



# TRÉBOL

Publicación de **MAPFRE RE**

Número 11 - Año IV - Abril 1999

## SUMARIO

- 1 Editorial.
- 2 Seguros de salud en España.
- 4 Reglamento de seguros en España y su aplicación en los ramos de no vida.
- 7 El mercado europeo de reaseguros: análisis de la última campaña de renovaciones.
- 11 Noticias.
- 12 Agenda.

[www.mapfrere.com](http://www.mapfrere.com)

Hemos escogido tres temas que, por su actualidad, pensamos pueden despertar el interés de nuestros lectores.

El primer artículo versa sobre los seguros de salud en España y el auge que están conociendo. El autor efectúa un análisis sobre las modalidades de cobertura en uso y centra sus comentarios en una modalidad mixta que agrupa características típicas del seguro de reembolso de gastos médicos con otras más propias de asistencia sanitaria. Termina por solicitar un mejor tratamiento legislativo ante el esfuerzo económico privado que permite complementar la asistencia sanitaria pública.

El 1 de enero de 1999 entró en vigor en España el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. En el artículo que presentamos, el autor realiza un análisis descriptivo de las novedades que introduce el reglamento en el campo de los seguros no-vida. Destacan la incorporación de conceptos hasta ahora no contemplados por el legislador en el seguro español en materia de provisiones técnicas. Destaca como novedad la posibilidad que se abre para los aseguradores de dotar una nueva reserva de riesgos en curso para hacer frente a posibles re-

sultados técnicos negativos derivados de la suscripción. También resalta como novedad la posibilidad de incluir dentro de la reserva para prestaciones (también conocida como reserva de siniestros pendientes de pago), parte de los gastos internos incurridos por las aseguradoras en la liquidación de los siniestros pendientes. El autor termina por sugerir mayor armonización de criterios entre los legisladores internacionales en la redacción de las bases técnicas de los productos de seguro. A raíz del nuevo reglamento, no se requerirá en el futuro el sometimiento de las bases técnicas a las autoridades de control con carácter previo a su utilización.

El último artículo hace referencia a la pasada campaña de renovación de los tratados de reaseguro. El autor da una visión del contexto general en el que se ha desarrollado la campaña e ilustra sobre el tratamiento que en distintos mercados se está dando al problema del cambio de milenio, también llamado «efecto 2000». Por último, el artículo ilustra sobre el conocimiento del ambiente de competencia extrema que persiste en nuestro sector.

# Seguros de salud en España

**Alonso Uri**  
MAPFRE VIDA

**El seguro de reembolso en nuestro país se introdujo hace pocos años y, por tanto, es aún muy joven, pero los crecimientos obtenidos han sido espectaculares y es de esperar que esta tendencia continúe en el futuro. Desde el punto de vista económico, el beneficio que se puede obtener de este negocio debe procurarse a través de los gastos de gestión.**

El cuidado de la salud, en el término más amplio de la palabra, es un derecho fundamental de todo ser humano y los gobiernos deben procurar los medios a su alcance, ya sea a través de los sistemas públicos o de la medicina privada, para que todo ciudadano pueda ejercitar este derecho.

Es evidente que en estos últimos años el Sistema Nacional de Salud en España ha conseguido logros muy importantes, pero de todos ellos quizás el de más transcendencia haya sido la universalización de la medicina.

En la sanidad privada, el hecho de que exista un mayor nivel de competencia en cuanto a rentabilización y contención del gasto sin reducir la calidad en el servicio hace que no existan las listas de espera, no haya masificación y, por tanto, que el trato sea más personalizado e incluso, con algunos productos aseguradores, que se consiga una verdadera libertad de elección de médico y hospital. Esto, unido a una deficiente organización de la sanidad pública, provoca que la situación de ésta no sea nada alentadora y con pocos visos de mejorar, con un gran número de pacientes en lista de espera para cirugía y pruebas complementarias, hospitales masificados, servicios de urgencia a tope, etc. Pero es un hecho que la medicina es cara y esto es algo de lo que debemos mentalizarnos todos, tanto usuarios como prestatarios, porque se demanda una mejor calidad asistencial y la tecnología es cada vez más sofisticada, lo que implica un elevado gasto sanitario.

