36856905	1,47745544	1,59384807	1,71818618
9	1,30477318	1,42331181	1,55132822	1,68947896	1,83845921
10	1,34391638	1,48024428	1,62889463	1,79084770	1,96715136
11	1,38423387	1,53945406	1,71033936	1,89829856	2,10485195
12	1,42576089	1,60103222	1,79585633	2,01219647	2,25219159
13	1,46853371	1,66507351	1,88564914	2,13292826	2,40984500
14	1,51258972	1,73167645	1,97993160	2,26090396	2,57853415

Períodos	Tipo i				
n	0,03 (3%)	0,04 (4%)	0,05 (5%)	0,06 (6%)	0,07 (7%)
15	1,55796742	1,80094351	2,07892818	2,39655819	2,75903154
16	1,60470644	1,87298125	2,18287459	2,54035168	2,95216375
17	1,65284763	1,94790050	2,29201832	2,69277279	3,15881521
18	1,70243306	2,02581652	2,40661923	2,85433915	3,37993228
19	1,75350605	2,10684918	2,52695020	3,02559950	3,61652754
20	1,80611123	2,19112314	2,65329771	3,20713547	3,86968446
21	1,86029457	2,27876807	2,78596259	3,39956360	4,14056237
22	1,91610341	2,36991879	2,92526072	3,60353742	4,43040174
23	1,97358651	2,46471554	3,07152376	3,81974966	4,74052986
24	2,03279411	2,56330416	3,22509994	4,04893464	5,07236695
25	2,09377793	2,66583633	3,38635494	4,29187072	5,42743264
26	2,15659127	2,77246978	3,55567269	4,54938296	5,80735292
27	2,22128901	2,88336858	3,73345632	4,82234594	6,21386763
28	2,28792768	2,99870332	3,92012914	5,11168670	6,64883836
29	2,35656551	3,11865145	4,11613560	5,41838790	7,11425705
30	2,42726247	3,24339751	4,32194238	5,74349117	7,61225504
31	2,50008035	3,37313341	4,53803949	6,08810064	8,14511290
32	2,57508276	3,50805875	4,76494147	6,45338668	8,71527080
33	2,65233524	3,64838110	5,00318854	6,84058988	9,32533975
34	2,73190530	3,79431634	5,25334797	7,25102528	9,97811354
35	2,81386245	3,94608899	5,51601537	7,68608679	10.67658148
36	2,89827833	4,10393255	5,79181614	8,14725200	11,42394219
37	2,98522668	4,26808986	6,08140694	8,63608712	12,22361814
38	3,07478348	4,43881345	6,38547729	9,15425235	13,07927141
39	3,16702698	4,61636599	6,70475115	9,70350749	13,99482041
40	3,26203779	4,80102063	7,03998871	10,28571794	14,97445784
41	3,35989893	4,99306145	7,39198815	10,90286101	16,02266989
42	3,46069589	5,19278391	7,76158756	11,55703267	17,14425678
43	3,56451677	5,40049527	8,14966693	12,25045463	18,34435475
44	3,67145227	5,61651508	8,55715028	12,98548191	19,62845959
45	3,78159584	5,84117568	8,98500779	13,76461083	21,00245176
46	3,89504372	6,07482271	9,43425818	14,59048748	22,47262338
47	4,01189503	6,31781562	9,90597109	15,46591673	24,04570702
48	4,13225188	6,57052824	10,40126965	16,39387173	25,72890651
49	4,25621944	6,83334937	10,92133313	17,37750403	27,52992997
50	4,38390602	7,10668335	11,46739979	18,42015427	29,45702506

TABLA C-2

VALOR ACTUAL $(1/(1+i)^n$

Períodos	Tipo i				
n	0,03 (3%)	0,04 (4%)	0,05 (5%)	0,06 (6%)	0,07 (7%)
1	0,97087379	0,96153846	0,95238095	0,94339623	0,93457944
2	0,94259591	0,92455621	0,90702948	0,88999644	0,87343873
3	0,91514166	0,88899636	0,86383760	0,83961928	0,81629788
4	0,88848705	0,85480419	0,82270247	0,79209366	0,76289521
5	0,86260878	0,82192711	0,78352617	0,74725817	0,71298618
6	0,83748426	0,79031453	0,74621540	0,70496054	0,66634222
7	0,81309151	0,75991781	0,71068133	0,66505711	0,62274974
8	0,78940923	0,73069021	0,67683936	0,62741237	0,58200910
9	0,76641673	0,70258674	0,64460892	0,59189846	0,54393374
10	0,74409391	0,67556417	0,61391325	0,55839478	0,50834929
11	0,72242128	0,64958093	0,58467929	0,52678753	0,47509280
12	0,70137988	0,62459705	0,55683742	0,49696936	0,44401196
13	0,68095134	0,60057409	0,53032135	0,46883902	0,41496445
14	0,66111781	0,57747508	0,50506795	0,44230096	0,38781724
15	0,64186195	0,55526450	0,48101710	0,41726506	0,36244602
16	0,62316694	0,53390818	0,45811152	0,39364628	0,33873460
17	0,60501645	0,51337325	0,43629669	0,37136442	0,31657439
18	0,58739461	0,49362812	0,41552065	0,35034379	0,29586392
19	0,57028603	0,47464242	0,39573396	0,33051301	0,27650833
20	0,55367575	0,45638695	0,37688948	0,31180473	0,25841900
21	0,53754928	0,43883360	0,35894236	0,29415540	0,24151309
22	0,52189250	0,42195539	0,34184987	0,27750510	0,22571317
23	0,50669175	0,40572633	0,32557131	0,26179726	0,21094688
24	0,49193374	0,39012147	0,31006791	0,24697855	0,19714662
25	0,47760557	0,37511680	0,29530277	0,23299863	0,18424918
26	0,46369473	0,36068923	0,28124073	0,21981003	0,17219549
27	0,45018906	0,34681657	0,26784832	0,20736795	0,16093037
28	0,43707675	0,33347747	0,25509364	0,19563014	0,15040221
29	0,42434636	0,32065141	0,24294632	0,18455674	0,14056282

Períodos	Tipo i				
n	0,03 (3%)	0,04 (4%)	0,05 (5%)	0,06 (6%)	0,07 (7%)
30	0,41198676	0,30831867	0,23137745	0,17411013	0,13136712
31	0,39998715	0,29646026	0,22035947	0,16425484	0,12277301
32	0,38833703	0,28505794	0,20986617	0,15495740	0,11474113
33	0,37702625	0,27409417	0,19987254	0,14618622	0,10723470
34	0,36604490	0,26355209	0,19035480	0,13791153	0,10021934
35	0,35538340	0,25341547	0,18129029	0,13010522	0,09366294
36	0,34503243	0,24366872	0,17265741	0,12274077	0,08753546
37	0,33498294	0,23429685	0,16443563	0,11579318	0,08180884
38	0,32522615	0,22528543	0,15660536	0,10923885	0,07645686
39	0,31575355	0,21662061	0,14914797	0,10305552	0,07145501
40	0,30655684	0,20828904	0,14204568	0,09722219	0,06678038
41	0,29762800	0,20027793	0,13528160	0,09171905	0,06241157
42	0,28895922	0,19257493	0,12883962	0,08652740	0,05832857
43	0,28054294	0,18516820	0,12270440	0,08162962	0,05451268
44	0,27237178	0,17804635	0,11686133	0,07700908	0,05094643
45	0,26443862	0,17119841	0,11129651	0,07265007	0,04761349
46	0,25673653	0,16461386	0,10599668	0,06853781	0,04449859
47	0,24925876	0,15828256	0,10094921	0,06465831	0,04158747
48	0,24199880	0,15219476	0,09614211	0,06099840	0,03886679
49	0,23495029	0,14634112	0,09156391	0,05754566	0,03632410
50	0,22810708	0,14071262	0,08720373	0,05428836	0,03394776

