

- 5 - Como ya hemos señalado, el Control Técnico debe detectar las desviaciones que puedan originar un desequilibrio económico coyuntural o permanente.

El Control puede basarse en los documentos contables que con cierta periodicidad, por lo menos anual, determinan un resultado económico que permite detectar la existencia de un desequilibrio o incluso orientan con bastante exactitud sobre sus causas periódicas.

No obstante, no podemos considerar satisfactorio un control técnico basado en los documentos contables dada la poca periodicidad con que normalmente se producen y la insuficiencia de datos técnicos que proporcionan.

Es recomendable crear una vía de carácter estadístico, independiente de la contable aunque paralela, que proporcione los datos con la frecuencia y detalle conveniente para los efectos técnicos que se pretenden.

- 6 - Una vez detectada la existencia de una desviación técnica y su origen, entra en acción el segundo aspecto del control, la adopción de medidas correctoras tendientes a restituir el equilibrio técnico; pueden actuar sobre los riesgos a asegurar o ya asegurados, sobre los siniestros, sobre la administración general y los gastos de distribución (para reducir costos), etc.

Por su naturaleza eminentemente técnica consideraremos únicamente el "control de riesgos" y el "control de siniestros".

- 7 - El control de riesgos como conjunto de medidas que actúan en relación con los riesgos asegurados y tienden a corregir desviaciones, recibe el nombre de "Selección de riesgos" y opera en dos etapas:

Selección previa.- Mediante normas adecuadas se evita la contratación de seguros sobre los riesgos o con las garantías que se hayan detectado son origen de desviaciones.

Selección a posteriori.- Actúa mediante la anulación de los contratos de seguro cuya reiteración de siniestros denuncie la inadecuación de la prima a las características del riesgo.

- 8 - Interesa señalar que muchas de estas medidas de autodefensa de las Aseguradoras no serían esenciales si pudiesen utilizar plenamente su capacidad técnica para adaptar las primas a la gravedad real y actualizada de los riesgos.

Es cierto que a cada seguro le corresponde un precio pero cuando no se puede percibir el precio justo la única solución es no aceptar el seguro.

- 9 - El "control de siniestros" es otro aspecto importante del control técnico.

En su aspecto global el control de siniestros se estudia a través de los siguientes índices:

- a) Índice de siniestralidad.- Porcentaje que representa el costo de los siniestros sobre las primas.
- b) Índice de frecuencia.- Número de siniestros que se producen por cada 100 pólizas en vigor.
- c) Índice de intensidad.- Costo promedio de cada siniestro.

La adecuada determinación de estos índices por zonas geográficas y/o por clases de riesgos homogéneos permite detectar la existencia de desviaciones y su origen; de estos estudios se derivan las normas de "selección de riesgos" anteriormente citadas.

- 10 - Por su especial importancia debemos citar los efectos negativos que la inflación ejerce sobre el "índice de intensidad" y por lo tanto, sobre el equilibrio técnico de algunos seguros, muy especialmente al de Autoséviles.
- 11 - El proceso lógico del estudio es determinar el índice de siniestralidad y en el caso de ser elevado determinar los índices de frecuencia y de intensidad, ya que las medidas correctoras de la desviación son distintas según proceda de uno u otro.
- 12 - En muchas clases de seguros no hay número suficiente de riesgos o de siniestros para que los índices de frecuencia y de intensidad sean significativos y en estos casos es preciso acudir a la observación directa e individual de los siniestros para determinar la gravedad de los riesgos y adoptar las medidas de selección adecuadas. Esta observación directa no forma parte del control global de siniestros que estamos comentando, sino que se integra en el control individual que pasamos a exponer.
- 13 - El control individual de siniestros tiene varias facetas que aunque se realizan simultáneamente persiguen distintos objetivos.

Por una parte, el control realizado sobre un siniestro forma parte de su tramitación en cuanto tiene por objeto la determinación de los daños indemnizables y la prestación al Asegurado del servicio que se deriva de su seguro.

Paralelamente, la intervención de los servicios técnicos de la Aseguradora permite determinar la existencia de factores que pueden representar un peligro de desviación técnica en riesgos similares y que una vez estudiados pueden servir de base para dictar una norma de "selección de riesgos". En este aspecto, el control individual de siniestros es una fuente inestimable de información para reducir o eliminar desviaciones.

- 14 - Como resumen de este tema resaltaremos la necesidad de establecer un rígido control de siniestros (global e individual) que será la fuente de información para que el control de riesgos establezca las normas de selección (previas y a posteriori) que permiten evitar o corregir desviaciones técnicas (coyunturales o permanentes) y por tanto mantener el equilibrio económico de la empresa Aseguradora.

PARTE SEGUNDA - La empresa de Seguro de Automóviles.

- 1 - La estructura y organización territorial de una Aseguradora que trabaje al Seguro de Automóviles están condicionados de forma importante por la movilidad del objeto asegurado, por el alto índice de frecuencia de siniestros y por el principio de servicio al Asegurado que domina en este seguro.
- 2 - Los factores indicados determinan las características del seguro y de las empresas que lo practican.

- La frecuencia de siniestros es origen de que una parte importante de la actividad de la Aseguradora sea dedicada a la tramitación de siniestros.

- El hecho de que la Aseguradora haya de prestar su garantía y servicio en el lugar donde se haya producido el siniestro obliga a adoptar sistemas de organización territorial que no son habituales en otros seguros.

- La garantía del seguro de Automóviles no se limita a la compensación económica de los daños y por ello el factor servicio, y mejor, "servicio próximo" es un aspecto fundamental de las relaciones entre Asegurado y Asegurador.

Pueden por lo consiđerarse como características específicas de estas empresas:

- La importancia de los servicios de atención de siniestros.

- La amplitud de su organización territorial (o adaptación de ella) que las sustituyen).

- La prestación de un servicio que excede de los meros aspectos económicos del seguro.

- 3 - La tramitación de siniestros de Automóviles ha influido sobre el sistema de distribución del Seguro en mayor medida que los aspectos comerciales. Una aseguradora con cierta especialización en Automóviles debe adaptar su organización de ventas a las necesidades de la tramitación de siniestros. Tales necesidades han sido atendidas en general por los siguientes medios:

- a) Organización de Agencias o Delegaciones a comisión.

- b) Organización de Oficinas directas de la entidad, generalmente de ámbito provincial.

- c) Mediante convenios con profesionales independientes (abogados, procuradores, peritos) cuando no se dispone de una organización territorial propia.

El seguro de Automóviles es el que más ha contribuido a que se hayan adoptado estructuras descentralizadas durante los últimos años.

- 4 - La distribución o venta del Seguro de Automóviles tiene también facetas características. Los sistemas normales son:
- a) A través de Agentes profesionales y subagentes.
 - b) Mediante venta directa por las oficinas de la entidad.
 - c) A través de vendedores de vehículos y entidades de financiación.

Debemos señalar la importancia del apartado c) en el pasado y su lenta pero progresiva tendencia a ser sustituido por los dos primeros.

- 5 - La importancia económica del Seguro de Automóviles (40% del total de primas), su elevado índice de crecimiento y el margen de beneficio que hace unos años ofrecía, dieron lugar, en unión de la obligatoriedad de las primas, a que la competencia entre las entidades se manifestase en la distribución y no en la oferta de productos. Esta situación originó una sobrestimación de la función de venta manifestada mediante la concesión de comisiones elevadas.

Al regularse el seguro Obligatorio y el Complementario de Responsabilidad Civil se establecieron comisiones máximas que no sólo se han cumplido sino que en la actualidad están asociadas a un proceso de reducción que refleja la preocupación de las aseguradoras por el desequilibrio económico de este ramo.

- 6 - La situación del Seguro ha restado importancia a los aspectos comerciales que, como ya hemos indicado, han quedado supeditados a los aspectos técnicos de tramitación de siniestros y a los administrativos.

Si en una entidad dedicada al Seguro de Vida debe considerarse fundamentalmente su organización de ventas, en una de Automóviles es más importante la organización de sus servicios técnico-administrativos y especialmente los de siniestros.

- 7 - El Seguro de Automóviles no ofrece dificultades técnicas en cuanto a emisión de pólizas y aplicación de tarifas. Esto ha permitido reducir notablemente los gastos de esta labor mediante la mecanización y emisión de pólizas por ordenador. En consecuencia, es un seguro que no exige un elevado nivel profesional en estos aspectos técnico-administrativos.

- 8 - En cambio, la atención de los siniestros exige una alta especialización, tanto en los servicios centrales -especialmente en un sistema centralizado- como en los periféricos.

En cualquiera de los servicios -centrales o no- existen cuatro figuras fundamentales:

- a) Jefe de Siniestros.
- b) Letrado.
- c) Perito.
- d) Encargado del control de lesionados.

El jefe de siniestros y el de control de lesionados son esenciales

El letrado puede ser también empleado, especialmente en los servicios centrales, pero en los provinciales es generalmente un profesional no incluido en nómina de la entidad.

El perito es generalmente un profesional al servicio de varias entidades pero en algunas se ha organizado ultimamente un cuerpo de perito-empleados provinciales al servicio exclusivo de la entidad que los incluye en su nómina.

Por su repercusión sobre el equilibrio del ramo conviene resaltar la figura del encargado de controlar los lesionados en accidentes de tráfico en que la Aseguradora esté implicada. Como integrantes de este servicio, generalmente con carácter eventual, podrá incluir un médico, cuya colaboración es precisa en algunos casos.

- 9 - En un sistema descentralizado es normal que en cada oficina provincial exista un departamento con la estructura indicada y con los auxiliares administrativos que en cada caso correspondan.

Los departamentos provinciales tramitan autónomamente los siniestros cuya cuantía (o complejidad) no exceda de los límites que se les haya autorizado.

Los siniestros más graves, o más complejos, son sometidos al Departamento Central, que tiene la misma estructura pero con escaso personal administrativo.

- 10 - En un sistema centralizado la autonomía de las oficinas (o Agentes) provinciales es reducida y por lo tanto, el nivel profesional de los empleados administrativos puede ser inferior. En ese caso, el Departamento Central tiene mayor importancia ya que ha de intervenir en la mayor parte de los siniestros.

- 11 - Las características y circunstancias económicas del Seguro de Automóviles dan lugar a que los principios del Control Técnico adquieren en él especial relieve. Por esta razón debe preverse en la estructura de la Aseguradora de Automóviles la existencia de un Departamento de Control Técnico o por lo menos asignar esta importante función a algún alto empleado cuyo misión será estudiar los datos proporcionados por los servicios administrativos y proponer las medidas correctoras que proceda.

AUTOMOVILES - CUADRO GENERAL DE SELECCION DE RIESGOS -

C O N C E P T O S :	SOA	V O L U N T A R I O						O B S E R V A C I O N E S
		R. C.		D A N O S P R O P I O S				
		ILIMI TADA	HASTA 1000000	SINFRAN QUICIA	CON FRANQUICIA MINIMA	CON FRANQUICIA MEDIA	CON FRANQUICIA MAXIMA	
ACTORES Y CAMIONES AUTORIZADOS PARA EL -- INSORTE DE PERSONAS.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	Exigir siempre autorización oficial pa ra transporte de personas.
COBUSES Y MICROBUSES, URBANOS E INTERURBA-- S.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
MGONETAS MIXTAS Y VEHICULOS DE ALQUILER - ORIZADOS PARA MAS DE 6 PLAZAS.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
IONES TIR. Y SALIDA AL EXTRANJERO.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
IONES TIPO MUMPER Y MAQUINARIA DE C.P. Y- ESTRUCION.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	El importe de la franquicia lo determi- nará Central caso por caso.
IONES TRANSPORTANDO MERCANCIAS INFLAMABLES FLISIVAS O FALIGROSAS.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
IONES TRANSPORTE DE PESCADO, NO FRIGORIFI- S.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
ULANCIAS EN POBLACIONES DE MAS DE 200.000 ITANTES.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
ICULOS DE AQUILER SIN CONDUCTOR	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
LI CON TAXIMETRO Y AUTOMOVILES GRAN TURISMO GRANDES CIUDADES.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
ICULOS DEPORTIVOS O PREPARADOS.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	El importe de la franquicia lo determi- nará Central caso por caso.
ICULOS CON CARROCERIA DE FOLLESTER.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	El importe de la franquicia lo determi- nará Central caso por caso.
IONES S.P. LARGA DISTANCIA.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
IONES TRANSPORTE DE GANADO.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
DUCTORES CON EDAD INFERIOR A 21 AÑOS.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
DUCTORES CON ANTIGUEDAD CARNET INFERIOR A AÑO.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	
SOCICLETAS Y CICLOMOTORES.	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	No se acepta SOA solamente

CURSO DE ORGANIZACION DE EMPRESAS DE SEGUROS

TEMA - 10 LA EMPRESA ASEGURADORA DE RIESGOS INDUSTRIALES

I - RIESGOS INDUSTRIALES

1. CONCEPTO

- Por el propio carácter industrial de la entidad aseguradora.
- Por su gran volumen.
- Por su especial complejidad técnica.

2. PRINCIPALES RIESGOS INDUSTRIALES

Breve descripción de las coberturas más importantes y usuales en el mercado.

II - CARACTERISTICAS BASICAS DE LA EMPRESA ASEGURADORA DE RIESGOS INDUSTRIALES.

1. ALTA CUALIFICACION TECNICA

- Se requiere:

- . Equipo humano muy especializado en Central.
- . Infraestructura administrativa flexible.
- . Red comercial eficiente.