Por consiguiente, entendemos que si un ciudadano quiere solucionar a través de la medici-

na privada, ya sea como alternativa en el caso de los funcionarios de la Administración pública o como complemento en el resto, aquellas deficiencias que tiene la sanidad pública, tendrá que hacerlo a través de un seguro de salud, ya sea en la modalidad de reembolso de gastos o en la de asistencia sanitaria.

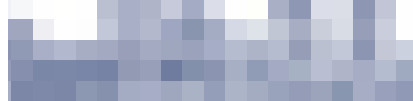
En España existen en la actualidad, encuadrados en el ramo de enfermedad, una extensa gama de productos, aunque se podrían dividir fundamentalmente en dos tipos, seguros indemnizatorios (baja laboral, hospitalización, intervención quirúrgica, etc.) y seguros médicos privados.

Dado el limitado espacio con el que contamos, en esta ocasión hablaremos únicamente de estos últimos, los seguros médicos privados.

Tradicionalmente, la modalidad con mayor implantación en el mercado ha sido la asistencia sanitaria, al contrario que en el resto de Europa y Estados Unidos, países en los que tiene más arraigo el seguro de reembolso de gastos.

El seguro de reembolso en nuestro país se introdujo hace pocos años y, por tanto, es aún muy joven, pero los crecimientos obtenidos han sido espectaculares y es de esperar que esta tendencia continúe en el futuro.

Es lógico pensar que las dos modalidades –asistencia sanitaria y reembolso de gastos– tienen sus ventajas y sus inconvenientes. Las más importantes desde el punto de vista de su utilización por parte del asegurado es que en el seguro de reembolso hay una absoluta libertad en la elección del médico o del hospital, pero el asegurado debe



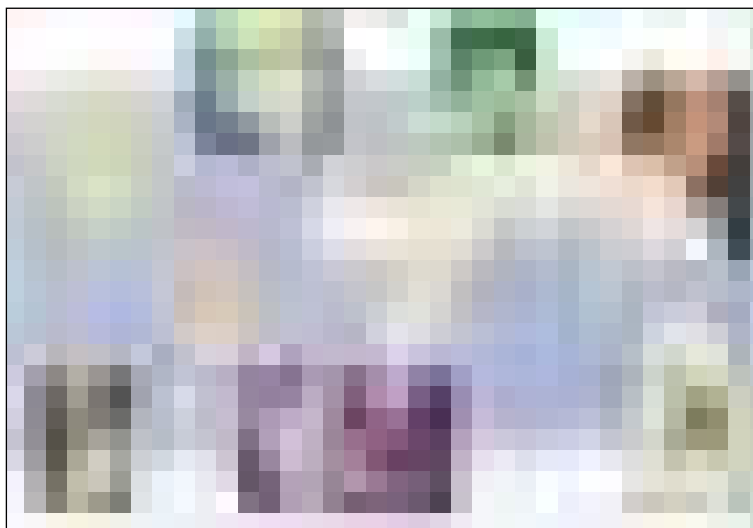
abonar el coste del servicio solicitando la correspondiente factura para entregarla con posterioridad a la compañía de seguros, que le reembolsará un porcentaje, que suele estar situado entre el 80% y el 90%. Esto no ocurre con los seguros de asistencia, ya que la cobertura se limita a una prestación de servicios y, por tanto, el asegurado no tendrá que abonar ningún importe, salvo una cantidad determinada en concepto de participación en el coste de los servicios y que suele instrumentarse a través de tickets o tarjetas informáticas. Pero, en esta modalidad, la libertad de elección se circunscribe a los médicos y centros hospitalarios que la compañía tenga concertados.

En los seguros mixtos, al ser de uso frecuente y en muchos casos inmediato, es fundamental que se comercialicen con transparencia y rigor, explicando al asegurado no sólo las coberturas, límites, plazos de carencia y exclusiones, sino también cómo se debe utilizar. De no hacerlo así, se producirían problemas, en algunos casos muy graves, que no son deseables ni para el propio asegurado ni para la compañía aseguradora.