TABLA C-3

IMPORTE DE LA ANUALIDAD $[(1+i)^n - 1)]/i$

Períodos	Tipo i				
n	0,03 (3%)	0,04 (4%)	0,05 (5%)	0,06 (6%)	0,07 (7%)
1	1,00000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000
2	2,03000000	2,0400000	2,0500000	2,0600000	2,0700000
3	3,09090000	3,1216000	3,1525000	3,1836000	3,2149000
4	4,18362700	4,2464640	4,3101250	4,3746160	4,4399430

Períodos	Tipo i				
n	0,03 (3%)	0,04 (4%)	0,05 (5%)	0,06 (6%)	0,07 (7%)
5	5,30913581	5,4163226	5,5256313	5,6370930	5,7507390
6	6,46840988	6,6329755	6,8019128	6,9753185	7,1532907
7	7,66246218	7,8982945	8,1420085	8,3938376	8,6540211
8	8,89233605	9,2142263	9,5491089	9,8974679	10,2598026
9	10,15910613	10,5827953	11,0265643	11,4913160	11,9779887
10	11,46387931	12,0061071	12,5778925	13,1807949	13,8164480
11	12,80779569	13,4863514	14,2067872	14,9716426	15,7835993
12	14,19202956	15,0258055	15,9171265	16,8699412	17,8884513
13	15,61779045	16,6268377	17,7129828	18,8821377	20,1406429
14	17,08632416	18,2919112	19,5986320	21,0150659	22,5504879
15	18,59891389	20,0235876	21,5785636	23,2759699	25,1290220
16	20,15688130	21,8245311	23,6574918	25,6725281	27,8880536
17	21,76158774	23,6975124	25,8403664	28,2128798	30,8402173
18	23,41443537	25,6454129	28,1323847	30,9056525	33,9990325
19	25,11686844	27,6712294	30,5390039	33,7599917	37,3789648
20	26,87037449	29,7780786	33,0659541	36,7855912	40,9954923
21	28,67648572	31,9692017	35,7192518	39,9927267	44,8651768
22	30,53678030	34,2479698	38,5052144	43,3922903	49,0057392
23	32,45288370	36,6178886	41,4304751	46,9958277	53,4361409
24	34,42647022	39,0826041	44,5019989	50,8155744	58,1766708
25	36,45926432	41,6459083	47,7270988	54,8645120	63,2490377
26	38,55304225	44,3117446	51,1134538	59,1563827	68,6764704
27	40,70963352	47,0842144	54,6691264	63,7057657	74,4838233
28	42,93092252	49,9675830	58,4025828	68,5281116	80,6976909
29	45,21885020	52,9662863	62,3227119	73,6397983	87,3465293
30	47,57541571	56,0849378	66,4388475	79,0581862	94,4607863
31	50,00267818	59,3283353	70,7607899	84,8016774	102,0730414
32	52,50275852	62,7014687	75,2988294	90,8897780	110,2181543
33	55,07784128	66,2095274	80,0637708	97,3431647	118,9334251
34	57,73017652	69,8579085	85,0669594	104,1837546	128,2587648
35	60,46208181	73,6522249	90,3203074	111,4347799	138,2368784
36	63,27594427	77,5983138	95,8363227	119,1208667	148,9134598
37	66,17422259	81,7022464	101,6281389	127,2681187	160,3374020
38	69,15944927	85,9703363	107,7095458	135,9042058	172,5610202
39	72,23423275	90,4091497	114,0950231	145,0584581	185,6402916

Períodos	Tipo i				
n	0,03 (3%)	0,04 (4%)	0,05 (5%)	0,06 (6%)	0,07 (7%)
40	75,40125973	95,0255157	120,7997742	154,7619656	199,6351120
41	78,66329753	99,8265363	127,8397630	165,0476836	214,6095698
42	82,02319645	104,8195978	135,2317511	175,9505446	230,6322397
43	85,48389234	110,0123817	142,9933387	187,5075772	247,7764965
44	89,04840911	115,4128770	151,1430056	199,7580319	266,1208513
45	92,71986139	121,0293920	159,7001559	212,7435138	285,7493108
46	96,50145723	126,8705677	168,6851637	226,5081246	306,7517626
47	100,39650095	132,9453904	178,1194218	241,0986121	329,2243860
48	104,4083?598	139,2632060	188,0253929	256,5645288	353,2700930
49	108,5406 1785	145,8337343	198,4266626	272,9584006	378,9989995
50	112,79686729	152,6670837	209,3479957	290,3359046	406,5289295

TABLA C-4

VALOR ACTUAL DE LA ANUALIDAD $[1 - (1 + i)^{-n}]/i$

Períodos	Tipo i				
n	0,03 (3%)	0,04 (4%)	0,05 (5%)	0,06 (6%)	0,07 (7%)
1	0,97087379	0,96153846	0,95238095	0,94339623	0,93457944
2	1,91346970	1,88609467	1,85941043	1,83339267	1,80801817
3	2,82861135	2,77509103	2,72324803	2,67301195	2,62431604
4	3,71709840	3,62989522	3,54595050	3,46510561	3,38721126
5	4,57970719	4,45182233	4,32947667	4,21236379	4,10019744
6	5,41719144	5,24213686	5,07569207	4,91732433	4,76653966
7	6,23028296	6,00205467	5,78637340	5,58238144	5,38928940
8	7,01969219	6,73274487	6,46321276	6,20979381	5,97129851
9	7,78610892	7,43533161	7,10782168	6,80169227	6,51523225
10	8,53020284	8,11089578	7,72173493	7,36008705	7,02358154
11	9,25262411	8,76047671	8,30641422	7,88687458	7,49867434
12	9,95400399	9,38507376	8,86325164	8,38384394	7,94268630
13	10,63495533	9,98564785	9,39357299	8,85268296	8,35765074
14	11,29607314	10,56312293	9,89864094	9,29498393	8,74546799