- Ello es preciso para:

- . Análisis y tarificación de riesgos.
- . Prevención de pérdidas.
- . Evaluación de daños.
- . Complejidad de las operaciones técnico-administrativas.
- . Administración de la dispersión del riesgo.
- . Captación de la existencia del riesgo.
- . Conocimiento de las coberturas más adecuadas para ser ofertadas.
- . Evaluación aproximada del coste de la cobertura.
- . Exito frente a la competencia.

- Para ello es necesario:

- . Permanente formación en Central.
- . "Descentralización" permanente de conocimiento

2. RED DE VENTAS

- Propia.
- Agentes o corredores.

3. CONTROL DE SINIESTROS

- Resultados técnicos ("Ratios" de Sinistralidad).
- Resultados de gestión ("Escandallos" de administración y distribución). VER ANEXO.

4. SERVICIOS DE INSPECCION

- Estudio de riesgos.
- Prevención de daños.
- Evaluación de Sinistros.

5. FIEXIBILIDAD OPERATIVA

- Para oferta de "nuevos productos".
- Para adaptación a necesidades del mercado.

6. CAPACIDAD DE SUSCRIPCION DE RIESGOS

- Coaseguro.
- Reaseguro.

III - ESQUEMA ORGANICO DE UNA EMPRESA ASEGURADORA DE RIESGOS INDUSTRIALES

VER ANEXO.

IV - DISTRIBUCION DEL SEGURO DE R. INDUSTRIALES

1. Organización propia.
2. Ejecutivos especialistas.
3. Agencias libres o corredores.
4. Venta directa.

V - LA COMPRA DEL SEGURO DE R. INDUSTRIALES
- GERENCIA DEL RIESGO -

1. ESTIMACION DE LAS PERICULAS POSIBLES

- Detección de los riesgos.
- Apreciación de su dimensión.
- Estimación de su frecuencia.

2. TRATAMIENTO DEL RIESGO

- Asunción del riesgo.
- Reducción del riesgo.
- Eliminación del riesgo.
- AUTOSEGURO:
 - . Masa de riesgos
 - . Homogeneidad
 - . Dotación económica de un fondo de reserva.
 - . Control estadístico.
- TRANSFERENCIA DEL RIESGO: SEGURO

3. GERENCIA DEL SEGURO

- a). Decisión del tipo y cuantía de la cobertura.
- b). Selección de Agente o Corredor y Asegurador.
- c). Negociación de la cobertura.
- d). Análisis y selección de medios para reducir el - coste de la cobertura.
- e). Comprobación de los términos del contrato.
- f). Control de la peritación y tasación de los daños.
- g). Mantenimiento de estadísticas de resultados.

VI - RELACION CON GRANDES EMPRESAS ASEGURADAS1. CLASES DE GRANDES ASEGURADOS

- Sectores de actividad económica.

2. CAPTACION DEL CLIENTE

- Competencia de mercado.
- Captación activa.
- Captación pasiva.

3. DETECCION DEL RIESGO

- Riesgos de cobertura obligatoria.
- Riesgos clásicos.
- Riesgos especiales.
- ¿Cómo se detecta el riesgo?

4. EXAMEN DEL RIESGO

- Estudio físico.
- Estudio técnico asegurador.
- El informe interno.
- Insuficiencia de la propuesta clásica.

5. EVALUACION DEL RIESGO

- Limitación de coberturas.
- Fijación de sumas aseguradas.
- Evaluación cualitativa.
- Evaluación técnica del riesgo.
- Complejidad de las tarifas.
- Crítica y alabanza de las tarifas.

6. OFERTA DEL SEGURO

- El proyecto de seguro.
- El asesoramiento.

7. DISCUSION DEL SEGURO

- Estudio de la oferta.
- Intervención de otros interesados.
- Oferta definitiva.

8. EMISION DE LA POLIZA

- Sistema de emisión.
- Características del contenido.
- Período intermedio.
- Firms.

9. CONTROL DEL RIESGO

- Inspección periódica.
- Servicio de asesoramiento.
- Servicio de formación.

10. INDEMNIZACION

- El siniestro como perfección del contrato.
- La peritación.
- La problemática de la peritación.

VII - EL BROKER DE SEGUROS INDUSTRIALES

1. CONCEPTO DE BROKER

- El agente
- El corredor profesional.

2. FUNCIONES DEL BROKER

- Funciones generales.
- El broker como intermediario.
- La especialización.
- El servicio.

3. LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

4. COORDINACION

-----OO-----

JC/FM
mfv
12-2-75

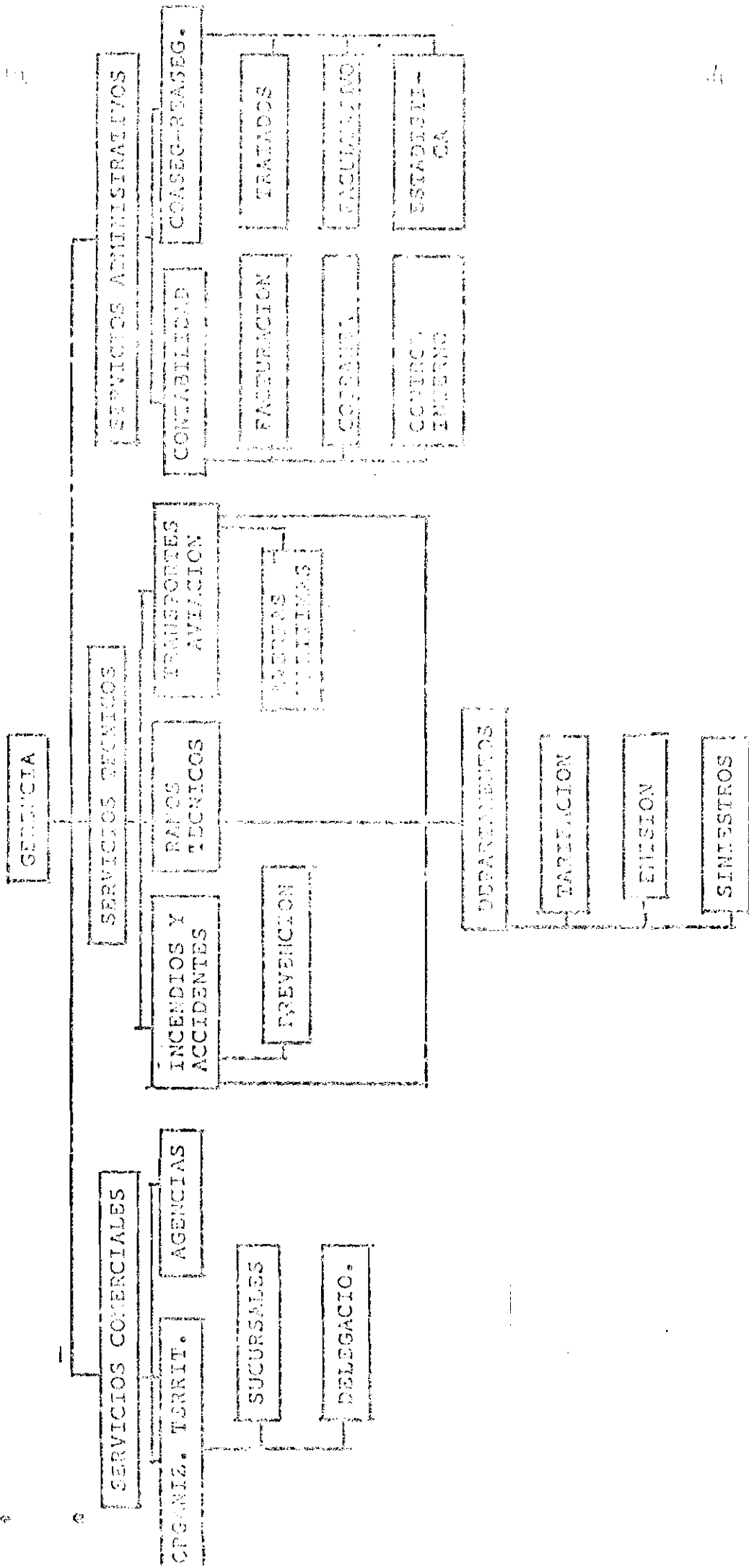
MODELO DE "ESCADALLO" PARA CONTROL DE COSTES DE GESTION

(EN PORCENTAJES SOBRE PRIMAS)

	GASTOS GESTION INTERNA		GASTOS GESTION EXTERNA			TOTAL GASTOS (D + E + F + G + H)	BEVEN. ESPEC. J	GASTOS METOS K(I+J)	COMIS. REASIG. L	MARGEN BRUTO M
	ADMON. A	PERS. B	RESTO C	SUMA D	COVIS. E					
RAMOS O ABERTURAS BASICAS	5.5%	4.3%	0.5%	10.3%	25%	4%	1%	30%	40%	3%
INCENDIOS(1)										
INC. CIVIL										
INC. TECNIC.										
MERCANCIAS										
MASCOS										
MUACION										
MUNICIPAL										
RESTO RAMOS										

1) Porcentajes supuestos.

ESQUEMA ORGANICO DE UNA EMERESA ASEGURADORA DE S. INDUSTRIALES



Como dice el profesor Tamames, la inflación es una fiebre y no una enfermedad, es un mal que se acepta, (por supuesto se refiere a la inflación dentro de unos límites).

Es conocido que la inflación perjudica a los ahorradores y muy especialmente a los pensionistas que dejan de percibir ingresos actualizados, pero no hay que olvidar que muchas empresas y otros tantos particulares están interesados en que siga el proceso inflacionista, especialmente las economías que están comprometidas en el acceso a la propiedad, pues su cuota o compromiso fijo anual porcentualmente disminuye en relación al aumento del salario en términos monetarios. Por otro lado si el capital o intereses del ahorro de los particulares fueran sometidos a índices, los préstamos también estarían sometidos a índices, lo que reduciría considerablemente el beneficio de la empresa. En otras palabras, para combatir la inflación hay que enfrentarse en alguna medida a los que tienen interés en mantenerla.

Creo no debemos extendernos en el fenómeno económico de la inflación, que a estos efectos lo entendemos como el aumento periódico de precios y salarios, sobradamente conocido por todos y, en esta ocasión trataremos de su influencia en relación al Seguro de Vida que como toda operación a medio y largo plazo, donde el factor tiempo es un elemento básico, su incidencia es decisiva.

La inflación erosiona los capitales asegurados en pólizas de Vida, si bien es cierto que las primas periódicas fijas a medida que transcurren los años suponen menor sacrificio o desembolso real para el Contratante, pero es evidente y la experiencia lo ha sancionado repetidamente, que el capital percibido al vencimiento del contrato o al fallecimiento del Asegurado, en términos reales o en poder adquisitivo, resultará a todas luces muy inferior al capital en términos reales que consideró necesitaba el Contratante al suscribir la póliza.

Dentro del sector de Seguros de Vida podemos hablar de tres grandes grupos de modalidades que denominamos:

Seguros de riesgo (Temporales)

Seguros de ahorro (Diferidos-Rentas)

Seguros mixtos (mezcla de proceso de ahorro y riesgo).

no entramos en detalles sobre las características de cada grupo por haber sido ya tratado dentro de la temática del curso.

Como es lógico la inflación afecta desfavorablemente a cada uno de los tres grupos mencionados, pero las soluciones previstas para poder paliar sus efectos negativos son distintas según se trate de modalidades puras de riesgo frente a modalidades de ahorro o mixtas.

En el caso de modalidades de riesgo se han arbitrado soluciones sencillas y muy prácticas, como veremos más adelante, que eliminan automáticamente el problema de la depreciación de los capitales asegurados, en base a revalorizar anualmente las prestaciones en función ^{de} índices de precios o de coste de vida, que los actualizan a cambio de incrementar las primas futuras en la misma proporción que la correspondiente a la elevación periódica de los capitales.

En las modalidades que interviene proceso de ahorro, las soluciones son más complejas, ya que para la actualización de capitales no bastaría con el aumento de las primas futuras sino que habría que completar reservas matemáticas, lo que implicaría importantes desembolsos anuales a parte del incremento de primas que harían inviable la operación desde un punto de vista comercial.

En España, algunas de las compañías que operan en el Ramo de Vida han respondido al reto de la inflación, al comprender que si no introducían en el mercado novedades que en cierta medida paliaran el fenómeno de la inflación, el ramo de vida bajo las modalidades tradicionales llegaría a extinguirse.

El mercado asegurador de vida español que analizaremos más adelante, ha venido operando en base a modalidades tradicionales -- prescindiendo del fenómeno de la inflación. Daba la impresión de --

CURSO SUPERIOR DE SEGUROS INDUSTRIALES

LA EMPRESA DE SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

(RESUMEN)

Madrid, 26 de Febrero de 1.975.-

INTRODUCCION.-

Como primer punto de este tema debe definirse la naturaleza del Seguro de Accidentes de Trabajo. Nos encontramos frente a un seguro social, obligatorio, sometido a las disposiciones emanadas de la Legislación Social y dependiente en nuestro país del Ministerio de Trabajo. Estas circunstancias determinan la estructura de la Empresa que lleve a cabo su gestión y condicionan sus características, funciones y filosofía de actuación.