Conviene destacar que los plazos de carencia que se aplican en estas pólizas son una defensa que tiene la compañía aseguradora para que no se produzca una antiselección en el sentido de que se puedan contratar pólizas para solucionar un problema determinado, generalmente una intervención quirúrgica, un parto o la realización de una prueba de alto coste. Por este motivo se aplican estos plazos de carencia, que suelen ser períodos de entre tres y doce meses, según el acto médico de

que se trate. No obstante, estos plazos de carencia se eliminan, excepto el de embarazo y parto, cuando el asegurado proviene de otra compañía en la que tenía un seguro de similares características o en caso de urgencia vital.

Los límites de coberturas son necesarios, sobre todo en la modalidad de reembolso de gastos médicos, ya que en España no existe un baremo máximo de precios por acto médico o por proceso y en este tipo de pólizas, cuyo principal atractivo es la libertad de elección, se debe establecer un límite general por persona y año y otros sublímites con el fin de poder establecer



una prima que sea asequible para la persona que tiene interés en su contratación, porque, de no hacerlo así, las primas que tendríamos que aplicar no serían competitivas.

De todas formas, los límites que se aplican son bastante amplios y se establecen sobre la propia experiencia, procurando que los costes de los procesos más habituales no superen estos límites.

La rentabilidad de las compañías que comercializan estos productos es escasa si nos atenemos al beneficio técnico –es decir, la diferencia entre primas recaudadas (ingresos) y prestaciones pagadas (gastos)–, debi-

do a que las primas están muy ajustadas por la gran competencia que existe en el sector.

Desde el punto de vista económico, el beneficio que se puede obtener de este negocio debe procurarse a través de los gastos de gestión. Por un lado, reduciendo todo lo posible los gastos de adquisición o comerciales y, por otro, y en este ramo es fundamental, optimizando la gestión administrativa al máximo, automatizando todo lo referente al sistema de prestaciones, pues hay que tener en cuenta que nos encontramos con productos con una elevada tasa de frecuencia. Esto nos permitirá dar un servicio riguroso y ágil a un coste razonable.

En cuanto a la conveniencia o no de convivir con la Seguridad Social, parece que en ningún momento perjudica a las aseguradoras privadas. Lo único que en principio podría ser un perjuicio es la doble cotización a la que, excepto el grupo de funcionarios, estamos todos obligados. No obstante, bien es sabido que cada vez todos somos más conscientes, aunque

tengamos que pagar dos veces, de las deficiencias existentes en la sanidad pública, y por este motivo se buscan otras alternativas, que en este caso es contratar un seguro médico privado. En cuanto a la pervivencia de las compañías aseguradoras actuales, estamos en un período de concentración y absorción de compañías, por lo tanto, el número se verá reducido. Las exigencias para poder «crear» una compañía de estas características no son alcanzables por muchas de ellas. El detonante final de este proceso de concentración será la obligatoriedad de triplicar el margen de solvencia, según se contempla en la Ley de

Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados del año 1995.

Ante esta situación, nos podemos preguntar, ¿cuál será el futuro de la sanidad privada? Con toda seguridad sabemos que va a depender de las iniciativas que tome el Gobierno sobre la potenciación de la sanidad privada en el sentido de colaboraciones, incentivos fiscales y otras alternativas coherentes.

Siguiendo esta línea, existen varias opciones, entre ellas, se podría pensar, por ejemplo, en dar la posibilidad al individuo de elegir entre la medicina pública y la medicina privada, como ya lo viene haciendo el colectivo de funcionarios de la Administración pública, o tal vez, el Estado debería garantizar un mínimo universal y permitir que ca-

da ciudadano, si quiere y bajo su responsabilidad, amplíe esas prestaciones básicas. Desde luego, de ningún modo podemos pensar en incentivos fiscales, ya que el 15% de desgravación que hasta 1998 se podía deducir por gastos sanitarios y que parecía insuficiente ha sido suprimido por el actual legislador.