Períodos	Tipo i				
n	0,03 (3%)	0,04 (4%)	0,05 (5%)	0,06 (6%)	0,07 (7%)
15	11,93793509	11,11838743	10,37965804	9,71224899	9,10791401
16	12,56110203	11,65229561	10,83776956	10,10589527	9,44664860
17	13,16611847	12,16566885	11,27406625	10,47725969	9,76322299
18	13,75351308	12,65929697	11,68958690	10,82760348	10,05908691
19	14,32379911	13,13393940	12,08532086	11,15811649	10,33559524
20	14,87747486	13,59032634	12,46221034	11,46992122	10,59401425
21	15,41502414	14,02915995	12,82115271	11,76407662	10,83552733
22	15,93691664	14,45111533	13,16300258	12,04158172	11,06124050
23	16,44360839	14,85684167	13,48857388	12,30337898	11,27218738
24	16,93554212	15,24696314	13,79864179	12,55035753	11,46933400
25	17,41314769	15,62207994	14,09394457	12,78335616	11,65358318
26	17,87684242	15,98276918	14,37518530	13,00316619	11,82577867
27	18,32703147	16,32958575	14,64303362	13,21053414	11,98670904
28	18,76410823	16,66306322	14,89812726	13,40616428	12,13711125
29	19,18845459	16,98371463	15,14107358	13,59072102	12,27767407
30	19,60044135	17,29203330	15,37245103	13,76483115	12,40904118
31	20,00042849	17,58849356	15,59281050	13,92908599	12,53181419
32	20,38876553	17,87355150	15,80267667	14,08404339	12,64655532
33	20,76579178	18,14764567	16,00254921	14,23022961	12,75379002
34	21,13183668	18,41119776	16,19290401	14,36814114	12,85400936
35	21,48722007	18,66461323	16,37419429	14,49824636	12,94767230
36	21,83225250	18,90828195	16,54685171	14,62098713	13,03520776
37	22,16723544	19,14257880	16,71128734	14,73678031	13,11701660
38	22,49246159	19,36786423	16,86789271	14,84601916	13,19347345
39	22,80821513	19,58448484	17,01704067	14,94907468	13,26492846
40	23,11477197	19,79277388	17,15908635	15,04629687	13,33170884
41	23,41239997	19,99305181	17,29436796	15,13801592	13,39412041
42	23,70135920	20,18562674	17,42320758	15,22454332	13,45244898
43	23,98190213	20,37079494	17,54591198	15,30617294	13,50696167
44	24,25427392	20,54884129	17,66277331	15,38318202	13,55790810

Períodos	Tipo *i*				
n	0,03 (3%)	0,04 (4%)	0,05 (5%)	0,06 (6%)	0,07 (7%)
45	24,51871254	20,72003970	17,77406982	15,45583209	13,60552159
46	24,77544907	20,88465356	17,88006650	15,52436990	13,65002018
47	25,02470783	21,04293612	17,98101571	15,58902821	13,69160764
48	25,26670664	21,19513088	18,07715782	15,65002661	13,73047443
49	25,50165693	21,34147200	18,16872173	15,70757227	13,76679853
50	25,72976401	21,48218462	18,25592546	15,76186064	13,80074629

TABLA C-5

RENTA MENSUAL VITALICIA CORRESPONDIENTE A UN CAPITAL DE 1.000 DOLARES

(interés supuesto del 3 % (1)

	Varones		Mujeres		Común y último superviviente (2)
Edad	10 años	20 conv.	10 años	20 conv.	
15	2,96	2,96	2,88	2,88	—
20	3,05	3,05	2,96	2,96	—
25	3,17	3,16	3,06	3,05	—
30	3,31	3,30	3,17	3,17	—
35	3,49	3,46	3,32	3,31	3,20
40	3,72	3,67	3,50	3,48	3,35
45	4,00	3,91	3,73	3,69	3,55
46	4,07	3,97	3,78	3,74	3,59
47	4,14	4,02	3,84	3,79	3,64
48	4,21	4,08	3,90	3,85	3,69
49	4,28	4,14	3,96	3,90	3,75
50	4,36	4,20	4,03	3,96	3,80

(1) Participando durante un período determinado. Puesto que la previsión en los costes entre los aseguradores es variable, estos datos deben tomarse sólo como ejemplos.

(2) Hombres y mujeres de la misma edad en vida solamente.

	Varones		Mujeres		Común y último superviviente
Edad	10 años	20 conv.	10 años	20 conv.	
51	4,44	4,26	4,10	4,02	3,86
52	4,53	4,32	4,17	4,08	3,93
53	4,62	4,39	4,25	4,14	3,99
54	4,71	4,46	4,33	4,21	4,06
55	4,81	4,52	4,42	4,28	4,14
56	4,92	4,59	4,51	4,35	4,22
57	5,03	4,66	4,61	4,42	4,30
58	5,15	4,73	4,71	4,50	4,39
59	5,27	4,80	4,82	4,57	4,49
60	5,40	4,87	4,94	4,65	4,59
61	5,53	4,94	5,06	4,72	4,70
62	5,68	5,00	5,19	4,80	4,82
63	5,83	5,07	5,33	4,88	4,95
64	5,98	5,13	5,47	4,95	5,08
65	6,15	5,18	5,63	5,02	5,23
66	6,32	5,24	5,79	5,09	5,39
67	6,50	5,28	5,96	5,15	5,56
68	6,68	5,33	6,14	5,21	5,74
69	6,88	5,36	6,33	5,27	5,94
70	7,07	5,40	6,53	5,32	6,15
71	7,27	5,42	6,73	5,36	6,38
72	7,48	5,45	6,94	5,40	6,63
73	7,68	5,46	7,16	5,43	6,91
74	7,88	5,48	7,38	5,45	7,21
75	8,08	5,49	7,60	5,47	7,53
80	8,94	5,51	8,64	5,51	—
85	9,42	5,51	9,32	5,51	—

Apéndice D
Bibliografía

PARTE I. NATURALEZA Y COBERTURA DEL RIESGO

Libros

FAULKNER, E. J. (ed.): *Man's Quest for Security*. Freeport, N. Y Books for Libraries, Inc., 1966.

GREENE, Mark R.: *Risk Aversion, Insurance, and the Future*. Bloomington: Indiana University Press, 1971.

HARDY, C. O.: *Risk and Risk-Bearing*. Chicago: University of Chicago Press, 1931.

HOFFMAN, Fredrick Ludwig: *Insurance Science and Economics*. Chicago: The Spectator Co., 1911.

KNIGHT, Frank H.: *Risk, Uncertainty, and Profit*. New York: Harper and Row Publishers, 1965.

KOGAN, N., and M. A. WALLACH: *Risk Taking—A Study in Cognition and Personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc., 1964.

MACDONALD, Donald L.: *Corporate Risk Control*. New York: The Ronald Press Company, 1966.

MEHR, Robert I., and Robert A. HEDGES: *Risk Management in the Business Enterprise*. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin. Inc., 1963.

PFEFFER, Irving: *Insurance and Economic Theory*. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1956.

WATSON, Donald, and D. HOMAN, *Insurance and Risk Management for Small Business*. Washington, D. C.: Small Business Administration, 1963.

WERBEL, B. G.: *General Insurance Guide.* New York: Werbel Publishing Company, annually, and supplements.
WILLETT, A. H.: *Economic Theory of Risk and Insurance.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1951.