Origen del seguro de Accidentes de Trabajo: La cobertura de este riesgo nace unida a la revolución industrial que representó una nueva ordenación del trabajo y dió lugar a un importante número de víctimas que normalmente quedaban en situación de abandono. Las leyes vigentes en aquella época no permitían una solución a los problemas planteados, por lo que surgió la doctrina del "riesgo profesional", que se enuncia en base a considerar que en la ejecución del trabajo existe un riesgo y que las consecuencias del mismo, los accidentes, deben ser soportadas por quién se beneficie del esfuerzo realizado por el trabajador, es decir, el empresario.

A fin de resolver esta problemática a partir del año 1.870 y hasta finalizar el siglo XIX son siete los países europeos que promulgan leyes reconociendo los derechos del trabajador accidentado. España es el octavo país en enfrentarse con el problema y lo hace a través de la Ley de Dato de 30 de enero de 1.900. En esta disposición, al igual que en la de otros países, se reconoce el derecho del trabajador accidentado a recibir asistencia sanitaria y, en su caso, una indemnización económica.

El seguro de accidentes de trabajo es la primera conquista social de la masa laboral y como consecuencia sus prestaciones son hasta la fecha las más altas dentro de la Seguridad Social siendo el único de los seguros sociales españoles cuya financiación es única y exclusivamente a cargo del empresario, puesto que en los restantes, si bien la mayor parte de la financiación corre a cargo de la empresa, colaboran en la misma el trabajador en una pequeña cuantía y el Estado con aportaciones variables.

Definición del Accidente de Trabajo: Es toda lesión que se sufre con ocasión o consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena. Dentro de este concepto se comprende el típico accidente de trabajo con lesión corporal inmediata y la enfermedad profesional que actúa de manera lenta pero progresiva sobre el trabajador, y cuyos resultados son igualmente incapacitantes para la actividad laboral. También se consideran como tales aquellos que se producen en el trayecto del domicilio habitual al trabajo y al regreso del mismo, calificados técnicamente co

mo accidente "in itinere".

Nos encontramos por tanto ante un seguro social que como tal nace de la necesidad de dar una respuesta colectiva a un problema de carácter general por cuanto afecta a un amplio sector de población que en este supuesto es necesariamente trabajadora. Al determinar las partes contratantes se ha de tener en cuenta que el asegurado es el empresario y el beneficiario el trabajador, subrogándose la entidad aseguradora en las obligaciones del empresario a cambio de una prima, previa firma del contrato de seguro.

ESTRUCTURA DE LA EMPRESA DE SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN DIFERENTES PAISES:

Partiendo de que el concepto formulado de accidente de trabajo es válido para la mayor parte de los países y puesto que es considerado universalmente como seguro social, su gestión estará íntimamente vinculada al criterio seguido para estructurar la Seguridad Social.

A efectos de simplificar y para no entrar en normas de derecho comparado podemos dividir en dos grandes grupos las soluciones dadas para la gestión del seguro de accidentes de trabajo, lo que determina la naturaleza de las empresas que llevan a cabo la misma:

- Países en los que existe un ente único oficial, normalmente con categoría de Ministerio, que centraliza la gestión de la Seguridad Social.
- Países en los que la Seguridad Social está gestionada por la concurrencia de diversos organismos o empresas que cubren el amplio campo de los seguros sociales, siendo supervisada su actuación por un organismo de control con categoría de Ministerio.

Ante estas soluciones, la opción elegida dependerá de la valoración que se dé a la socialización de los servicios sociales, al principio de subsidiariedad de la acción del Estado y a las ventajas que representa la libre concurrencia.

Hemos de tener en cuenta un dato histórico en la gestión del seguro de accidentes de trabajo, dado que por haber nacido antes que los otros seguros sociales y que por no existir en aquel momento organismos estatales fué gestionado por compañías anónimas o mutuas creadas a este fin. Así, en España el Instituto Nacional de Previsión, nacería diez años después de que las compañías mercantiles y las mutuas estuviesen tramitando accidentes de trabajo.

MUTUAS PATRONALES ESPAÑOLAS.-

Como paso previo al estudio de las Mutuas Patronales en la actualidad es imprescindible conocer la evolución de la gestión del seguro de accidentes en nuestro país. Según se ha comenta-

do, el derecho del trabajador a las indemnizaciones por accidente nace en el año 1.900, si bien en aquella época el empresario no tenía obligación de asegurar este riesgo y por tanto podía hacer frente directamente a las indemnizaciones derivadas del mismo, si bien se le abría la posibilidad del seguro, que podía concertarse con las compañías mercantiles existentes o con las mutuas creadas a este fin. Así la primera de las Mutuas de Accidentes nace en el año 1.900.

Al establecerse en el año 1.932 la obligación de las empresas agrícolas de asegurar la totalidad de las prestaciones a las que tenga derecho el trabajador y por lo que se refiere a empresas industriales aquellas que revistan forma de pensión, surge la necesidad de contar con entidades aseguradoras, por lo que los empresarios se agrupan para dar una respuesta a esta necesidad común y por ello la mayoría de las mutuas son promovidas en aquella época.

En el año 1.956 se extiende a todas las empresas la obligación de asegurar la totalidad de las prestaciones, lo que se podía realizar en la amplia red de compañías mercantiles y mutuas existentes, así como en la Caja Nacional, organismo dependiente del Instituto Nacional de Previsión, en el que obligatoriamente debían de asegurarse los Organismos Públicos y los concesionarios de obras y servicios públicos.

El año 1.966 es clave en la historia de la Seguridad Social española al publicarse el Texto Refundido de la Ley de Bases de la Seguridad Social. En esta ocasión se pasa de un concepto de seguros sociales aislados a otro de Seguridad Social, distribuyéndose la gestión de la misma entre el Instituto Nacional de Previsión y las Mutualidades Laborales, si bien se admite la colaboración de las Mutuas Patronales en la cobertura del riesgo en accidentes de trabajo. La desaparición de las compañías mercantiles favoreció el crecimiento de las Mutuas Patronales lo que las da un nuevo impulso que coincide con criterios más progresivos de la Seguridad Social.

La razón de permanencia de las Mutuas Patronales hay que buscarla en razones históricas y de índole práctica siendo fundamental la ausencia de ánimo de lucro en su actuación.

Estructura del Mutualismo Patronal: Está constituido por 190 Mutuas de las que 16 tienen ámbito nacional, 47 interprovincial y el resto provinciales o locales. La estimación de cobros para el año 1.974 es de 25.000 millones de pesetas, como consecuencia de las cuotas de 670.000 empresas que dan trabajo a cerca de cinco millones de trabajadores. Esta estructura, al igual que la del resto del seguro español, se caracteriza por una gran atomización al tiempo que un reducido número de entidades, el 20%, recauda el 75% de las primas.

Reglamento de Mutuas Patronales: Aprobado con carácter provisional el 29 de noviembre de 1.966 se eleva a definitivo el 6 de julio de 1.967, siendo el actualmente vigente. En él se recogen las normas necesarias para la constitución, funcionamien

to y control de las Mutuas Patronales. Se espera que esta disposición sea sustituida en breve plazo por otra, en la que las Mutuas pasarán a denominarse Mutuas Empresariales de la Seguridad Social.

Concepto Legal: Se recoge en el artículo segundo del vigente Reglamento, según el cual son "asociaciones debidamente autorizadas por el Ministerio de Trabajo que se constituyen sin ánimo de lucro por empresarios que asumen una responsabilidad mancomunada y al único objeto de colaborar en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, repartiendo los costes y gastos correspondientes a aquellas".

Características de la gestión de Accidentes de Trabajo: Las notas a las que antes hemos hecho referencia influyen en que la misma sea diferente tanto de las restantes contingencias de la Seguridad Social como de los seguros privados. Así, a partir del año 1.966, deja de estar orientada exclusivamente a la prestación de la asistencia médica y de la ejecución de trámites administrativos, para evolucionar hacia un servicio integral que exige un replanteamiento de la estructura de las Mutuas.

Organización de una Mutua Patronal: La gestión del seguro de accidentes de trabajo, exige adaptar las Mutuas a los servicios que van a ser prestados. A título de ejemplo se presenta esquemáticamente los Departamentos y Servicios principales con los que cuentan las Mutuas de cierto volumen.

- Departamentos Técnico-Administrativos:

- .Contratación y control de cotizaciones
- .Siniestros
- .Intervención General (Contabilidad, Personal, Servicios Generales, etc.)
- .Mecanización y microfilmación

- Servicios:

- .Prevención de accidentes
 - .Selección de personal
 - .Formación de trabajadores
 - .Análisis de riesgos
 - .Valoración de puestos de trabajo
 - .Higiene industrial
- .Asesoría de Empresas
- .Servicios Médicos:
 - .Medicina preventiva (unidades móviles)
 - .Primeros auxilios
 - .Medicina asistencial especializada
 - .Recuperación física
- .Asistencia Social
- .Formación profesional y empleo

Esta organización ha exigido incorporar a las Mutuas especialistas en estas materias, fundamentalmente en cada uno de los servicios, de tal modo que en la actualidad las actividades desarrolladas tienen carácter fundamentalmente asistencial, habiéndose relegado la importancia relativa de los trabajos administrativos.

FUNCIONES DE PREVENCIÓN Y REHABILITACION.-

Estas dos prestaciones, una anterior y otra posterior a las que se han considerado tradicionales en accidentes de trabajo, configuran la actual gestión de las Mutuas dentro de una Seguridad Social que deja de ser defensiva para adoptar un planteamiento ofensivo de modo que no se dirige solo a remediar males si no también a evitarlos.

Prevención: Dirigida a promover la adopción de las medidas necesarias para eliminar los riesgos dentro de la empresa y capacitar a sus trabajadores a todos los niveles, aspectos a los que a continuación se prestarán mayor atención.

Rehabilitación: Pretende que el tratamiento de la lesión no se limite a la asistencia sanitaria sino que devuelva la función al miembro lesionado a través de la recuperación física y si por sus secuelas no es posible que el trabajador se incorpore al trabajo dar un paso más mediante la readaptación profesional.

Es esta la prestación de mayor interés para el accidentado que haya quedado con alguna lesión permanente que le incapacite seguir en su profesión. Frente al abandono en que tradicionalmente se encontraban los inválidos que solo podían contar con una pensión, que se deterioraba como consecuencia del incremento del coste de vida, y a lo sumo con la posibilidad de desarrollar labores no cualificadas, en la actualidad se trata de lograr la reconversión laboral de los discapacitados a los que se orienta a aquellas profesiones para los que son aptos. Se ha pasado de valorar al accidentado por las lesiones que tiene, a hacerlo por la capacidad que le resta y en base a la misma conseguir su promoción y darle una profesión en la que pueda ser tan capaz como cualquier otro trabajador sin lesión alguna. Ello ha permitido a los trabajadores minusválidos optar a nuevos puestos de trabajo no por caridad sino por su capacidad.

LA SEGURIDAD EN LA EMPRESA INDUSTRIAL:

A fin de no alargar la exposición de este epígrafe vamos a limitarle a la seguridad desde el punto de vista de los accidentes humanos, si bien un planteamiento profundo de la seguridad en la empresa solo es válido si es integral y afecta al proyecto, a las pérdidas materiales y a las personales; ello ha dado lugar a que ya en otros países la seguridad en el trabajo se considere como un capítulo dentro del concepto general del "control total de pérdidas", meta deseable para el nuestro si bien será necesaria una evolución de criterios.

Si la seguridad es un problema de "todos", las Mutuas tienen una función a desarrollar en relación con las empresas a ellas asociadas que no debe enfocarse como sustitución de unas obligaciones, sino como asesoramiento a la misma a fin de aportar la experiencia obtenida del contacto con otras empresas y del análisis de los accidentes de trabajo, dado que si cada empresa es diferente no puede organizar su seguridad suscribiendo modelos standard, sino que ha de adaptarla a sus características, de modo que sea un principio inspirador de cada una de sus actuaciones.

Así, hay empresas en las que la seguridad depende de un jefe de departamento; otras en las que existe director de seguridad y otras en las que la responsabilidad recae sobre una comisión. En principio, y dejando a salvo el cumplimiento de las disposiciones legales, toda estructura es válida siempre que produzca los resultados apetecidos, que solo se alcanzan si la postura de la empresa ante la seguridad es clara y sin condicionantes.

Programa de Seguridad: Se relacionan a continuación los elementos básicos del mismo:

- Dirección Ejecutiva: Con vistas al establecimiento de una clara política dentro de la empresa.
- Mantenimiento de las condiciones seguras de trabajo: Atiende a los diferentes tipos de riesgos existentes en el centro de trabajo.
- Instrucción e inspecciones adecuadas: Exige una correcta selección del trabajador y una formación adaptada a su puesto de trabajo.
- Sistema de registro de accidentes: Tiene como finalidad conocer las causas y consecuencias de los mismos, así como su coste.
- Participación e interés de todos los productores: Va orientada a interesar a los trabajadores de la empresa en la seguridad.
- Servicios asistenciales y de primeros auxilios: A fin de poder actuar inmediatamente y del modo más eficaz cuando se produzca el accidente.

La existencia de un programa de seguridad y el cumplimiento del mismo es requisito imprescindible para lograr unos resultados, que no son solo una manifestación de buena organización de la empresa sino también una exigencia del trabajador y de la sociedad.

que se trataba de un problema sin solución, que las entidades preferían ignorarlo aún a costa de sacrificar la expansión futura del sector, en lugar de encarar con eficacia el problema y arbitrar soluciones ágiles y viables que permitieran definitivamente el operar con modalidades en base a capitales revalorizables que mantuvieran en cierta medida el poder adquisitivo correspondiente al capital contratado al suscribir la póliza.