Sobre los productos aseguradores de futuro próximo o incluso ya de presente, la mayor preocupación debe estar centrada en aquellos relacionados y que se puedan dirigir a la tercera edad. Hemos de tener en cuenta que la población española cada vez envejece más, de tal forma que si en el año 1980 la población era de 37 millones de habitantes, de los cuales 4,2 millones eran mayores de 65 años, en el año 2000 habrá 6,2

millones de habitantes de edad superior a 65 años de un total de 40,8 millones y en el año 2030 la población española se estima que decrecerá en torno a los 39 millones de habitantes, de los cuales los mayores de 65 años podrán alcanzar los 8 millones. Por otra parte, y éste es un factor que no debemos olvidar, cada día se demanda una mayor calidad de vida en todas sus facetas, asistencia sanitaria, prestaciones sociales, residencias de día, ocio, etc.

Por ello, como decía anteriormente, debemos avanzar mucho y rápidamente en diseñar productos aseguradores que permitan dar solución a todas estas demandas que, sin duda alguna, se van a producir con gran fuerza en un futuro inmediato. ■

# Reglamento de seguros en España y su aplicación en los ramos de no vida

José A. Aventín  
MAPFRE SEGUROS GENERALES

**Estos cambios globalmente reflejan una normativa conservadora, basada en criterios de cálculo de provisiones técnicas muy prudentes y en sistemas de información al público precisos y transparentes, en aras de la protección al asegurado, la suficiencia de provisiones técnicas y la estabilidad económica de las entidades aseguradoras.**

El pasado 20 de noviembre de 1998 fue aprobado el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, condicionando su vigencia operativa a la entrada en vigor a partir del 1 de enero de 1999. Dicho reglamento viene a desarrollar la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, de 8 de noviembre de 1995, en todos aquellos aspectos que dicha norma así lo requería.

Con carácter general, el contenido del reglamento, al igual que la ley a la que se circunscribe, diferencia entre los preceptos relativos a la actividad de entidades aseguradoras domiciliadas en España, sometidas al control de las autoridades de supervisión españolas, y aquellos otros referidos a la actividad en España por entidades domiciliadas en el espacio económico europeo, sometidas al control de las autoridades de supervisión de su país de origen, y por entidades pertenecientes a terceros países.

Por su especial significación, destaca en este reglamento el desarrollo normativo de las provisiones técnicas. Ello era preciso y necesario, dado que en el transcurso de estos tres últimos años desde la promulgación de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados hasta la entrada en vigor del presente reglamento, las entidades aseguradoras han venido dotando sus provisiones técnicas de acuerdo con lo previsto en el anterior reglamento de seguros, de 1 de agosto de 1985.

El tránsito de uno a otro reglamento ha supuesto un distinto significado en algunas provi-

siones técnicas, como es el caso de la provisión de riesgos en curso, y la aparición de otras nuevas, como las del seguro de decesos o seguro de enfermedad, no recogidas explícita ni expresamente en la anterior normativa.

Dado su concepto, estas provisiones deben constituirse por un importe suficiente para garantizar las obligaciones de pago y mantener la necesaria estabilidad económica de la entidad aseguradora en todo momento.

Constituyen el conjunto de provisiones técnicas enunciadas en el ordenamiento jurídico español las siguientes:

- Primas no consumidas.
- Riesgos en curso.
- Seguros de vida.
- Participación en beneficios y para extornos.
- Prestaciones.
- Estabilización.
- Seguro de decesos.
- Seguro de enfermedad.
- Desviaciones en operaciones de capitalización por sorteo.

Todas ellas son aplicables al ámbito del seguro directo, mientras que tan sólo las cinco primeras son exigibles al reaseguro aceptado y esas mismas cinco provisiones, con excepción de la segunda, son aplicables al reaseguro cedido.

La metodología utilizada en el cálculo de las citadas provisiones técnicas, así como su corrección y adecuación a las bases técnicas de la entidad y al comportamiento real de las magnitudes que las definen deben ser certificadas por un actuario de seguros, sin perjuicio

de la responsabilidad que incumbe a la entidad aseguradora.