Publicaciones periódicas

ALLEN, Tom C., and Richard M. DUVALL: «A Theoretical and Practical Approach to Risk Management—An Overview of the Risk Management Function». *Risk Management,* vol. 17, núm. 8 (octubre 1970), pp. 12-20.
CARSON, Ellis H.: «Insurance—A Pillar of the Social Structure». *The Annals of the Society of Chartered Property and Casualty Underwriters,* vol. 22, núm. 1 (marzo 1969), pp. 77-83.
CLARK, J. B.: «Insurance and Business Profit». *The Quarterly, Journal of Economics,* vol. VII (octubre 1892), pp. 40-54.
COOMBS, C. H., and S. S. KORMORITA: «Measuring Utility of Money Through Decision». *American Journal of Psychology,* vol. 71 (1958), pp. 383-389.
CROWE, Robert M., and Ronald C. HORN: «The Meaning of Risk». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. 34, núm. 3 (septiembre 1967), pp. 459-474.
FRENKEL-BRUNSWIK, Else: «Intolerance of Ambiguity as an Emotional and Perceptual Personality Variable». *Journal of Personality,* vol. 18 (1949), pp. 108-143.
FRIEDMAN, M., and L. J. SAVAGE: «The Utility Analysis of Choices Involving Risk». *Journal of Political Economy,* vol. LVI (1948).
GREENE, Mark R.: «Attitudes Toward Risk and a Theory of Insurance Consumption». *The Journal of Insurance,* vol. XXX, núm. 2 (junio 1963).
— «Insurance Mindedness—Implications for Insurance Theory». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. XXXI, núm. 1 (marzo 1964).
— «Marketing Research as and Aid to Insurance Management». *The Journal of Insurance,* vol. XXIV, núm. 3 (diciembre 1957).
— «Applications of Mathematics to Insurance and Risk Management». *The Journal of Insurance,* vol. XXVIII, núm. 1 (marzo 1961).
— «Pitfalls in Insurance Management». *Professional Management Bulletins,* Administrative Management Society (febrero 1970), pp. 1-6.
— «How to Rationalize Your Marketing Risks». *Harvard Business Review* (mayo-junio 1969), pp. 114-123.
HAWLEY, F. B.: «The Risk Theory of Profit». *The Quarterly, Journal of Economics,* vol. VII (julio 1893), pp. 459-479.
HEAD, George L.: «Property Insurance Deductibles, A Theoretical Model for the Corporate Buyer». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. XXXII, núm. 3 (septiembre 1965).
— «An Alternative to Defining Risk as Uncertainty». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. 34, núm. 2 (junio 1967), pp. 205-214.

HOFFLANDER, Alfred E., and Laurence L. SCHKADE: «A Rule for Least Cost Selection of Collision Deductibles». *The Annals of the Society of Chartered Property and Casualty Underwriters,* vol. 20, núm. 1 (marzo 1967), pp. 5-17.
HOUSTON, David B.: «Risk, Insurance, and Sampling». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. XXXI, núm. 4 (diciembre 1964).
— «Risk Theory». *The Journal of Insurance,* vol. XXVII, núm. 1 (marzo 1960).
KOMORITA, S. S.: «Factors Which Influence Subjective Probability». *Journal of Experimental Psychology,* vol. 58 (noviembre 1959), pp. 386-389.
MCCAHILL, F. X., Jr.: «Avoid Losses Through Risk Management». *Harvard Business Review,* vol. 2, núm. 3 (mayo 1971), pp. 57-65.
MCRELL, Robert J.: «Advantages of a Self-Insurance Program». *Risk Management,* vol. 17, núm. 8 (octubre 1970), pp. 23ff.
MOSTELLER, R. and P. NOGEE: «An Experimental Measurement of Utility». *Journal of Political Economy,* vol. 59 (1951), pp. 371-404.
PRESTON, M. D., and P. BARATTA: «An Experimental Study of the Auction-Value of an Uncertain Income». *American Journal of Psychology,* vol. 61 (1948), pp. 183-193.
RABEL, W. H.: «Increasing Knowledge as a Technique for Treating Risk». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. 36, núm. 2 (junio 1969), pp. 296-299.
REAVIS, Marshall W.: «The Corporate Risk Manager's Contribution to Profit». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. 36, núm. 4 (septiembre 1969), pp. 473-479.
RIM, Y.: «Social Attitudes and Risk-Taking». *Human Relations,* vol. 17, número 3 (1964), pp. 259-265.
SELDOW, Leona: «Inter-Relationship of Economics and Insurance». *The Annals of the Society of Chartered Property and Casualty Underwriters,* vol. XI, núm. 1 (febrero 1959).
STRAIN, Robert W.: «Insurance Pricing in Relation to Economic Theory». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. XXXIII, núm. 3 (septiembre 1966).
SWADENER, Paul: «Gambling and Insurance Distinguished». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. XXXI, núm. 3 (septiembre 1964).
WILLIAMS, C. Arthur, Jr.: «Attitudes Toward Speculative Risks as an Indicator of Attitudes Toward Pure Risks». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. 33, núm. 4 (diciembre 1966), pp. 577-586.
— and O. D. DICKERSON: «Game-Theory and Insurance Consumption». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. XXXIII, núm. 3 (septiembre 1966).

PARTE II. LA INSTITUCION DEL SEGURO

Libros

ATHEARN, James L.: *General Insurance Agency Management.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1965.

Best, A. M. Fire and Casualty Aggregates and Averages. New York: A. M. Best Company, annually.

BICKLEY, J. S.: *Trends and Problems in the Distribution of Property-Liability Insurance.* Columbus: Ohio State University, 1956.

BLUM, Albert A.: *Company Organization of Insurance Management.* New York: American Management Association, 1961.

DACY, Douglas C., and Howard KUNREUTHER: *The Economics of Natural Disasters.* New York: Free Press, 1969.

GIBBS, D. E. W.: *Lloyd's of London: A Study in Individualism.* New York: St. Martin's Press, 1957.

GOSHAY, Robert C.: *Corporate Self-Insurance and Risk Retention Plans.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1964.

— *Information Technology in the Insurance Industry.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1964.

HEINRICH, H. W.: *Industrial Accident Prevention,* 4th ed. New York: McGraw-Hill Book Co., 1959.

KENNEY, Roger: *Fundamentals of Fire and Casualty Strength.* Dedham, Mass.: Roger Kenney, 1957.

MARSHALL, Robert A.: *Life Insurance Company Mergers and Consolidations.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1972.

MCHILL, Dan M. (ed.): *All Lines Insurance.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1960.

MICHELBACHER, G. F., and Nestor ROOS: *Multiple-Line Insurers: Their Nature and Operation,* 2d ed. New York: McGraw-Hill Book Co., 1970.

REINMUTH, Dennis: *The Regulation of Reciprocal Insurance Exchanges.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1967.

Publicaciones periódicas

AMOS, William W., C. F. A.: «Recent Developments in Insurance Holding Company Concepts. *Financial Analysis Journal,* vol. 24, núm. 4 (julio-agosto 1968), pp. 35-38.

BICKELHAUPT, David L.: «The Maxi-Style of Insurance Marketing». *Best's Review,* vol. LXXI, núm. 10 (febrero 1971), pp. 26, 67-68.