Afortunadamente desde hace cinco años algunas entidades han respondido al reto de la inflación y han introducido soluciones paralelas a las existentes en otros mercados extranjeros, superando/la mecánica tradicional frente a sistemas de revalorización de capitales ya sea con cargo a Participaciones en Beneficios o por sistemas combinados con Fondos de Inversión Mobiliaria.

Antes de entrar en el análisis de como se ha intentado solucionar el problema de la inflación en su relación al seguro de vida, en el mercado nacional, conviene hacer un breve repaso de las soluciones adoptadas en otros países, que en el fondo han sido precursoras de las novedades sobre el tema que se han introducido en España en los últimos años.

Como decíamos antes y tal como veremos más adelante para las modalidades puras de riesgo, que la solución a la erosión periódica de capitales es automática y sencilla, pues basta una actualización ligada al índice del coste de vida que afecta directamente al capital y a las futuras primas en igual proporción. El problema surge en las modalidades que intervienen procesos de ahorro, donde el papel de las reservas matemáticas cumple una emisión de capitalización básica. Ya habrán estudiado la reserva matemática desde un punto de vista actuarial financiero y jurídico, así como su evolución a lo largo de la duración de un contrato. En esta ocasión solo queremos recordarles en términos sencillos y prácticos que la reserva matemática en los contratos con proceso de ahorro, es similar a una acumulación de recursos equivalente a un porcentaje muy elevado de la prima de cada anualidad, capitalizado a un interés técnico determinado, de tal forma que al vencimiento del contrato/

coincide la Reserva Matemática con el Capital Básico Asegurado. En consecuencia es evidente que todo sistema de revalorización de capitales implique la revalorización de las reservas matemáticas, (ya que la última reserva matemática del contrato es precisamente el capital garantizado).

La revalorización de las reservas matemáticas implica un coste o una salida de dinero de la Cia. a los asegurados, a nivel de contrato. Esta salida según los distintos sistemas utilizados, puede ser con cargo a los Resultados contables de la Sociedad en cuyo caso nos referimos a aquellas compañías que trabajan exclusivamente el sector Vida (en varios países las entidades que operan en el sector Vida no pueden operar también en otros ramos), o bien con cargo al beneficio financiero derivado de la inversión de las reservas matemáticas una vez deducido el interés técnico que perciben los asegurados por el conducto de la prima, o incluso con cargo al beneficio financiero y además parte del beneficio técnico o de mortalidad obtenido (nos referimos a la diferencia entre la mortalidad prevista por las tablas o tarifa de primas y la mortalidad real registrada). En realidad cualquier sistema es bueno y dependerá su eficacia de las características de la entidad que lo aplica. Así por ejemplo el sistema de repartir sobre beneficio contable no es muy viable para una entidad que inicia sus operaciones en Vida, ya que universalmente se ha admitido que una compañía de seguros de Vida con el actual sistema de costes de adquisición concentrado en las primeras anualidades, no suele producir beneficios contables hasta prácticamente el séptimo u octavo año de funcionamiento.

Otro aspecto a considerar dentro de los distintos sistemas de Participación en Beneficios para los Asegurados, es la forma de aplicación de los mismos a nivel de póliza. Es decir una vez, ya sea anualmente o en función de distintos periodos, se asigna a cada contrato el beneficio que corresponda con cargo a los resultados contables, financieros, o técnico-financieros, éste puede distribuirse ya sea aumentando la reserva matemática, disminuyendo la prima de la próxima anualidad, reservando el importe de la participación en una cuenta corriente a favor del Asegurado, etc. etc. De todas estas posibilidades la más utilizada es la basada en aplicar

La Participación en aumento de las reservas matemáticas, lo que equivale a la revalorización de los capitales asegurados.

Seguros de Vida Tipo Indice (para seguros con proceso de ahorro).

En algunos países, se trata más bien de una minoría, se ofrecen seguros de Vida directamente ligados al índice oficial del costo de la vida, tanto en lo que se refiere a la prima, como a la suma asegurada. En consecuencia bajo esta línea de actuación desaparece el problema de la inflación en su relación con el Seguro de Vida.

Esto solo es posible debido a que en estos países se puede invertir la reserva matemática en títulos especiales que crecen automáticamente según el mismo índice del costo de vida, es decir que el Estado garantiza los valores crecientes de dichos títulos. Desde el punto de vista actuarial este sistema tiene la gran ventaja de no requerir construcciones especiales, sino que pueden emplear las mismas fórmulas actuariales que para los planes que no están ligados a un índice.

A continuación se dan detalles sobre seguros de tipo índice existentes en algunos países, que pueden servir como ejemplos para las demás modalidades.

Israel:

Para fomentar la conclusión de Seguros de Vida, el Estado Israelí introdujo en 1.957 seguros de vida sujetos al índice. Al principio fué posible vincular los seguros al dólar o al índice del costo de la vida. Sin embargo, a partir de 1.962 sólo se admite la vinculación al índice del costo de la vida. En este seguro tipo índice todos los pagos del Asegurado y del Asegurador (como prima, suma asegurada, préstamos sobre la póliza y su cuota de amortización, valor de rescate, seguros saldados, etc.) están directamente ligados al índice del costo de la vida. Las Compañías están obligadas a invertir sus reservas para seguros de Vida tipo índice en títulos determinados para los cuales el Estado garantiza el crecimiento según el índice. Para negocios a partir de febrero de 1.975 los aumentos se efectúan mensualmente, tomando como base el índice del día 15 del mes precedente.

Actualmente, en Israel, todas las compañías suscriben seguros de Vida ligados al índice, y estos representan casi la totalidad de seguros concluidos.

Finlandia:

En Finlandia fué prohibido en 1.968 ligar los Fondos de Inversión al índice del costo de la vida, con el fin de restringir la tendencia inflacionista en aquel país. Sin embargo los seguros de Vida fueron y siguen estando exentos de esta regulación. Por lo tanto, desde 1.957 en Finlandia hay seguros de tipo índice que, según la opción del Asegurado, son ligados en su totalidad o solo en un 50% al costo de la vida. Sin embargo, la forma que encuentra la mayor aceptación de parte de los asegurados (casi un 60% de la producción nueva) prevee durante los tres primeros años (en los que la reserva matemática no desempeña un papel importante) una cláusula índice del 100% y a partir del 4º año de seguro se otorga una cláusula índice del 50%. Todos los incrementos del índice del costo de la vida que alcancen por lo menos un 5%, son considerados para un aumento respectivo de la suma asegurada y de la prima (en 100% ó 50%). El Asegurado puede concluir también seguros sin estas cláusulas, sin embargo, prácticamente, se suscriben casi exclusivamente seguros de Vida sujetos al índice.

Dinamarca:

En Dinamarca se ofrece una forma especial de seguros de Vida vinculado al índice, en la que interviene el Estado. Desde 1º de abril de 1.957 es posible sujetar determinados contratos de seguros de pensión y ahorro a una cláusula índice que depende del índice del costo de la vida. Al elevarse el índice sube la prima proporcionalmente. Dado que por la edad avanzada del Asegurado y por la reducida duración restante del pago de las primas, es imposible que el Asegurado aumente la prestación en la misma proporción, el Estado asume el importe adicional de la reserva matemática (aunque los contratos fueron concluidos con compañías privadas de seguros).

El convenir una cláusula índice de esta índole exige diferentes requisitos. Dicho seguro debe estar concebido a base de una renta que sea pagadera por lo menos durante 10 años a partir de los 67 años de edad. Además la renta no deberá exceder el cuádruplo de un importe básico fijado anualmente.

Colombia:

Desde el año 1.974 en Colombia existe la posibilidad de emitir pólizas de vida con ahorro, invirtiendo la totalidad de las reservas matemáticas en corporaciones financieras especiales, que reconocen un interés fijo, más los incrementos del índice del coste de la vida. La determinación de este índice es efectuada diariamente por un órgano oficial.

La suma asegurada en sí y las primas no se expresan en la moneda nacional, sino en unidades llamadas UPAC (Unidad de Poder Adquisitivo Constante). Para determinar las primas a pagar y las prestaciones al vencer la póliza (ambas en moneda nacional) rige la cotización del día respectivo. Desde los puntos de vista técnico y administrativo pueden tratarse estos seguros como si fueran moneda extranjera.

Hasta ahora, pocas compañías han introducido en el mercado esta forma de seguro. Debido a su corta existencia no es posible analizar si esta va a dar buenos resultados, sobre todo en vista de que últimamente las compañías colombianas están concentrándose en la participación de los Asegurados en las utilidades.

Seguros de Vida Revalorizables

En unos países prevalencen seguros de Vida cuyas prestaciones pueden crecer en una forma más o menos dependiente del costo de la vida.

El Asegurador aumenta la reserva matemática por la participación del Asegurado en las utilidades. Este aumento de la reserva trae consigo un crecimiento de la suma asegurada, ya que el asegurado, a partir de este momento, paga una prima elevada por el mismo porcentaje por el que han crecido la reserva y la suma asegurada.

A continuación se detallarán las modalidades principales que se han establecido no solamente en los mercados de su origen sino también en otros.

Francia

El concepto de la revalorización se introdujo en el mercado francés por unas compañías principales a finales del año cincuenta. Fué entonces cuando se buscaron métodos para combatir los efectos de la inflación rápidamente en ascenso. En los años subsiguientes la revalorización en este mercado adquirió cada vez más atracción y actualmente la gran mayoría (quizás más del 90%) de los seguros mixtos y de Vida Entera emitidos contienen estas características.

Las tasas de primas para estos tipos de seguros se calculan usando las fórmulas normales para seguros mixtos o de vida entera; sin embargo, a menudo las compañías cobran una prima adicional que es similar al recargo aplicado a planes con participación usados en otros mercados.

Cierta parte de las ganancias técnicas (la Superintendencia prescribe como mínimo el 50%) y del sobreinterés -beneficio financiero- (la Superintendencia prescribe como mínimo el 80%) de cada ejercicio, junto con las subsodichas primas adicionales se transfiere a un fondo especial (fondo de revalorización). El volumen de este fondo se compara a intervalos regulares con las reservas matemáticas para todas las pólizas con revalorización y si resulta que el fondo importa, por ejemplo, un 4% de la reserva matemática, ésta se aumenta para cada póliza por este mismo porcentaje. Para la mayoría de las pólizas las primas futuras crecen también automáticamente en el 4% y en este caso la suma asegurada puede ser incrementada por el mismo porcentaje, dado que las reservas han sido revaluadas convenientemente.

Italia:

Aproximadamente desde 1.970 se ofrecen en el mercado italiano seguros mixtos, seguros de vida entera y rentas diferidas que tienen prestaciones ligadas al índice oficial del costo de la vida. Las prestaciones para estos seguros crecen anualmente según el costo de la vida para obreros y empleados publicado en el "Bollettino Mensile di Statistica dell'Istituto Centrale di Statistica", estando, sin embargo, limitado dicho crecimiento a un 3% como máximo.

El Asegurado paga para las tarifas mixtas y de vida entera - una prima anual constante, resultando así ser la prima aproximadamente un 30% más alta que la prima para los seguros usuales. Solamente para las rentas diferidas el Asegurado paga una prima que -- crece en la misma medida que las prestaciones de dicho seguro.

Entretanto las tarifas mencionadas representan una parte considerable de la producción nueva del mercado, es decir que más o - menos un 60% de los seguros mixtos tiene dicha vinculación al costo de la vida.

El aumento de las reservas matemáticas necesario para garantizar los aumentos de las prestaciones, se efectúa por sobreintereses a saber, tal como está previsto en las notas técnicas, dichas reservas deben invertirse con un interés de por lo menos un 6% quedando al mismo tiempo el interés técnico en 3%.

Realmente el modelo utilizado en Francia de Seguros de Vida/ Revalorizables ya venía utilizando con variaciones de matiz en la mayoría de los países con gran desarrollo en el Seguro de Vida, nos referimos concretamente a los mercados Alemán, Suizo, Inglés, Americano, Japonés, Belga, Holandés, etc. etc.

En todos estos mercados la Participación en Utilidades o Beneficios, ya sean contables, financieros, o técnico-financieros (en la mayoría de los casos se trata de beneficios contables), se suele destinar dicha participación al aumento de reservas, lo que implica la revalorización de capitales. En algunos de estos países, tal es/ el caso de Alemania, la autoridad competente ya no admite las modalidades tradicionales.

Decíamos antes que el mercado Español, si bien ha tardado en/ ofrecer modalidades con capitales revalorizables, últimamente se - viene observando una corriente innovadora en este sentido, especialmente por parte de compañías que no figuran en la cabeza del ranking por su volumen de primas.

El ofrecer modalidades con capitales revalorizables o con Participación en Beneficios, equivale a ceder un porcentaje importante

de los beneficios que hasta ahora venian realizando las entidades/ de Vida, lo que implica un planteamiento distinto en cuanto al nuevo enfoque del negocio. Se trata de pasar de un mercado con poco volumen de operaciones y buenas ganancias en valores relativos, a otro de gran agresividad y penetración con la consecución de un volumen considerable de operaciones en base a conseguir un beneficio reducido en valores relativos, pero a largo plazo importante en valores absolutos. Es indudable que este cambio a nivel de Compañía altera la política tradicional de actuación en el Ramo de Vida, lo que implica una decisión a nivel de Consejo. En principio reacio al cambio por considerar que a corto plazo se reducen los beneficios de este sector, que incluso en algunas ocasiones tapaban las pérdidas derivadas de otros ramos menos estables. En definitiva se trata de una decisión que afecta directamente al dividendo del accionista a corto plazo, con todas las repercusiones que ello representa. Sinceramente pensamos que las entidades (por muy importantes que sean) que aún no han sustituido las modalidades tradicionales por modalidades con Participación en Beneficios, tarde o temprano tienen que acudir en alguna medida bajo la nueva línea de actuación, salvo que prefieran ir alejándose del mercado.