Como se mencionó anteriormente, la provisión de riesgos en curso cobra un nuevo significado, en el sentido de que deberá dotarse como complemento de la provisión de primas no consumidas en la medida en que esta última no sea suficiente para atender los riesgos y gastos que haya de cubrir la entidad aseguradora que se correspondan con el período de cobertura no transcurrido a la fecha de cierre del ejercicio. Su dotación, por tanto, atiende a un principio de insuficiencia de prima y, consecuentemente, de obtención de resultados negativos de suscripción.

Cuando durante dos ejercicios consecutivos sea precisa la dotación de la provisión de riesgos en curso, la entidad aseguradora deberá presentar en la Dirección General de Seguros un informe actuarial sobre la revisión necesaria de las bases técnicas para alcanzar la suficiencia de la prima.

La provisión de riesgos en curso por operaciones de reaseguro aceptado deberá dotarse igualmente cuando una evaluación prudente de la experiencia y de los resultados de los contratos, aunque no se disponga de información completa o suficiente, ponga de manifiesto una insuficiencia en la prima de reaseguro aceptado.

En el seguro de vida, aun cuando no es objeto de este comentario, se introducen algunas novedades con respecto al tipo de interés aplicable al cálculo de la provisión de seguros de vida, antigüedad de las tablas de mortalidad y de supervivencia empleadas, regulación de los rescates y deber de información mínima que se ha de facilitar en la formalización de los contratos de seguro en materia de asignación de participación en beneficios, valores de rescate y de reducción, etc. Estos cambios globalmente reflejan una normativa conservadora, basada en criterios de cálculo de provisiones técnicas muy prudentes y en

sistemas de información al público precisos y transparentes, en aras de la protección al asegurado, la suficiencia de provisiones técnicas y la estabilidad económica de las entidades aseguradoras.

En el seguro de decesos, dada la naturaleza actuarial del riesgo cubierto, el reglamento homologa técnicamente este seguro a los de vida y establece para la nueva producción suscrita a partir de la vigencia del mismo la necesidad de utilizar una técnica análoga a la del seguro de vida, tanto en lo que se refiere a la determinación de la prima como a la dotación de la provisión técnica del seguro de decesos.

---

**Cuando durante dos ejercicios consecutivos sea precisa la dotación de la provisión de riesgos en curso, la entidad aseguradora deberá presentar en la Dirección General de Seguros un informe actuarial sobre la revisión necesaria de las bases técnicas para alcanzar la suficiencia de la prima.**

---

En el ámbito de la provisión técnica de prestaciones, una de las peculiaridades más notables se refiere a la diferenciación de esta provisión en riesgos de responsabilidad civil profesional, venta de productos y decenal de la construcción, entre otros supuestos, que por tratarse de riesgos donde la manifestación de los siniestros suele y puede darse generalmente con posterioridad al término del período de cobertura, asume la denominación de provisión de prestaciones en riesgos de manifestación diferida.

Ya en el cálculo de la citada provisión técnica de prestaciones se establece expresamente que ésta comprenderá la integración de la provisión de prestacio-

nes pendientes de liquidación o pago, provisión de siniestros pendientes de declaración y provisión de gastos internos de liquidación de siniestros. Esta última provisión no tiene expresamente precedentes normativos y su objeto es el reconocimiento y la dotación expresa de los gastos internos de gestión en que incurrirá la entidad aseguradora para la liquidación y total finalización de los siniestros pendientes de liquidación, pago o declaración.

Las entidades aseguradoras podrán utilizar métodos estadísticos para el cálculo de la provisión de prestaciones. Dichos métodos, antes de su utilización por la entidad, deben ser sometidos al contraste de la Dirección General de Seguros, que podrá aceptar o denegar motivadamente su utilización, así como proponer métodos concretos.

A pesar de que estos métodos estadísticos presentan ciertas bondades en cuanto a la estimación de estas provisiones, ya que recogen tendencias y eliminan la subjetividad implícita de la evaluación caso por caso –lo que puede resultar indicado y aconsejable en determinados supuestos– el reglamento establece una limitación en cuanto a la cuantía mínima deducible a efectos del impuesto de sociedades cuando la provisión de prestaciones se calcule por métodos estadísticos. Una vez más, se produce aquí una disociación no conciliable entre la visión técnica y los aspectos fiscales en materia de provisiones.