GODDARD, Rusell P.: «Property and Liability Insurance Companies as Investing Institutions». *The Annals of the Society of Chartered Property and Casualty Underwriters,* vol. 24, núm. 3 (septiembre 1971), pp. 197-216.

GREENE, Mark R.: «The Effect of Insurance Settlements in a Disaster». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. XXXI, núm. 3 (septiembre 1964).

— «Research Problems for Insurance in the 1970's». *The Annals of the Society of Chartered Property and Casualty Underwriters* (diciembre 1971), pp. 293-312.

LONG, John D.: «Insurance and the New Morality». *The Annals of the Society of Chartered Property and Casualty Underwriters,* vol. XXIII, núm. 4 (diciembre 1970), pp. 303-321.

— «Mutual Property-Liability Insurers: Low Ceiling on Growth?» *Insurance Law Journal* (agosto 1970), pp. 472-491.

MAIN, Jeremy: «Why Nobody Likes the Insurers». *Fortune,* vol. LXXXII, núm. 6 (diciembre 1970), pp. 83-87.

MEHR, Robert I.: «The Effect of Mass Merchandising on the Agency System». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. XXXVII, núm. 1 (marzo 1970), pp. 142-147.

«Profile of an Independent Agent». *Independent Agent,* vol. 66, núm. 5 (enery 1969), pp. 19-21.

«The Risky Future at Lloyd's of London». *Business Week* (18 octubre 1969), pp. 102-108.

RODDA, William H.: «Insolvency Funds: A Desirable Security or a Needless Expense for the Policyholder?» *Business Insurance* (2 febrero 1970), pp. 21-22.

ROGERS, Paul P.: «The Structure of Soviet Insurance». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. 32, núm. 2 (junio 1965), pp. 237-254.

«The Stanford Report: Gearing Up for Action». *The American Agency Bulletin* (junio 1968).

ZUBAY, Eli A.: «Feasibility Study of Operations Research in Insurance». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. XXXII, núm. 3 (septiembre 1965).

PARTE III. BASES FUNDAMENTALES DEL CONTRATO DE SEGURO

Libros

BEADLES, William T., and Janice E. GREIDER: *Law and the Life Insurance Contract,* rev. ed. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1968.

FREEDMAN, Warren: *Richards on the Law of Insurance,* New York: Baker Voorhis and Company, 1952.

HEAD, George L.: *Insurance to Value.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1971.
HORN, Harold M., and D. Bruce MANSFIELD: *The Life Insurance Contract.* New York: Life Office Management Association, 1948.
HORN, Ronald C.: *Subrogation in Insurance Theory and Practice.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1964.
MCGILL, Dan M.: *Legal Aspects of Life Insurance.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1959.
PATTERSON, Edwin W.: *Essentials of Insurance Law.* New York: McGraw-Hill Book Company, Inc., 1957.
SCHWARTZSCHILD, Stuart: *Rights of Creditors in Life Insurance Policies.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1963.
VANCE, William R.: *Handbook on the Law of Insurance,* 3d ed., edited by Buist M. Anderson. St. Paul: West Publishing Company, 1951.

Publicaciones periódicas

DENENBERG, Herbert S.: «Insurance Regulation: The Search for Countervesting Powers and Consumer Protection». *The Insurance Law Journal,* núm. 566 (mayo 1969).
— «The Legal Definition of Insurance». *The Journal of Insurance,* volumen XXX, núm. 3 (septiembre 1963).
DUESENBERG, Richard W.: «Recent Developments in Insurance Law». *The Insurance Law Journal,* núm. 511 (agosto 1965).
GORMAN, John P.: «Cancellation of the Fire Insurance Policy». *The Insurance Law Journal* (abril 1966), pp. 220-228.
HINKLE, B. David: «The Meaning of Actual Cash Value». *The Insurance Law Journal,* vol. 1966, núm. 518 (marzo 1966), pp. 133-139.
JACKSON, Don M.: «Wrestling with Strict Liability». *The Insurance Law Journal,* vol. 1966, núm. 518 (marzo 1966), pp. 133-139.
LEVIT, Victor B.: «The Legal Climate for Insurance in the 1970's». *The Insurance Law Journal,* núm. 574 (noviembre 1970).
SALZMAN, Gary: «The Law of Insurable Interest in Property Insurance». *The Insurance Law Journal,* vol. 1966, núm. 522 (julio 1966), pp. 394-405.

PARTE IV. PRINCIPALES CONTRATOS DE SEGURO SOBRE PROPIEDAD Y RESPONSABILIDAD

Libros

BLUM, Walter J., and Harry KALVEN, Jr.: *Public Law Perspectives on a Private Law Problem: Auto Compensation Plans.* Boston: Little, Brown and Company, 1965.
Existing and Proposed Auto Insurance Systems, revised Fall, 1971. New York: Insurance Information Institute, 1971.
Fire, Casualty, and Surety Bulletins, 3 vols. Cincinnati: National Underwriter Company.
GORDIS, Philip: *Property and Casualty Insurance.* Indianapolis: Rough Notes Company, annually.
KEETON, Robert E., and Jeffrey O'CONNELL: *Basic Protection for the Traffic Victim.* Boston: Little, Brown and Company, 1965.
LONG, John D., and Davis W. GREGG (eds).: *Property and Liability Insurance Handbook.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1965.
MAGGE, John H., and David L. BICKELHAUPT: *General Insurance,* 8th ed. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1970.
— and Oscar SERBEIN: *Property and Liability Insurance,* 4th ed. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1967.
MEHR, Robert I., and Emmerson CAMMACK: *Principles of Insurance,* 5th ed. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1972.
RODDA, William H.: *Marine Insurance: Ocean and Inland,* 3d ed. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Inc., 1970.
— *Property and Liability Insurance.* Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Inc., 1966.
ROKES, Willis Park: *No-Fault Insurance.* Santa Monica: Insurors Press, 1971.

Publicaciones periódicas

BRAINARD, Calvin H.: «An Analysis of the Provisions of the Massachusetts No-Fault Law». *Best's Review,* vol. LXII, núm. 8 (diciembre 1970), páginas 42-44.
DECAMINADA, Joseph P.: «Pollution Law—It's Development and Effect on Insurance». *Best's Review,* vol. LXXI, núm. 11 (marzo 1971), pp. 22, 49-51.
DENENBERG, Herbert S.: «The 1970's—The Decade of No-Fault and the Year of the Dog». *Best's Review,* vol. LXXI, núm. 11 (marzo 1971), pp. 30-36.