Antes de seguir con la revalorización de capitales con cargo a la Participación de los Asegurados en los Beneficios de una Compañía de Seguros de Vida, conviene analizar aunque sea de forma somera, las principales fuentes de beneficios del sector Vida en una Entidad Aseguradora.

Beneficio Financiero

Ya se ha explicado en apartados anteriores del Curso, que los Seguros de Vida en su modalidad de ahorro y riesgo, no son más que operaciones financieras combinadas con tablas de mortalidad, que denominamos operaciones actuariales. En toda operación financiera/ interviene el tiempo y en consecuencia el interés. Las operaciones de Seguros de Vida se capitalizan según Ley al tipo de interés técnico del 3,5 por ciento anual para las modalidades de riesgo y mixtas, mientras que los seguros puros de ahorro (diferidos) el interés técnico de capitalización puede llegar hasta el 4,5 por ciento.

Como es natural el tipo de interés técnico utilizado condiciona la prima y las reservas matemáticas ya que se calculan en función del citado interés técnico.

Como Vds. conocen las reservas matemáticas deben constituirse a 31 de Diciembre de cada ejercicio y su inversión debe estar materializada de acuerdo con la Legislación vigente en la materia. El fruto de la inversión de reservas proviene de los dividendos devengados de las acciones u obligaciones que integren la cartera de valores aptos para la cobertura de reservas, de los alquileres de la inversión en inmuebles, así como de los resultados por realización de plusvalías o minusvalías ya sea por venta de valores u otros bienes aptos para cobertura. Es evidente que para lograr un equilibrio financiero en la operación, el fruto anual de la inversión de reservas debe ser al menos igual al interés técnico utilizado, de lo contrario se producirían pérdidas.

Siguiendo este razonamiento, es claro que si la rentabilidad anual de las reservas es superior al 3,5 por ciento ó al 4,5 por ciento, según las modalidades, el exceso que se obtenga representa una UTILIDAD para la Compañía. No es fácil darse cuenta que en situaciones normales de la economía en general y del mercado de valores en particular, se tiene que producir en cierta medida esta utilidad que denominamos beneficio financiero (es decir la diferencia existente entre el interés real obtenido por la inversión de reservas y el interés técnico utilizado), (equivale al beneficio financiero anual.)

Beneficio de Mortalidad

Otra fuente de utilidad importante en el Sector Vida proviene de la diferencia existente entre la mortalidad prevista según las tablas aplicadas y, la mortalidad real registrada en el año considerado. Por regla general este beneficio puede variar de un año a otro y en valores relativos suele ser superior en los primeros años de funcionamiento, al dejarse sentir los efectos de la selección de riesgos, cuya influencia se calcula alrededor de 5 años.

Esta utilidad que denominamos técnica, puede ser importante ya que realmente las tablas de mortalidad aplicadas aún podemos -- considerarlas bastante conservadoras y permiten ciertos márgenes - de ganancia técnica.

Otros Beneficios

Otras fuentes de utilidades (o incluso pérdidas an algunos - casos) menos importantes que las dos anteriores, provienen de la - diferencia existente entre los recargos teóricos de gestión inter- na y externa que soportan las primas, frente a los verdaderos gas- tos de gestión interna y externa registrados en el año considerado. Estos resultados ya dependen de los sistemas de gestión utilizados en cada Compañía. En cuanto a los gastos de gestión interna, pueden ser muy reducidos si se adopta un sistema inteligente de MECANIZA- CION INTEGRAL, muy apropiado en los procesos técnico-administrati- vos de las modalidades de Vida, al operar con un número no muy vo- luminoso de contratos a cambio de una minuciosidad de cálculo ac- tuarial a nivel de pólizas.

Independientemente de las fuentes de utilidades ya comenta-- das, existen otras derivadas de Rescates, Anticipos, beneficios - atípicos, etc. etc., que no merece la pena su comentario en esta - ocasión.

Una vez analizadas someramente las principales fuentes de uti- lidades del Seguro de Vida, es fácil adivinar en que consisten los sistemas de Participación en Beneficios que no son más que una for- ma de ceder parte de estos beneficios a los Asegurados, a costa de mermar los resultados de la Aseguradora.

Así concretamente dar participación en los Beneficios Finan- ceros equivale a ceder a los Asegurados un porcentaje del exceso/ obtenido entre la rentabilidad registrada en el año considerado - por la inversión de reservas y el interés técnico utilizado. Varias Entidades Aseguradoras llegan a ceder el NOVENTA POR CIENTO del be- neficio obtenido por este capítulo.

Igual ocurre con el beneficio de mortalidad, sobre cuyo resultado las Aseguradoras pueden ceder un determinado porcentaje a los Asegurados.

También puede darse la combinación de ambos beneficios en cuyo caso suele darse entre el 75 y 80 por ciento del beneficio financiero y el 50 por ciento del beneficio de mortalidad.

Igualmente existe en el mercado alguna entidad que cede parte del beneficio contable, en cuyo caso se tienen en cuenta el conjunto de las fuentes de utilidades antes analizadas.

Pues bien, una vez analizados los posibles desplazamientos de beneficios de la propia Compañía a favor de los Asegurados, conviene analizar la forma de aplicación o asignación de estos beneficios.

Mecánica operativa de Asignación de Beneficios

En el supuesto que nos encontremos bajo un sistema de Participación en Beneficios Financieros, decíamos que la asignación anual de los beneficios a nivel global provenía de aplicar un porcentaje a la diferencia entre la rentabilidad real obtenida de la inversión de las reservas (dividendos más plusvalías realizadas) y el interés técnico utilizado.

Una vez obtenidos los beneficios globales a repartir y a nivel de contrato, se suelen distribuir proporcionalmente a la reserva matemática de cada póliza, por ser precisamente la magnitud cuya inversión ha originado dichos beneficios. En consecuencia por este sistema y a nivel de póliza, anualmente se asigna los beneficios que han correspondido a cada contrato individualizado en el año considerado.

Una vez conocidos los beneficios o resultados de cada contrato en particular, el monto asignado puede aplicarse de distintas formas, ya sea aumentando la reserva matemática de la póliza, en cuyo caso se podría revalorizar el capital asegurado (como veremos/más adelante), disminuir la prima de la próxima anualidad, o simplemente, contabilizar la asignación de una cuenta corriente que podría devengar intereses a favor del Contratante.

Ya visto en líneas generales la filosofía de la Participación en Beneficios, vamos a analizar con detalle algún caso en particular de Participación que viene utilizándose en el mercado nacional:

Para Seguros de Riesgo

Para este tipo de modalidades el mantener el poder adquisitivo, se basa en sistemas prácticamente perfectos debido a su sencillez. A continuación exponemos cláusula de Revalorización para un seguro Temporal con límite de salida a los 60 años, donde observarán que el capital asegurado así como las primas, se adaptan automáticamente a las variaciones del índice del coste de vida.

Claúsula de Revalorización del Seguro Temporal Renovable

Artículo Primero

El capital asegurado inicialmente será revalorizado (por anualidades enteras) automáticamente, sin exigir nuevo reconocimiento/médico, al vencimiento anual de la póliza, en base al índice del coste de vida que resulte de las cifras oficiales publicado por el Instituto Nacional de Estadística para el conjunto nacional correspondiente al último año.

A estos efectos y teniendo en cuenta que el citado índice se publica con un desfase de tiempo, se compararán los índices anuales correspondientes al periodo comprendido entre el día 30 de Septiembre y el 1 de Octubre del siguiente año.

Artículo Segundo

A la renovación anual de la póliza, el nuevo capital asegurado que será fijo para toda la anualidad, corresponderá al último garantizado incrementado por el aumento del coste de vida en el periodo comprendido entre Octubre y Septiembre de los años anteriores al considerado. Este importe, sin embargo, será redondeado al millar de pesetas más próximo.

Artículo Tercero

La prima anual correspondiente a este seguro representa exac

tamente la cobertura de riesgo para el año en curso, y por ello variará anualmente de acuerdo con la edad del Asegurado y el importe de la revalorización anual que se efectúe en función de la evolución del índice del coste de vida.

Artículo Cuarto

Los capitales garantizados por los Seguros Complementarios, se revalorizarán anualmente en el mismo porcentaje que el capital garantizado por el Seguro Principal.

Artículo Quinto

Las garantías de este seguro así como la de los seguros complementarios, quedarán automáticamente anuladas y por consiguiente sin efecto, al vencimiento de la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 60 años de edad.

Seguros Mixtos o con Proceso de Ahorro

A continuación detallamos una de las cláusulas que figuran en contratos de seguros con Participación en Beneficios, al objeto de que pueda analizarse el articulado y se adjunta un cuadro ejemplo de la evolución de los capitales asegurados de un seguro Mixto a 20 años de duración bajo el sistema de Participación de la cláusula mencionada en la hipótesis que se obtuviera una rentabilidad líquida del 8%.

Claúsula de Revalorización

Artículo 1º - Revalorización

Esta póliza participará cada año proporcionalmente a sus reservas matemáticas, en el 90 por 100 de los resultados positivos que produzca la inversión de las reservas matemáticas de Balance de todos los contratos con derecho a participación que estén vigentes a 31 de Diciembre de cada ejercicio.

Artículo 2º - Modo de otorgar la revalorización

Las revalorizaciones se harán efectivas mediante incremen--

tos del capital garantizado, que se materializarán en un Suplemento o BONO, el cual se entregará al titular de la póliza cada vez que dicha revalorización permita incrementar al menos en un 5 por 100 el capital asegurado.

La revalorización se realizará una vez al año y sobre el ejercicio vencido.

Artículo 3° - Fondo de Revalorizaciones

Si en un ejercicio no se alcanzase a revalorizar el capital asegurado al menos en un 5 por 100, la cantidad que corresponda a cada póliza se incorporará a un "Fondo para Revalorizaciones" hasta que sumada a la de otros ejercicios y a la rentabilidad del propio Fondo, llegue a permitir revalorizar el capital garantizado en un 5 por 100, momento en que se emitirá y enviará al titular de la póliza su correspondiente BONO.

El Fondo de Revalorizaciones figurará separado en el Balance de la Sociedad y se invertirá con el mismo criterio que la Ley señala para las reservas matemáticas.

La rentabilidad total del Fondo de otorgará a los Asegurados de acuerdo con lo indicado en el primer párrafo de este artículo.

Artículo 4° - Publicidad

La Compañía hará publicada cada año la rentabilidad obtenida con las Reservas Matemáticas, así como la del Fondo de Revalorizaciones.

Artículo 5° - Rescate, Reducción y Anticipo

Las revalorizaciones de capital ya efectuadas y las cantidades que aún no se hayan materializado en Bonos, no tendrán derecho a Rescate.

En caso de Reducción, el Contratante no perderá las revalorizaciones que tuviere asignadas y continuará teniendo derecho a sucesivas revalorizaciones hasta el vencimiento del seguro.

El Contratante no tendrá el derecho de Anticipo sobre las revalorizaciones del capital ya efectuadas. Si solicita el anticipo sobre el capital inicial garantizado, a los efectos de la asignación y cálculo de las posteriores revalorizaciones, se aplicarán proporcionalmente los resultados obtenidos según el Artº 1º de esta cláusula, precisamente sobre la diferencia existente entre las reservas matemáticas de balance y el importe del anticipo concedido.

CUADRO DE MECÁNICA DE PARTICIPACION EN BENEFICIOS

Supuesto * Seguro Mixto con Participación en Beneficios * Edad inicial: 40 años
 * Capital base: 1.000.000 de pesetas * Duración: 20 años
 * Prima neta anual: 47.515 pesetas * Prima total (20 años): 950.300 pesetas

Partiendo del supuesto de que en la inversión de las reservas matemáticas del ejemplo anterior se obtenga una rentabilidad media líquida a repartir del 8 %, índice conservador si se consideran las circunstancias bursátiles actuales, vamos a detallar a continuación la evolución de la participación en términos cuantitativos. Este índice supuesto proviene del 90 % de la rentabilidad que se obtenga, una vez deducido el 3,5 % de interés técnico que cede la Compañía obligatoriamente.

AÑOS	Capital garantizado	Reservas de Balance	Rentabilidad anual líquida 8 %	Rentabilidad acumulada	Coste seguro saldado de 50.000 ptas.	Bonos concedidos %	Revaloriza- ción capital total bonos concedidos %
1	1.000.000	39.000	—	—	30.249	—	—
2	1.000.000	74.800	3.120	3.120	30.995	—	—
3	1.000.000	111.740	6.234	9.354	31.765	—	—
4	1.000.000	149.860	9.033	19.042	32.561	—	—
5	1.000.000	189.210	13.512	32.554	33.382	—	—
6	1.000.000	229.840	17.741	50.295	34.228	(1)	7,3469
7	1.072.469	271.000 +	18.387	18.387	35.103	—	7,3469
8	1.073.469	315.160 +	27.341	45.728	36.007	(2)	6,3498
9	1.133.967	359.990 +	29.445	29.445	36.942	—	13,6937
10	1.135.967	406.370 +	39.250	68.695	37.909	(3)	9,0605
11	1.227.572	454.400 +	40.817	40.817	38.910	(4)	5,2450
12	1.280.022	504.180 +	50.520	50.520	39.948	(5)	6,3232
13	1.343.254	555.840 +	58.233	58.233	41.026	(6)	7,0371
14	1.414.225	609.510 +	66.999	66.999	42.146	(7)	7,9425
15	1.493.710	665.360 +	76.693	76.693	43.311	(8)	8,8537
16	1.582.247	723.580 +	87.442	87.442	44.527	(9)	9,8191
17	1.680.438	784.390 +	99.367	99.367	45.797	(10)	10,8486
18	1.783.924	848.060 +	112.611	112.611	47.129	(11)	11,9473
19	1.903.397	914.890 +	127.334	127.334	48.526	(12)	13,1201
20 Inicial	2.039.598	985.260 +	143.721	143.721	50.000	(13)	14,3721
20 Final	2.183.319						

SEGUROS PERSONALES

TEMA: La selección y tarificación de riesgos agravados.