Por último, en este campo de las provisiones técnicas, la provisión de estabilización se implanta de forma muy generalizada que no tiene precedentes parecidos en reglamentaciones de seguros anteriores, ya que dicha provisión debe calcularse obligatoriamente en determinados ramos, frente a la liberalidad de criterio existente anteriormente por parte de las entidades aseguradoras.

Así, la aludida provisión debe dotarse obligatoriamente en los supuestos de responsabilidad ci-

vil derivada de riesgos nucleares, riesgos incluidos en los planes de seguros agrarios combinados, seguro de crédito, seguro de caución, seguros de responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles, responsabilidad civil de productos, seguros de daños a la construcción, multirriesgos industriales, seguros de riesgos medio-ambientales y cobertura de riesgos catastróficos.

La provisión deberá dotarse en cada ejercicio por el importe del recargo de seguridad incluido en las primas devengadas, con el límite mínimo previsto en las bases técnicas, hasta alcanzar un determinado importe acumulado. Su aplicación en un ejercicio determinado vendrá a compensar el exceso de siniestralidad sobre las primas de riesgo de propia retención (seguro directo más reaseguro aceptado netas de reaseguro cedido y retrocedido) que se haya producido en ese ejercicio en el ramo o riesgo de que se trate.

Dentro de este breve y parcial recorrido por el contenido del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, merece la pena detenerse en alguna mención a la documentación técnica y contractual de los seguros, ya que las bases

técnicas, las tarifas y la configuración de las pólizas son elementos básicos en la actividad aseguradora.

Con este reglamento, la documentación técnica y contractual de los seguros que suscriba una entidad no debe ser presentada a efectos de autorización previa por parte de la Dirección General de Seguros, si bien debe estar a disposición de ese organismo en cualquier momento que se requiera.

Ello, por tanto, no exime a las entidades aseguradoras de la obligación técnica en todo caso, y, circunstancialmente, de la obligación legal de disponer de las bases técnicas y tarifas correspondientes a todos sus productos y actualizaciones sucesivas de los mismos.

Las bases técnicas deben comprender, entre otros aspectos, todos aquellos relacionados con la información estadística de los riesgos que se vayan a suscribir, recargos para gastos de gestión, que atenderán a los principios de suficiencia y adecuación a la estructura organizativa de la entidad, fijación de primas comerciales de tarifa, ajustadas a los principios de indivisibilidad e invariabilidad, suficiencia y equidad, así como

determinación de los métodos establecidos para el cálculo de provisiones técnicas.

Las referidas bases técnicas suponen, por tanto, el documento básico de cualquier producto asegurador, como expresión de los estudios de índole actuarial encaminados a la determinación de las primas de seguro, la construcción de la tarifa, las normas de selección y suscripción de riesgos, la evaluación de las provisiones, así como la formulación del desarrollo futuro del producto y de las provisiones de resultados tendentes a incrementar la solvencia dinámica de la empresa.

Al amparo de la licencia única y de la actividad aseguradora multinacional, el rigor y concreción característicos de las bases técnicas pueden verse alterados, a pesar de las regulaciones domésticas más o menos precisas, con lo que muy probablemente se requiera en un futuro de líneas básicas de armonización supranacional y de una mayor identificación de factores locales en la evaluación de los riesgos por parte de los aseguradores, para conseguir una política estable y suficiente de precios a largo plazo. ■

# El mercado europeo de reaseguros: análisis de la última campaña de renovaciones

**Guislain Laurent**  
MAPFRE RE Bruselas

**En países europeos se propusieron coberturas de exceso de pérdidas con períodos plurianuales. Hay que hacer notar que en la mayoría de los casos estas ampliaciones de cobertura no fueron acompañadas en general por aumentos de la tarifa, sino que incluso han visto más reducciones en las tarifas.**

La temporada de renovaciones 1998/1999 se ha caracterizado por un deterioro todavía mayor de las condiciones de las carteras de seguros directos y reaseguros.