Kelly, Ambrose B.: «Business Interruption Insurance». *Spectator,* vol. XVI, núm. 4 (julio-agosto 1969), pp. 32-36.
— «Insurance and Inflation». *Risk Management,* vol. 17, núm. 1 (enero 1970), pp. 32-40.
KNEPPER, William E.: «Some Observations on the Personal Liability of Professionals, Insurance Agents, Corporate Directors, and Officers for Misconduct and Malpractice». *Insurance Counsel Journal,* vol. 38, núm. 1 (enero 1971), pp. 39-48.
LENZ, Matthew, Jr.: «Umbrella Liability». *Spectator,* vol. CLXXVI, núm. 6 (junio 1968), pp. 48-52.
PAWLAK, Ronald R.: «Manufacturer's Design Liability: The Expanding Frontiers of the Law». *Risk Management,* vol. XVII, núm. 10 (diciembre 1970), pp. 8-13.
ROSENBLOOM, Jerry S., and J. FINLEY LEE: «Economic Consequences of Automobile Accident Injuries». *The Annals of the Society of Chartered Property and Casualty Underwriters,* vol. 24, núm. 2 (junio 1971), pp. 129-142.
ROSS, H. Laurence: «Social Problems of the Automobile». *The Annals of the Society of Chartered Property and Casualty Underwriters,* vol. 21, núm. 3 (septiembre 1968), pp. 227-234.
ROTTMAN, Dick L.: «History of Perpetual Fire Insurance». *The Annals of the Society of Chartered Property and Casualty Underwriters,* vol. XXIII, núm. 1 (marzo 1970), pp. 25-41.
WISE, Paul S., and Senator Philip A. HART: «The Case For/Against No-Fault Insurance». *Popular Science,* vol. 198, núm. 1 (enero 1971), pp. 56, 120.

PARTE V. SEGUROS DE VIDA Y DE ENFERMEDAD

Libros

BELTH, Joseph M.: *Participating Life Insurance Sold by Stock Companies.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1965.
BERNSTEIN, Merton C.: *The Future of Private Pensions.* New York: The Free Press of Glencoe, 1964.
BLACK, Kenneth, Jr.: *et al. Cases in Life Insurance.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1965.
DICKERSON, O. D.: *Health Insurance,* 3d ed. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1968.
EILERS, Robert D., and Robert M. CROWE (eds.).: *Group Insurance Handbook.* Homewood, Ill.: Dow Jones-Irwin, Inc., 1965.
— and Sue S. MOYERMAN (eds.): *National Health Insurance.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1971.

Employee Benefits 1970. Washington, D. C.: Chamber of Commerce of the United States, 1971.
Flitcraft Compend. Morristown: A. M. Best Co., annually.
GAGLIARDO, D.: *American Social Insurance,* rev. ed. New York: Harper & Brothers, 1955.
GREENE, Mark R.: *The Role of Employee Benefit Structures in Manufacturing Industry.* Eugene: University of Oregon, 1964.
GREENOUGH, William C., and Francis P. KING: *Benefit Plans in American Colleges.* New York: Columbia University Press, 1969.
GREGG, Davis W.: *Group Life Insurance,* 3d ed. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1962.
— *Life and Health Insurance Handbook,* 2d ed. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1964.
HAMILTON, James A., and Dorrance C. BRONSON: *Pensions.* New York: McGraw-Hill Book Company, Inc., 1958.
HOLLAND, Daniel M.: *Private Pension Funds; Projected Growth.* New York: Columbia University Press, 1966.
HUEBNER, S. S., and Kenneth BLACK, Jr.: *Life Insurance,* 8th ed. New York: Appleton-Century-Crofts, Inc., 1972.
INGRAHAM, Mark H., and Francis P. KING: *The Outer Fringe; Faculty Benefits Other Than Annuities and Insurance.* Madison: University of Wisconsin Press, 1965.
Life Insurance Fact Book. New York: Institute of Life Insurance, annually.
MCGILL, Dan M.: *Fulfilling Pension Expectations.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1962.
— *Fundamentals of Private Pension,* 2d ed. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1964.
— *Guaranty Fund for Private Pension Obligations.* Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1970.
— *Life Insurance,* 2d ed. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1967.
MEHR, Robert I.: *Life Insurance: Theory and Practice,* 4th ed. Austin: Business Publications, Inc., 1970.
MELONE, Joseph J., and E. T. ALLEN, Jr.: *Pension Planning: Pensions, Profit Sharing, and Other Deferred Compensation Plans,* 2d ed. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1972.
RUSSELL, George H., and Kenneth BLACK: *Human Behavior and Life Insurance.* Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, Inc., 1963.
Social Security Administration: *Social Security Programs Throughout the World,* 1969, Research Report núm. 31. Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1970.
SOMERS, Herman Miles, and Anne R. SOMMERS: *Doctors Patients, and Health Insurance.* Washington, D. C.: The Brooking Institution, 1966.

Source Book of Health Insurance Data. New York: Health Insurance Institute, annually.

STEPHENSON, Gilbert T.: *Estates and Trusts,* 4th ed. New York: Appleton-Century-Crofts, Inc., 1965.

1970 *Study of Industrial Retirement Plans, including Analysis of Complete Programs Recently Adopted or Revised.* New York: Bankers Trust Company, 1971.

TURNBULL, John G., Jr., *et al. Economic and Social Security,* 3d ed. New York: The Ronald Press Company, 1968.

United States Department of Health, Education, and Welfare, Division of Public Health Methods. *The National Health Survey,* 1935-1936: *Significance, Scope, and Method of Nationwide Family Canvass of Sickness in Relation to Its Social and Economic Setting.* Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1938.

U. S. Senate Committee on Finance: *Medicare and Medicaid; Problems, Issues, and Alternatives.* Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office, 1970.

Publicaciones periódicas

ANTLIFF, John C., and William C. FREUND: «Some Basic Research into Historical Results Under Pension Plans with Benefits Based on Common Stock Performance». *Journal of Finance,* vol. 22, núm. 2 (mayo 1967), pp. 169-191.

BELTH, Josehp M.: «Insurance Markets in a Decade of 'Naderism'». *Best's Review,* vol. 71, núm. 7 (noviembre 1970), pp. 30ff.

— «A Note on the Interest Adjusted Method». *The Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters,* vol. 25, núm. 4 (octubre 1971), pp. 74-75.

— «Price Competition in Life Insurance». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. XXXIII, núm. 3 (septiembre 1966).

BRAGG, John M.: «Life Insurance with Guaranteed Purchasing Power». *Best's Review,* vol. 72, núm. 4 (agosto 1971), pp. 10-12.

CHASTAIN, James J.: «The A. B. C's of Life Insurance Rate and Reserve Computation». *The Journal of Insurance,* vol. XXVII, núm. 4 (diciembre 1960).

DAVIS, Harry E.: «Negotiated Retirement Plans». *Monthly Labor Review,* vol. LXXXXII, núm. 5 (mayo 1969), pp. 11-15.

EILERS, Robert D.: «Medical Expense Coverage: A New Approach». *Wharton Quarterly,* vol. 3, núm. 4 (Summer, 1969), pp. 2-6, 39.

FALTERMAYER, Edmund K.: «Better Care at Less Cost Without Miracles». *Fortune,* vol. LXXXI, núm. 1 (enero 1970), pp. 80-83, 126-130.

GORDON, T. J., and R. E. LEBELU: «Employee Benefits, 1970-1985». *Harvard Business Review,* vol. 48, núm. 1 (enero-febrero 1970), pp. 93-107

GREENE, Mark R.: «Federal Income Taxes and the Variable Annuitant». *The Journal of Insurance,* vol. XXV, núm. 4 (febrero 1959).