PROFESOR EXTRAORDINARIO: Hermundt Fink

3 de Diciembre de 1.975

Un médico, generalmente recibe las informaciones más completas posibles acerca de los trastornos que atañen al paciente; éste tiene un gran interés por que no se subestimen sus trastornos. Hay numerosos pacientes que incluso los exageran (los faroleros, hipocondríacos, simuladores). Por esta razón, el médico se tiene que esforzar constantemente por hallar la verdad a base de una interpretación substractiva de las informaciones recibidas. Para la persona encargada de aceptaciones de Vida, esta situación es la inversa: También un solicitante bien intencionado tiende - cuando menos en forma inconsciente - a presentarse lo más sano posible. En este caso es necesario practicar por ello una interpretación aumentativa y proceder con sagacidad. Esta práctica también tiene aplicación para la lectura de numerosos informes de médicos de cabecera.

De aquí se desprende la primera diferencia esencial que existe entre un médico de tarificación del Seguro y un médico común: Es diferente su postura básica para diagnosticar.

Otra diferencia esencial radica en el planteamiento del desarrollo ulterior que tendrá el caso en cuestión: Mientras que un médico generalmente se plantea la pregunta de "Cuál será el desarrollo previsiblemente más favorable a base de medidas curativas, etc." ("¿Qué se puede esperar?"), para el médico del Seguro, en cambio, surge la consideración del desarrollo previsiblemente más desfavorable, por no admitir el caso alguna intervención en forma curativa o sims. ("¿Qué se debe temer?").

Estas dos diferencias de criterio básico reclaman una profunda reorientación de la formación médica. A esto se añade la necesidad de combinar estrechamente los criterios médicos con los comerciales. La consecuencia lógica de lo expuesto ha sido el desarrollo de la medicina del Seguro en calidad de ramo científico propio, con impartición de cátedra en numerosas universidades.

Como es natural, no toda compañía puede emplear a un médico especializado en medicina del Seguro, y por ello, la tarificación constituye siempre, en primer lugar, un problema de personal. La problemática de la tarificación tiene, sin embargo, otras dimensiones más:

Por una parte, existe el peligro de que se cometa un error, que seguido de una siniestralidad adversa, conduzca a un resultado negativo;

por otra, se tiene la no aplazabilidad de la tarificación: Las gestiones de una compañía nueva deben ser tarificadas correctamente desde el primer momento. Esto no se puede dejar pendiente de resolver con la mano en la cintura.

Ahora bien, el trabajo de tarificación tiene por objetivo el de llevar a la práctica el principio que dice: "Cuanto mayor el riesgo, mayor la precaución". Para todo riesgo es necesaria, además, la determinación siguiente:

si está agravado
en qué grado está agravado
y
cuáles medidas de seguridad parecen las más adecuadas.

Un riesgo se considera agravado, cuando existen circunstancias que influyen desfavorablemente sobre las probabilidades de vida del hombre en cuestión (la expectativa o probabilidad de vida es un valor estadístico, que se desprende para cada edad de las llamadas tablas de mortalidad).

Una agravación del riesgo puede tener su origen:

en el estado de salud	actual o anterior
en factores hereditarios	¿Qué edad alcanzaron los padres y parientes cercanos? ¿Han existido suicidios en la familia?
en la profesión	¿Riesgo de enfermedad profesional? ¿Agravación por peligro de accidente?
en las costumbres	¿Drogas? ¿Estimulantes? ¿Ocupaciones en tiempo libre? "Riesgo moral"

Las informaciones necesarias a este respecto se obtienen por medio del formulario de solicitud - donde el solicitante debe responder a una serie de preguntas - y en caso dado, se desprenden también de una declaración adicional de salud del solicitante y de los informes acerca de reconocimientos, diagnósticos y análisis médicos. Según la edad del solicitante y el monto del capital por asegurar, la presentación de estos datos ya sea está prescrita de todas formas, o bien puede ser exigida en casos individuales. En su mayoría, no existen dificultades de información a este respecto. Hay formularios para todo, y éstos deben ser mantenidos siempre al estado más reciente.

Cuando un riesgo ha sido reconocido como "agravado", en un siguiente paso se tendrá por objetivo el de determinar con la mayor exactitud posible la magnitud de tal gravedad,

es decir, el grado en que las probabilidades de fallecimiento del solicitante difieren de las de otras personas de la misma edad. Esta diferencia se expresa en porcentos; la magnitud de referencia es la mortalidad de una persona normal, de igual edad y sexo (normal significa en el lenguaje de los tarifistas "sin incremento del riesgo", o sea, cero porciento de sobremortalidad o mortalidad del 100 % según la norma). Se trata, por lo tanto, de encontrar la llamada sobremortalidad, mortalidad excesiva o "extramortalidad". (En el planteamiento verbal esto sucede a base de un ejemplo).

El resultado se denomina "V o t u m".

Naturalmente existen riesgos con un grado de gravedad tan elevado, que tienen que ser rechazados (riesgos no asegurables). En Europa solamente se aseguran extramortalidades de hasta 500%; en los EEUU se llega a asegurar hasta el 1 000 %, o sea, hasta 10 veces el incremento del riesgo normal.

Si se conoce el grado de la agravación del riesgo, como paso subsiguiente se tendrá que determinar cuáles medidas precautorias son susceptibles de aplicación para un incremento de tal magnitud, para un solicitante de la edad en cuestión, en consideración de las demás circunstancias individuales del caso. Son varias las posibilidades que se presentan a este respecto: Como un ejemplo, quiero citar solamente la posibilidad de aplazar un riesgo, que está agravado agudamente, para una fecha posterior, o de limitar el plazo de duración del Seguro o el pago de las primas al existir riesgos que hagan suponer una fuerte declinación del caso dentro de un determinado período de tiempo previsible.

Sin embargo, se viene considerando cada vez más, que el aumento de las primas constituye la medida más justa y más eficaz. También es la medida más fácil de manejar y la que cuenta con la mejor aceptación desde el punto de vista psicológico. Es por ello, que muchas compañías intentan aplicar sólo esta medida lo más ampliamente posible, o sea, que tratan de afrontar la agravación del riesgo únicamente a base del aumento de la prima.

A estos efectos es preciso establecer una conversión: La extramortalidad determinada tiene que ser convertida en una sobreprima, para cuyo cálculo también son factores determinantes la edad del solicitante y la duración del seguro solicitado.

Un error frecuente a este respecto radica en suponer que la prima tendría que aumentar a razón del mismo porcentaje con que aumenta el índice de la mortalidad. Esto solamente sería correcto en el caso de las primas destinadas a cubrir riesgos puros, prescindiendo de porcentajes de ahorros y gastos; primas que prácticamente no existen. Para obtener un resultado correcto, más bien es necesario restar de la prima todos los factores que exceden los de una prima de riesgo puro, y aumentar el resultado en la misma medida que esté aumentada la probabilidad de fallecimiento. Existen tablas para ahorrarse este trabajo; son las llamadas tablas de extramortalidad.

Generalmente sólo las compañías ya establecidas desde hace tiempo, que cuentan con una amplia cartera y experiencia de muchos años, están en condiciones de cargar con el aparato de personal y la organización que implica una tarificación de los riesgos funcionando impecablemente. En lugar de esto, las compañías de seguros buscan por lo regular el

apoyo total o parcial del reasegurador, ya que pertenece a las tareas o funciones de éste el prestar sus servicios a compañías que colaboran con él. Uno de los objetos más esenciales que encierra este servicio lo constituye la tarificación de los riesgos agravados. La compañía que inicia sus actividades dentro del ramo de Vida recibe primeramente del reasegurador toda la documentación que ésta va a necesitar, y cuya redacción propia le podría presentar dificultades. En lo tocante a la tarificación misma, cabe imaginarse un sistema escalonado de los servicios, en el cual, en caso extremo, el reasegurador se hace cargo de los trabajos completos de tarificación, cuando por el lado del asegurador se trata de un "principiante en el ramo de Vida". Esto no significa dificultad alguna desde el punto de vista de la organización; el rodeo que se hace por este concepto tampoco afecta la rapidez de que el caso precisa.

La cuestión es ahora la de cuánto tiempo ha de mantenerse vigente esta situación, en la cual el asegurador no tiene que hacerse cargo de los trabajos de tarificación.

Esta es una cuestión que concierne a la política comercial; diferentes reaseguradores la consideran de diferente manera. El criterio que predomina es el siguiente: En lo tocante a la tarificación, no debe mantenerse al asegurador en una situación dependiente a plazo ilimitado; no hay reasegurador sensato que desee mantener a la larga una postura monopolista ante empresas faltas de potestad. Más bien, el reasegurador se esforzará por proporcionar una ayuda constructiva para el desarrollo del asegurador, indiferentemente de que se trate de un principiante absoluto o de que éste ya cuente con un cierto nivel de conocimientos al respecto.

Indudablemente también existen compañías que prefieren encargar la tarificación al reasegurador a largo plazo. No obstante, el interés propio del asegurador, correctamente interpretado, es el de tender a hacerse cargo paulatinamente él mismo de la tarificación en forma independiente.

En consecuencia, los trabajos están enfocados hacia el objetivo de crear las condiciones previas de personal que el asegurador necesita para poderse ir encargando de tarificar primero los riesgos más simples y después, progresivamente, también los más complejos, en una dependencia cada vez menor del reasegurador. En este caso, el reasegurador actúa en funciones de instructor, en parte a través de las actividades que desempeña dentro del marco de los trabajos de tarificación mismos (a base de aclaraciones, explicaciones etc.), pero principalmente actúa como tal, al recibir en su sede a los colaboradores directivos del asegurador, para impartirles los conocimientos de la especialidad.

También los médicos con preparación especializada en seguros de vida (también de compañías que ya se vienen dedicando desde hace tiempo al negocio de Vida,) siempre vuelven a acudir gustosa y regularmente a tales estancias informativas en la sede del reasegurador. Además de las ventajas meramente profesionales que ofrecen, estas visitas también tienen la ventaja de brindar un alto grado de relaciones personales, que se llegan a establecer en esa oportunidad.

Una ayuda más consiste en que el reasegurador reúna en un libro sus experiencias de tarificación y lo ponga a la disposición del asegurador. Estos libros se denominan Guías o Manuales de Tarificación, y con ellos se trata de hacer que el tarificador cada vez tenga que consultar menos al reasegurador para solucionar casos individuales. (Sigue una demostración basada en el ejemplo de la Guía de Tarificación

Visión jurídica de los seguros de grupo.-

SEGUROS PERSONALES

Guión.-

Profesor Extraordinario:

D. Rafael Illescas.

1. Introducción.
 - 1.1. Aparición de los seguros colectivos.
 - 1.2. Ciertas consideraciones introductorias.
 - 1.3. Razones de aparición y desenvolvimiento.
2. La delimitación del seguro colectivo o de grupo.
 - 2.1. Concepto. Las distintas definiciones.
 - 2.2. Las características propias de la modalidad en cuestión.
 - 2.3. Seguro de grupo y figuras afines: seguro popular, mutuality y seguridad social.
3. Naturaleza jurídica del seguro de grupo.
 - 3.1 Planteamiento y bases para la discusión de la naturaleza jurídica de la modalidad. Las diversas construcciones del seguro colectivo y su naturaleza.
 - 3.1.1. Contrato de mediación y contratos de seguros múltiples.
 - 3.1.2. Contrato de agencia de seguros y contratos de seguros múltiples.
 - 3.1.3. Contrato normativo y pluralidad de seguros individuales.
 - 3.2. Crítica de las diversas construcciones enumeradas.
 - 3.3. El seguro colectivo como un seguro por cuenta de, en beneficio de y sobre la vida de terceros.
 - 3.4. El seguro colectivo como seguro pactado en póliza flotante o de abono.
 - 3.5. Conclusiones acerca de la naturaleza jurídica del seguro colectivo o de grupo.
4. Los diversos elementos del contrato en cuestión.
 - 4.1. Los elementos personales.
 - 4.1.1. Asegurador.
 - 4.1.2. Tomador del seguro -representante del grupo-.

- 4.1.3. Asegurado y grupo asegurable.
- 4.1.5. Beneficiario.
- 4.2. Los elementos reales.
 - 4.2.1. El riesgo.
 - 4.2.2. Prima.
 - 4.2.3. Suma asegurada.
 - 4.2.4. Interés asegurado.
- 4.3. Instrumentos documentales del seguro colectivo.
 - 4.3.1. La póliza de seguro colectivo.
 - 4.3.2. El boletín de adhesión.
 - 4.3.3. El certificado de seguro.
 - 4.3.4. Otros instrumentos documentales.
- 5. Contenido obligacional del contrato de seguro colectivo.
 - 5.1. La posición contractual del asegurador.
 - 5.2. La posición contractual del tomador del seguro.
 - 5.3. La posición contractual del asegurado.
 - 5.4. La posición contractual del beneficiario.
 - 5.5. Vigencia del seguro de grupo.
- 6. Operaciones sobre el seguro colectivo.
 - 6.1. Rescate.
 - 6.2. Reducción.
 - 6.3. Concesión de anticipos.
 - 6.4. Cesión.
- 7. El seguro de vida y accidentes individuales de titulares de cuentas pasivas en establecimientos de crédito.

VALORES GARANTIZADOS

Y

PARTICIPACION EN BENEFICIOS

CONFERENCIA PRONUNCIADA POR
D. Casimiro Lucio Simón Garrido
el día 28 de Noviembre de 1.975
en la E.O.I.

1.- LOS VALORES GARANTIZADOS

Normalmente se vienen considerando como valores garantizados el Rescate y la Reducción. A continuación se desarrollan sus principales características y al mismo tiempo se indican los problemas que plantea su determinación.

1.1. El Rescate

La reserva en los seguros de vida sirve al asegurador, mientras la póliza esta vigente, para mantener el equilibrio entre los valores actuales de las obligaciones futuras de las partes.

Cuando un asegurado rescinde la póliza, la reserva constituida sobre la misma carece de sentido, puesto que con ello, el asegurado renuncia a los beneficios que de la misma se derivarian y el asegurador cesa en sus obligaciones.

La afirmación anterior, no sería correcta, si en el momento de calcular el riesgo se tuviese en cuenta además de la mortalidad, la persistencia en el seguro, es decir la probabilidad de abandono del mismo.

Cuando se procede a calcular las primas, unicamente se tiene en cuenta la mortalidad, puesto que la salida del seguro responde fundamentalmente a motivaciones de la voluntad, es decir, son de tipo subjetivo y por tanto escapan a los computos actuariales.

Dado que, el valor de las reservas se ha constituido con los excedentes de las primas pagadas sobre las que habrían sido necesarias para cubrir estrictamente el riesgo, es justo que el asegurador reconozca determinados derechos al asegurado o contratante al rescindir este la póliza. La evaluación de estos derechos en términos monetarios se conoce como Valor de Rescate.

Reconocido este derecho, será necesario determinar su valor y para ello será preciso fijar los conceptos que el asegurador habrá de tener en cuenta para obtenerle.

De la parte positiva a favor del asegurado o contratante, del valor de la Reserva, habrá que deducir determinadas cantidades, que como consecuencia de la rescisión del contrato, dan lugar a perjuicios que tienen su repercusión en la economía de la Entidad aseguradora.

Desde el punto de vista jurídico, existe un principio recogido en todos los países del mundo, que establece que la parte que rescinde un contrato prematuramente - debe indemnizar a la otra por los perjuicios que con ello le cause.

Entre los motivos de perjuicio para el asegurador podemos enumerar los siguientes:

- Gastos de producción abonados de los que la Entidad aun no se ha reembolsado.
- Posibilidad de antiselección (rescisión de personas que no ven la posibilidad de alcanzar el beneficio del seguro).
- Quebranto de estabilidad (A menor número de asegurados, menor estabilidad).

Desde el punto de vista que aquí se está tratando el tema, interesa fundamentalmente la valoración cuantitativa de los perjuicios enumerados, en este aspecto es fácilmente comprensible que si exceptuamos los perjuicios derivados de los gastos de producción pendientes - de amortización, la valoración económica de forma racional de las otras causas de perjuicio es muy difícil por no decir prácticamente imposible y solamente de forma empírica, más o menos acertada, podría fijarse su cuantía.

Conocidos los conceptos a considerar a la hora de la fijación de valor de Rescate, así como, la posibilidad de su valoración, el problema queda reducido al establecimiento de las fórmulas correspondientes.

No se pretende desarrollar aquí las formulaciones matemáticas que la técnica actuarial ha elaborado, puesto que las mismas entrañan gran laboriosidad de cálculo, no obstante parece necesario formular en una primera aproximación y aun cuando sea en forma simbólica, los conceptos a que se ha venido haciendo mención.

Si llamamos:

tR_x = Valor de rescate correspondiente a un seguro que lleva t años vigente.

tV_x = Reserva correspondiente al mismo seguro y vigente el mismo tiempo.

K_t = Valor en el momento " t " de los gastos de producción pendientes de amortización.

f = Valoración empírica de las otras causas de perjuicio apuntadas. (Antiselección y quebranto de estabilidad).

es indudable que el valor del Rescate a conceder al asegurado vendría dado por:

$$tR_x = tV_x - K_t - f$$

El cálculo de los valores tV_x y K_t suele ser muy laborioso y la estimación de " f " más o menos acertada como ya hemos indicado: Todo ello ha inducido a los aseguradores a recurrir al cálculo del Rescate a través de métodos aproximados, que por término medio, vienen a pro

porcionar valores equivalentes a los que se obtendrían por la estricta aplicación de la fórmula real.

- a.- Valor del Rescate obtenido deduciendo de las reservas de primas puras el importe de un múltiplo de la prima anual comercial.

$$tR_1 = tVx - KP''x$$

Con este método los valores de $tR_1 < tR_x$, y esta desigualdad se acentúa a medida que aumenta el valor de t .

- b.- Otro método abreviado está basado en la utilización de los valores de la Reducción obtenidos a través del método proporcional y consiste en descontar estos valores a un tipo de interés "j", (normalmente mayor que el tipo técnico "i", lo cual supone una penalización para el asegurado) por el tiempo que falte por transcurrir para la terminación del contrato, es decir,

$$tR_x : tW_x (1+j)^{-(n-t)}$$

siendo:

tW_x = capital reducido

j = tasa de interés

n = duración del seguro

t = tiempo transcurrido

Es obvio indicar, que salvo raras excepciones los valores obtenidos por estos métodos no coincidirán con los que resultarían de la aplicación de las verdaderas fórmulas, pero en la práctica se admiten, como promedios equivalentes.

1.2. Capital Reducido.-

Las entidades aseguradoras tratan de evitar la rescisión total de un seguro y por ello antes de perder totalmente una póliza ofrecen al asegurado la opción de mantener el seguro, sin el pago de más primas, reduciendo el capital asegurado anteriormente.

Para el cálculo del nuevo capital consideran como prima única del nuevo seguro el valor del Rescate.

Dado que en la determinación del Rescate se han descontado los gastos de producción aun no amortizados, la prima única del nuevo seguro solamente deberá ser recargada con los gastos de administración.

A título de ejemplo, a continuación se determina el capital reducido, para un seguro temporal; después de -- transcurridos "t" años desde el momento inicial.

tR_x = valor del Rescate

tW_x = Capital Reducido

$\pi'_{x+t:\overline{n-t}}$ = Prima única inventario de un seguro temporal de n-t años de duración.

Con estos valores podemos enunciar:

Si a 1 ptas. de capital asegurado corresponden

$\pi'_{x+t:\overline{n-t}}$ ptas. de prima única

a tW_x ptas. de capital asegurado corresponderán

tR_x ptas. de prima única

y de aquí:

$${}^tW_x = \frac{{}^tR_x}{\pi'_{x+t:\overline{n-t}}}$$

Como anteriormente se ha indicado, el cálculo del valor del Rescate entraña dificultades y por ello se ha recu-

rrido a la utilización de fórmulas aproximadas; dado que el valor de la Reducción se basa en el de Rescate, su cálculo vendrá afectado por esta circunstancia y por ello analógicamente las entidades aseguradas han recurrido a la fórmula proporcional, es decir:

El capital reducido se obtiene multiplicando el capital inicialmente contratado por el número de primas pagadas y dividiendo el resultado por el de las contratadas, o sea

$${}^tW_x = \text{capital contratado} \times \frac{t}{n}$$

El valor del capital reducido obtenido a través de esta fórmula aproximada, naturalmente no coincide con el que se obtendría por la fórmula real, ahora bien, se puede demostrar científicamente que los valores así obtenidos son lo suficientemente aproximado como para poder aceptarlos

1.3. Algunas consideraciones sobre los valores garantizados

Se ha venido exponiendo en que consisten los valores garantizados, así como los métodos que en la práctica son de normal utilización, consecuencia de las dificultades que entraña su cálculo a través de las fórmulas matemático-actuariales correspondientes.

Su aplicación práctica presenta algunas consideraciones a tener en cuenta.

En primer lugar, el cálculo del valor de Rescate a través de la fórmula matemática real resulta, dependiendo de los valores de "K", negativo para los primeros años, esta circunstancia motiva que los aseguradores no concedan este derecho hasta que han transcurrido los tres primeros años del seguro, con ello se consigue una compensación de los rescates negativos debidos a las anulaciones de los dos primeros años.

Por otra parte, dado que la fórmula de la Reducción se basa en el valor de Rescate, el derecho a la misma no se suele reconocer más que para los mismos años que este.

En segundo lugar, el derecho al Rescate no puede ser concedido en todos los tipos de seguro, puesto que a muchos de ellos por su propia estructura no les es aplicable este derecho.

Fundamentalmente para todas aquellas modalidades en las que la percepción de la garantía del seguro es cierta, debe ser reconocido el derecho al Rescate, no así para aquellos otros de los que no se dá tal circunstancia.

A título informativo, se puede decir que si exceptuamos los seguros temporales y las rentas, el resto de los seguros admiten el valor del Rescate.

Finalmente, de la Reducción, dada su correlación con el Rescate, podemos decir otro tanto; ahora bien, en las rentas diferidas con primas temporales, en las que no existe el Rescate, es posible conceder tal garantía.

2.- OTRAS GARANTIAS

Además de las garantías anteriores, las Compañías suelen incluir entre las posibilidades a favor de los asegurados otras análogas cuyo fin siempre es el mismo, "si un asegurado no puede seguir haciendo frente a sus obligaciones, liberarle de ellas, transformando las del asegurador de manera que el equilibrio entre las obligaciones de las partes se mantenga".

2.1. Seguro prorrogado

Esta opción consiste en lo siguiente:

el asegurado deja de pagar sus primas y el asegurador tomando como prima única el valor del Rescate procede a reducir el tiempo de duración del contrato inicial, es decir, aplica el rescate como prima única de un seguro temporal de riesgo.

La formulación matemática exacta, así como su desarrollo presenta dificultades, por tanto y en forma simplificada el planteamiento sería el siguiente:

$$tRxn = \overline{P}'x + t:\overline{m} + \alpha$$

donde

$tRxn$ = Rescate

$\overline{P}'x + t:\overline{m}$ = Prima única de inventario de un seguro de "m" años de duración.

α = Residuo que resultará de hacer "m" entero

En el caso de $\alpha = 0$ la prima única coincidirá con el valor del Rescate, en caso contrario se tomaría "m" el más próximo por defecto.

2.2. Transformación de contratos

Es frecuente, en el ámbito del seguro, que un seguro contratado de acuerdo a un plan, se modifique transcurrido un cierto tiempo.

La posibilidad incluida en la Póliza, que las Entidades Aseguradoras ofrecen al asegurado de transformar el seguro que contrataron en otro, es lo que se conoce como Paridades de Seguros o bien Transformación de contratos.

Existen distintas alternativas de transformación así:

- Conservando el mismo capital y efectos iniciales pero variando la prima.
- Conservando la misma prima pero variando el capital, manteniendo el efecto inicial.
- Variando el efecto inicial, en los casos anteriores.

La formulación matemática de la transformación a realizar será necesario resolverla en cada caso concreto y dada su complejidad no se proceda a su desarrollo, ahora bien, unicamente a título informativo se indica, que para realizar cualquier transformación de un seguro vigente en otro nuevo, será preciso igualar las fórmulas que para uno y otro determinan las reservas correspondientes.

Obtenidas las fórmulas de las reservas correspondientes a ambos seguros y planteada su igualdad se procedería a resolver la misma determinando el valor del elemento o elementos que aparezcan como incógnitas.

Si la diferencia de reservas fuese favorable al asegurador, el asegurado tendrá la obligación de reponer esa diferencia.

Tal reposición podría hacerse en una sola vez o pagando mayor prima o de cualquier otra forma que acuerden las partes contratantes.

En el caso contrario será el asegurador el que tendrá que devolver la diferencia de reservas, esto normalmente no se hace, sino que tal diferencia se aplica al pago de primas futuras o se constituye como prima única del correspondiente aumento de capital de un seguro de la misma naturaleza.

En el caso de proceder a transformar el seguro vigente en otro se debe calcular la reserva de este último como si hubiese existido previamente y procede a continuación del modo indicado, teniendo presente en este caso que la diferencia entre las reservas siempre será favorable al asegurador.

Cabe indicar finalmente sobre este tema, que si bien las Compañías garantizan la posibilidad de la transformación, suelen poner algunas trabas a la misma para evitar la antiselección, tales como, que la nueva prima no sea menor, o que la duración del nuevo seguro sea menor que la del que ha dado lugar a la transformación.

2.3. Prestamos

Otra garantía que suelen ofrecer las Entidades al contratante, es la posibilidad de obtener un préstamo, con garantía de valor de Rescate.

Las condiciones del mencionado préstamo, suele fijarlas la compañía, fundamentalmente en lo que se refiere al tipo de interés aplicable al préstamo y el momento de pago y amortización del mismo, así como, el porcentaje del valor de Rescate que sirve de base para la fijación de la cuantía del préstamo.