— «Fringe Benefits or Salary?» *Journal of Marketing,* vol. 27, núm. 4 (octubre 1963), pp. 63-68.

— «Life Insurance Buying in Inflation». Proceedings of the 18th Annual Meeting, *Journal of the American Association of University Teachers of Insurance,* vol. XXI, núm. 1 (marzo 1954).

HEFFNER, Robert W.: «Tomorrow's Fringe Benefits; Predictions for 1980, a 30-hour Week, Two-month vacations, 15 Paid Holidays». *Best's Fire and Casualty News* (junio 1966), pp. 44-50.

HICKEY, Josehp A.: «A Report on State Unemployment Insurance Laws». *Monthly Labor Review,* vol. 95, núm. 1 (enero 1972), pp. 40-50.

HOFFLANDER, Alfred E.: «The Human Life Value: An Historical Perspective». *The Journal of Risk and Insurance,* vol. XXXIII, núm 3 (septiembre 1966)

KITTNER, Dorothy R.: «Changes in Health and Insurance Plans for Salaried Employees». *Monthly Labor Review.* vol. LXXXXII, núm. 2 (febrero 1970), pp. 32-39.

KOBLER, Jay: «Health Care and the Insurance Industry». *Best's Review,* vol. LXXII, núm. 1 (mayo 1971), pp. 61-68.

MEHR, Robert I., and Seev NEUMANN: «Life and Health Insurance—The Year 2000». *The Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters,* vol. 25, núm. 4 (octubre 1971).

NELLI, Humbert O.: «A New Look at the History of Personal Insurance». *The Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters,* vol. 23, núm. 3 (julio 1969), pp. 45-57.

OLSON, Douglas G., and Howard E. WINKLEVOSS: «Equity Based Variable Life Insurance». *Wharton Quarterly* (Summer, 1971), pp. 26-40.

PETTENGILL, Daniel W.: «Writing the Prescription for Health Care». *Harvard Business Review,* vol. XLIX, núm. 6 (noviembre-diciembre 1971), pp. 37-43.

PUDER, Virginia B.: «The Revolution Within the U. S. Life Insurance Industry». *Financial Analysis Journal,* vol. 26, núm. 4 (julio-agosto 1970), pp. 50-62.

RILEY, John W., Jr.: «Old Age in American Society: Notes on Health, Retirement, and the Anticipation of Death». *The Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters,* vol. 22, núm. 1 (enero 1968), pp. 27-32.

SKOLNIK, Alfred M., and Sophie R. DALES: «Social Welfare Expenditures». *Social Security Bulletin* (diciembre 1970), pp. 3-17.

WILLIAMS, James R.: «The Changing Environment for Health Insurance».

The Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters, vol. 22, núm. 4 (octubre 1968), pp. 9-16.

WOOD, Glenn L., and J. Finley LEE: «Mutual Funds and Variable Annuities: Consumer Purchase Decisions». *The Journal of the American Society of Chartered Life Underwriters*, vol. 23, núm. 1 (enero 1969), pp. 8-15.

PARTE VI. DISPOSICIONES GUBERNAMENTALES SOBRE SEGUROS

Libros

BLAIR, Franklin B: *Interpreting Life Insurance Company Annual Reports*. Bryn Mawr, Pennsylvania: American College of Life Underwriters, 1960.

CENTER, Charles C., and Richard M. HEINS (eds.): *Insurance and Government*. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc., 1962.

DENNEY, Richard L.: *et. al Federal Income Taxation of Insurance Companies*, 2d ed. New York: The Ronald Press Company, 1966.

HENSLEY, Roy J.: *Competition, Regulation, and the Public Interest in Non-life Insurance*. Berkeley: University of California Press, 1962.

KIMBALL, Spencer L., and Herbert S. DENENBERG: *Insurance, Government, and Social Policy: Studies in Insurance Regulation*. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1970.

Loss and Expense Ratios-Insurance Expense Exhibits. Albany: New York Insurance Department, annually.

MYERS, Robert: *Medicare*. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1970.

NELSON, Daniel: *Unemployment Insurance: The American Experience*, 1915-1935. Madison: University of Wisconsin Press, 1969.

O'CONNELL, Jeffery: *The Injury Industry and the Remedy of No-Fault Insurance*. Chicago: Commerce Clearing House, 1971.

SPIEGELMAN, M.: *Significant Mortality and Morbidity Trends in the United States Since* 1900. Bryn Mawr, Pennsylvania: American College of Life Underwriters, 1962.

STALSON, J. O.: *Marketing Life Insurance: Its History in America*. Homewood, Ill: Richard D. Irwin, Inc., 1969.

VANHOUSE, Charles L., and W. ROGERS HAMMOND: *Accounting for Life Insurance Companies*. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1969

WILLIAMS, C. A.: *Price Discrimination in Property and Liability Insurance*. Studies in Economics and Business, núm. 19. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1959.

Publicaciones periódicas

BRAINARD, Calvin H.: «Economic and Actuarial Explanations of Life Insurance Premium Computations». *The Journal of Insurance*, vol. XXX, núm. 2 (junio 1963).

DUBOIS, Frederic M.: «Where Do We Go From Here with F. A. I. R. Plans». *The Annals of the Society of Chartered Property and Casualty Underwriters*, vol. 24, núm. 4 (diciembre 1971), pp. 355-369.

FORBES, Stephen W.: «Rates of Return in the Non-Life Insurance Industry». *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 38, núm. 3 (septiembre 1971), pp. 409-422.

«The Future of Federalism in Insurance Regulation». *Best's Review*, vol. 71, núm. 8 (diciembre 1970), pp. 11-14.

GOODMAN, Oscar: «Misstatement of Age Clause in Life Insurance Contracts». *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 38, núm. 1 (marzo 1971), pp. 147-152.

HURLEY, Robert L.: «A Credibility Framework for Gauging Fire Classification Experience». *Proceedings of the Casualty Actuarial Society*, volúmenes XLI, LXXV, and LXXVI (1954).

«Insurance: The Mutuals vs. the Stocks Companies». *Forbes*, vol. CIX, número 3 (1 febrero 1972), pp. 41-42.

KELLY, A. B.: «How Factory Mutual Rates are Established». *National Insurance Buyer*, noviembre 1957.

KLEILER, Frank M.: «Regulation of Private Pension Plans in Europe». *Monthly Labor Review*, vol. LXXXXIV, núm. 4 (abril 1971), pp. 33-39.

LANGE, J. T.: «General Insurance Liability Ratemaking». *Proceedings, Casualty Actuarial Society* (mayo 1966), pp. 26-60.

MCCORMICK, Roy C.: «Federal Crime Insurance Examined». *Rough Notes*, vol. CXIV, núm. 8 (agosto 1971), pp. 18, 60-64.

QUINN, Niel K., and Frederick W. ALLEN: «Analysis of the Illinois Plan: Provisions, Practices, and Problems». *The Insurance Law Journal*, número 588 (enero 1972), pp. 7-20.

SCOTT, David G.: «Life Insurance and Accounting Statements. *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 37, núm. 3 (septiembre 1970), pp. 447-450.