Logicamente, en aquellos seguros en que no existe el Rescate, tampoco se conceden préstamos sobre el seguro.

3. LA PARTICIPACION EN LOS BENEFICIOS.--

Hace más de 40 años, comienzan a ofrecerse en algunos países seguros con participación en los beneficios. Su aparición, más que reflejo de una realidad es consecuencia de la competencia entablada entre las distintas compañías.

Ello origina la natural reacción de los Organismos de Control y aparecen las prohibiciones y limitaciones a tales formas de actuación.

Al mismo tiempo la realidad va tomando cuerpo y las prohibiciones y limitaciones van perdiendo vigor, consecuencia lógica de los estudios realizados de los que se desprende la justicia de tal participación.

A este respecto se incluyen los párrafos siguientes extraídos de la obra de CONSAEL, "El desarrollo de los seguros de grupo en Bélgica y su sistema de control, instaurado por O.M."

"El reparto de una parte de los beneficios excedentes entre los asegurados ha aparecido en todo momento como una necesidad técnica a la vez que comercial; ello concuerda esencialmente con la naturaleza misma del contrato de seguro. Como dijo muy bien M. Vaw Dievoet en su informe sobre los seguros: toda empresa de seguros constituye una gran mutualidad, y el hecho de que esta mutualidad sea administrada por un asegurador profesional, llevado efectivamente por un ánimo de lucro, no cambia en nada su naturaleza".

"... Los factores que determinan el nivel de primas están sujetos a variaciones en el tiempo; estas variaciones presentan un carácter a la vez fortuito y sistemático, que interesa compensar y ajustar a la situación real que reflejen las cuentas de resultados. La técnica de participación en beneficios tiene precisamente como objetivo efectuar dicha compensación y dicho ajuste de un modo equitativo. Y resulta que no se puede determinar con exactitud y certidumbre cual va a ser la evolución de la mortalidad de los asegurados, pero si de alguna manera la de las rentas de los fondos de reserva o el nivel ulterior de los gastos de gestión.

El asegurador prudente debe adoptar, para el cálculo de las primas, unas bases que le dejen durante un cierto tiempo un margen de beneficios, pero que sean al menos suficientes para el caso de que la coyuntura sea desfavorable. Por ejemplo, una diferencia de 0,5% en las tasas de interés durante el período de duración de un contrato equivalente a un beneficio o a una pérdida del orden del 5% de las primas, siempre y cuando el resto de los elementos permanezcan iguales.

Se trata, entonces, de hacer una selección concienzuda de las bases que vayan a adoptarse a la hora de hacer una nueva tarificación. Si resultan unas tasas relativamente altas, es equitativo que, a la vista de los resultados técnicos del balance, la empresa de seguros restituya a los asegurados una parte del exceso de recaudación".

3.1. Finalidades de la participación en beneficios

La participación en los beneficios en el seguro de vida puede considerarse, en general, como corrección del precio a posteriori a favor del asegurado.

Con el fin de que el asegurador pueda cumplir con sus obligaciones, la prima suele incluir normalmente márgenes de seguridad. La cuestión por tanto radica en que parte de estos márgenes deben ser considerados como beneficio de la Compañía.

La finalidad que debe perseguir el asegurador, es conceder una participación justa. Cada asegurado debe de participar en el beneficio de la empresa exactamente en la misma proporción en la que contribuye a la formación del mismo.

Será más "justa" aquella empresa que distribuya la parte de beneficios después de calculados, que aquella otra que abone beneficios promedio constantes.

Una cuestión importante es la determinación de la cantidad que del superavit debe repartirse. Su fijación dependerá fundamentalmente en la política que decida seguir la compañía.

La distribución de una participación lo más elevada posible, se hará pensando en alcanzar una posición favorable en el mercado.

Otro criterio puede consistir en distribuir la participación en dos partes, una anual minima y con ello reforzar sus disponibilidades de inversión y abonar asi al final del seguro una participación más atractiva.

En otro aspecto la participación en beneficios representa ciertas ventajas para las partes, puesto que:

- Es un medio que sirve para aumentar la estabilidad de la cartera. Es evidente que los asegurados no cancelarán sus pólizas tan facilmente, si las primas anuales se hacen más baratas con la participación en los beneficios y en caso de participación final, esta provoca una reacción positiva para el mantenimiento de las mismas.
- En cierta forma y medida, viene a compensar la constante desvalorización de la moneda.
- Puede incitar a la suscripción de determinados seguros adicionales.
- Suele ser un aliciente que atrae hacia la empresa nuevos asegurados.

3.2. Requisitos

Toda participación en beneficios debe ajustarse a determinados requisitos, entre los cuales merecen destacarse:

- El proyecto técnico en que se base debe ser sometido y estar autorizado por la autoridad administrativa de control.
- La participación de los asegurados debe calcularse sobre el superavit realmente obtenido, es decir debe ser una autentica participación en los beneficios, y no garantizar al asegurado una cierta cantidad.

- La gestión y contabilidad de las operaciones, en las que se incluya la participación, deben ser llevadas por separado.
- El reparto debe realizarse solamente cuando las correspondientes pólizas hayan llegado a su estabilidad y se debe fijar además que tengan un tiempo mínimo de vigencia.

En los casos de pólizas de seguros de un año de duración asimismo se fijará un número mínimo de años de renovación.

- El volumen de beneficios distribuibles, será exclusivamente el correspondiente a la modalidad o ramo en que se esté autorizado.
- Los beneficios de un año determinado no deben abonarse inmediatamente, sino asignarse a un fondo o reserva de beneficios.
- Debe evitarse en lo posible dar al solicitante de un seguro estimaciones sobre la participación y si se le comunican debe hacerse a través de la dirección de la compañía, no por los agentes, y los cálculos estimativos deben hacerse en función de los beneficios obtenidos en el ejercicio anterior.

3.3. Fuentes de participación

Las fuentes de donde provienen los beneficios de las compañías de seguros son fundamentalmente; la mortalidad y el rendimiento de las inversiones.

- a.- Beneficio por mortalidad. La mortalidad en el mundo entero se ha desarrollado en forma satisfactoria, siendo actualmente mucho más reducida que hace algunos años.

Las tarifas de las compañías se basan en tasas de mortalidad de la población de hace algunos años, su aplicación para una población actual, suele resultar, por tanto, relativamente alta y en consecuencia los resultados técnicos positivos.

b.- Beneficio consecuencia de intereses

De todos es conocido que para la obtención de las tarifas se emplean tipos de interés técnico relativamente bajo, (en España 3,5% para los seguros de muerte y 4,5% para los de supervivencia). Las tasas de interés a los que las compañías invierten sus disponibilidades son en la actualidad mucho más elevadas, lo cual produce unos beneficios indudables.

En general, los beneficios derivados de las inversiones suelen ser muy superiores a los correspondientes a la tasa de mortalidad.

c.- Otras fuentes de beneficios.-

Además de las dos fuentes fundamentales de producción de beneficios, podemos considerar otras que - también pueden proporcionarlos, aun cuando su importancia es mucho menor; tales son:

- las cancelaciones prematuras.
- anulaciones.
- recargos por gastos en la prima.

Estos últimos recargos son los correspondientes a los gastos de administración y de gestión o adquisición. Normalmente se obtienen beneficios del recargo para administración y pérdidas del de gestión, en consecuencia su significación es excasa.

3.4. Formas de participación

Las entidades aseguradas han elaborado distintos planes de participación en los beneficios de entre ellos se - incluyen a continuación los siguientes:

- Cálculo de la participación tomando como base la prima anual o bien el capital asegurado, en este caso - la participación resulta constante.
- Cálculo en base a la suma de las primas pagadas, naturalmente la participación resulta creciente.
- Cálculo tomando como base la reserva matemática, también la participación es de tipo creciente.
- Plan combinado para la participación en los beneficios de la empresa. Consiste en determinar la participación de los asegurados tomando como base las fuentes de utilidad (mortalidad, rendimiento de las inversiones y otras).

Los beneficios obtenidos por el sobreinterés alcanzado en las inversiones se suele repartir proporcionalmente a la reserva matemática y los obtenidos en base a la mortalidad y gastos se distribuyen en proporción a la prima anual o la suma asegurada.

- En algunos países existe en la actualidad una tendencia que consiste, a grandes rasgos, en dar posibilidad al asegurado a emplear sus participaciones en los beneficios como prima única de un seguro adicional.

Originalmente, en los albores de la puesta en práctica de la participación de beneficios se utilizaba el porcentaje - uniforme sobre la prima anual; con el tiempo se van introduciendo modificaciones en este sistema, (porcentaje sobre el capital, escalonamiento del mismo en función de la antigüedad de la póliza, porcentaje constante sobre la reserva ma-

temática, hasta desembocar en el plan combinado que empieza a aplicarse despues de la segunda guerra mundial).

En la actualidad se siguen empleando todos ellos utilizando-se uno u otro dependiendo del volumen de la cartera y de la política de las empresas, no obstante, la tendencia más generalizada es la que se hara en la utilización del plan combinado, puesto que este por una parte, proporciona los máximos beneficios y con ello favorece la competencia en el mercado y por otra, fortalece la cartera y compensa en mayor medida los efectos de la devaluación monetaria.

Otra circunstancia a tener en cuenta al respecto es la importancia y el coste que para la entidad puede suponer el trabajo administrativo derivado del cálculo de la participación en los beneficios.

En los planes en los que el calculo es de tipo proporcional no parece que pueda incrementar mucho las tareas administrativas, siempre que tal sistema se mantenga constante. En cambio en los casos en que se aplican planes combinados puede llegar a ser un factor importante en dichos trabajos, tanto es así, que en los casos de porcentajes aplicables sobre la reserva, se suele hacer sobre valores aproximados de la misma.

Otro tema de interes por cuanto tambien tiene gran repercusión en las tareas administrativas es el relativo a la forma en que ha de llevarse a efecto la distribución del beneficio.

Se vienen utilizando dos grupos de métodos:

1º.- Distribución durante el periodo del seguro:

- Reducción de la siguiente prima
- Pago en efectivo
- Amortización de prestamos.

2º Distribucion al finalizar el seguro

- Acumulación con intereses
- Aumento de la suma asegurada
- Reducción o ampliación de la duración del seguro.

Hace algunos años, con el fin de reducir los costes de administración, las empresas aseguradoras preferían realizar el abono de los beneficios deduciendolos de la prima siguiente. En la actualidad la aparición de planes modernos de la participación, ha venido a complicar e incrementar el trabajo administrativo, que por otra parte se ha visto compensado con la aparición de nuevos métodos y medios de organización de estos trabajos (computadoras).

De cualquier forma, cualquiera que sea el tipo de distribución de beneficios elegido, su puesta en practica influye en gran medida en las tareas administrativas pues en el caso en que la participación se distribuya a lo largo de la duración del seguro, habrá de calcularse aquella para cada póliza, y si la distribución se hace al final del contrato, será preciso determinar en ese momento la cantidad total a pagar y al finalizar cada ejercicio habrán de calcularse (individualmente o en forma global) los beneficios a abonar en la cuenta de reservas.

3.5. Evaluación de los beneficios.

Dado que la participación en beneficios debe ser "justa", su determinación debe de ser real, para ello será preciso proceder a la evaluación correcta de los ingresos y gastos computables, tanto desde el punto de las fuentes de los mismos, como de su imputación a la modalidad o agrupación a la que se haya concedido la participación.

Asimismo, para mayor claridad y en ocasiones consecuencia del sistema de participación elegido, parece necesario pro-

ceder al cálculo del beneficio distinguiendo el origen de los mismos.

A título informativo y sin pretender ser exhaustivo se incluyen a continuación los desgloses que para el cálculo se vienen utilizando por determinadas entidades - extranjeras.

- 1.- Resultado de la comparación entre la mortalidad técnica y la real, para los seguros emitidos directamente, incluyendo la parte cedida en reaseguro.

La correspondiente cuenta incluirá como ingresos la prima de riesgo, reserva matemática liberada por siniestros ocurridos en el ejercicio, resultado del reajuste de la reserva de siniestros pendientes, si fuese positivo, o como gasto en caso contrario, junto con el pago por siniestros, reserva de siniestros pendientes y los gastos debidos a exámenes médicos gratuitos y similares.

El resultado obtenido de la cuenta anterior puede ser incrementado por el de los seguros complementarios que acompañen a determinadas pólizas.

- 2.- Resultado de la comparación entre los rendimientos efectivos de las inversiones y los técnicos incluyendo las cesiones en reaseguro.

La cuenta incluiría los ingresos por inversiones y recargos por pago fraccionario y como cargos los intereses sobre participación en beneficios y cualquier otro tipo de intereses efectivos.

- 3.- Resultado de la comparación entre los gastos de adquisición o producción previstos en el cálculo técnico y los efectivamente pagados emitidos directamente incluyendo los correspondientes al negocio cedido en reaseguro.

- 4.- Resultado de la comparación entre los gastos de administración previstos en el cálculo técnico de las primas y los costos reales correspondientes a los seguros emitidos directamente incluyendo la parte cedida en reaseguro.
- 5.- Resultado de las pérdidas y ganancias obtenidas de las inversiones (plusvalias, amortizaciones minusvalias).
- 6.- Resultado del reaseguro aceptado.
- 7.- Otros resultados consecuencia de ingresos y gastos no considerados en los apartados anteriores.