SMITH, Willis J.: «Federal Automobile Insurance». *Insurance Counsel Journal*, vol. 38, núm. 3 (julio 1971), pp. 413-421.

STERN, H. R.: «The McCarran Act 20 Years After». *The Insurance Law Journal* (octubre 1966), pp. 605-614.

STERN, Philipp K.: «Current Rate Making Procedures for Automobile Liability Insurance». *Proceedings of the Casualty Actuarial Society*, volúmenes XLIII, LXXIX, and LXXX (1956).

STEWART, Richard E.: «Ritual and Reality in Insurance Regulation». *The Insurance Law Journal*, núm. 553 (febrero 1969), pp. 85-92.
WILLIAM, C. Arthur: «Insurance Rate Regulation—A New Era?» *The Annals of the Society of Chartered Property and Casualty Underwriters*, vol. 22, núm. 3 (septiembre 1969), pp. 203-219.

PARTE VII. SEGURO INTERNACIONAL

Libros

AFIA Guide Europe. New York: American Foreign Insurance Association, 1968.
AFIA Guide Latin America. New York: American Foreign Insurance Association, 1968.
AFIA Guide Pacific. New York: American Foreign Insurance Association, 1967.
FARMER, Richard N.: *et al.* (eds.). *World Population—The View Ahead*. Bloomington: Indiana University, 1968.
GLASS, Hardy F.: *International Insurance: A Tribute to Professor Alfred Manes*. New York: International Insurance Monitor, 1960.
HART, Carole S.: *Sourcebook on International Insurance and Employee Benefit Management*, vol. I. New York: American Management Association, Inc., 1967.
Supervision of Private Insurance in Europe. Paris, France: Organization for Economic Co-operation and Development Publications, 1963.
United States Department of Health, Education, and Welfare; Social Security Administration. *A Report on Social Security Programs in the Soviet Union*. Washington, D. C.: United States Government Printing Office, 1960.
WELLS, Robert: *Sourcebook on International Corporate Insurance and Employee Benefit Management*, vol. II. New York: American Management Association, Inc., 1968.
WHITMAN, Marina von Neumann: *Government Risk-Sharing in Foreign Investment*. Princeton: Princeton University Press, 1965.
— *The United States Investment Guarantee Program in Private Foreign Investment*. Princeton: Princeton University Press, 1959.
YAICHKOV, Konstantin: *Rights Accruing From Loss of Health*. Moscow, U. R. S. S.: Progress Publishers, 1969.

Publicaciones periódicas

ALDRICH, C. Frank: «The World Insurance Industry as a Single Market». *Best's Review*, vol. LXXI, núm. 2 (junio-julio 1970).
«Avoiding Expropriation Loss». *Harvard Law Review* (junio 1966), pp. 1666-1688.
BOYLAN, Francis X.: «Fundamentals of Export Credit Insurance». *Risk Management*, vol. 18, núm. 8 (octubre 1971), pp. 38-41.
BROWN, Philip J., Jr.: «The Role of the U. S. Broker in Europe». *International Insurance and Employee Benefit and Pension Management* (1966), pp. 6-11.
«The Ceylon Oil Expropriations». *American Journal of International Law* (abril 1964), pp. 445-449.
DAVIS, James S.: «Protection for Overseas Construction Risks». *The Annals of the Society of Chartered Property and Casualty Underwriters*, vol. 23, núm. 3 (septiembre 1970), pp. 223-234.
«Foreign Insurers Find U. S. a Fertile Area for Sales». *Wall Street Journal* (30 noviembre, 1961), p. 1.
GERDES, Victor: «Social Security in Developing African Nations». *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 32, núm. 3 (septiembre 1965), pp. 455-463.
«Foreing Insurers Find U. S. a Fertile Area for Sales». *Wall Street Journal* (noviembre 30, 1961), p. 1.
GERDES, Victor: «Social Security in Developing African Nations». *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 32, núm. 3 (septiembre 1965), pp. 455-463.
GREENE, Mark R.: «The Spanish Insurance Industry—An Analysis». *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 39, núm. 2 (junio 1972).
— «Export Credit Insurance—Its Role in Expanding World Trade». *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 32, núm. 2 (junio 1965), pp. 177-193.
— «International Levels of Employee Benefit». *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 35, núm. 1 (marzo 1968), pp. 1-15.
HOFFLAMDER, Alfred E.: «International Insurance: Some Needs and Developments». *The Insurance Law Journal* (abril 1970), pp. 197-204.
KIMBALL, S. L.: «Comparative Study of American and European Insurance Regulation». *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 32, núm. 2 (junio 1965), pp. 195-210.
KOIKE, Teiji: «Non-Life Insurance in Japan». *The Review*, vol. 101, número 4302 (17 abril 1970), pp. 470-472.
MCCLELLAND, R. B.: «A Comparison of U. S. Business Interruption and British Profits Insurance». *The Annals of the Society of Chartered Property and Casualty Underwriters*, vol. 20, núm. 1 (marzo 1967), pp. 19-32.

MANTON, E. A. G.: «Insuring American Risks Abroad». *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 32, núm. 3 (septiembre 1965), pp. 447-453.
MEYERS, R. J.: «Voluntary Insurance in the U.S.S.R.»: *The Eastern Underwriter* (22 mayo 1959).
MORONE, James A.: «The Argentinian Insurance Market». *The National Insurance Buyer* (septiembre 1965).
«New Wave of Nationalization Facing U. S. Industries». *Magazine of Wall Street* (15 mayo 1965), pp. 223-226.
«OPIC Insurance—$2,4 Billion of Political Risk Coverage». *Best's Review*, vol. 72, núm. 11 (marzo 1972), pp. 24-30.
OWENS, B. D.: «Legal Aspects of International Life Insurance». *The Journal of Risk and Insurance*, vol. XXXI, núm. 2 (junio 1964).
PARKER, Alan: «Insurer's Changing World». *The Banker* (enero 1968), pp. 34-40.
PUTMAN, Harrington: «Key Facts of Foreign Insurance». *The National Insurance Buyer* (julio 1964).
— «Management's Stake in International Insurance». *Worldwide P & I Planing* (marzo-abril 1967).
ROGERS, Paul P.: «The Structure of Soviet Insurance». *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 32, núm. 2 (junio 1965).
ROOT, Franklin: «The Expropriation Experience of 38 American Companies». *Business Horizons* (abril 1968), pp. 69-79.
SCHWARTZ, R.: «Worldwide Corporate Insurance Program». *International Insurance Monitor* (enero-febrero 1967), pp. 10-18.
SEKIDO, Kozo: «Japanese Non-Life Insurance Market Structure». *The Annals of the Society of Property and Casualty Underwriters*, vol. 20, núm. 3 (septiembre 1967), pp. 279-283.
VAUGHAN, Emmett J.: «Social Insurance in Yugoslavia». *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 32, núm. 3 (septiembre 1965), pp. 385-393.
WEESE, Samuel A.: *Non-Admitted Insurance in the United States*. Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, Inc., 1971.

MAPFRE ESTUDIOS



MAP 10-GRE-RIE
5831



COLECCION TEMAS DE SEGUROS



EDITORIAL **MAPFRE**