La transformación de los programas desde una estructura proporcional hacia una estructura no proporcional ha continuado dando como resultado menores ingresos para una exposición más alta.

Los reaseguradores también han tenido que luchar con el problema del año 2000, que es particularmente agudo en lo que respecta a los negocios de responsabilidad, riesgos de incendios industriales, transportes y todo riesgo.

Además de la situación deprimida de las tarifas, en países europeos se propusieron coberturas de exceso de pérdidas con períodos plurianuales (especialmente en Francia, Italia, Países Bajos y Alemania).

Las recientes fusiones y adquisiciones que han afectado al mercado de seguros están también entre las razones del retroceso en la presentación de la información para la campaña de las renovaciones. Por la misma razón, las megacompañías están ahora en una posición más fuerte para ofrecer al mercado condiciones muy competitivas.

En relación con el problema del milenio la mayoría de las compañías europeas han decidido seguir las reglas del milenio dictadas por sus asociacio-

nes de seguros respectivas, incluyendo Alemania, Austria y Suiza, donde las aseguradoras cedentes son más flexibles y no imponen condiciones estrictas, pero, no obstante, parecen controlar la situación mediante el análisis de su cartera y de la exposición potencial y por las sugerencias y recomendaciones dirigidas a sus principales clientes.

Algunas compañías francesas que deseaban aplicar en las renovaciones las condiciones APSAD (Assemblée Plénière des Sociétés d'Assurances Domages, es decir, Asamblea Plenaria de Sociedades de Seguros de Daños) decidieron en una etapa posterior retroceder, haciéndose más flexibles y permitiendo una cobertura restringida del milenio. Se otorga la cobertura siempre que se produzca un daño material que resulte de un error de fecha, excluyendo las pérdidas puramente financieras. Éste sería el caso de avería de la maquinaria.

Puede verse otra particularidad en el mercado holandés con respecto a los contratos en vigor (se ha introducido una exclusión para los contratos nuevos), que es introducir una cláusula de «debida diligencia», que tiene como resultado que las pólizas de todo riesgo se han re-clasificado como riesgos nombrados en lo que respecta al tema del año 2000. En este mercado y además del tecnicismo arriba mencionado, se estableció un organismo de seguridad



**(Millenium Herverzekeringsmaatschappij)** con objeto de agrupar y poner un límite a ciertos tipos de pérdidas relacionadas con el milenio entre los participantes. Sin embargo, las compañías extranjeras y el mercado de la «Bolsa aseguradora» dominado por los **brokers** fueron reacios a adoptar la actitud de la Asociación Nacional de Aseguradores (VVV).

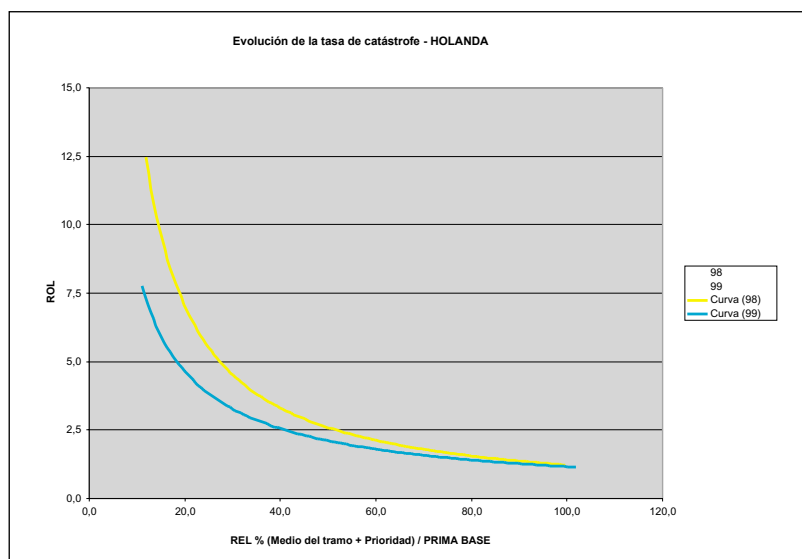
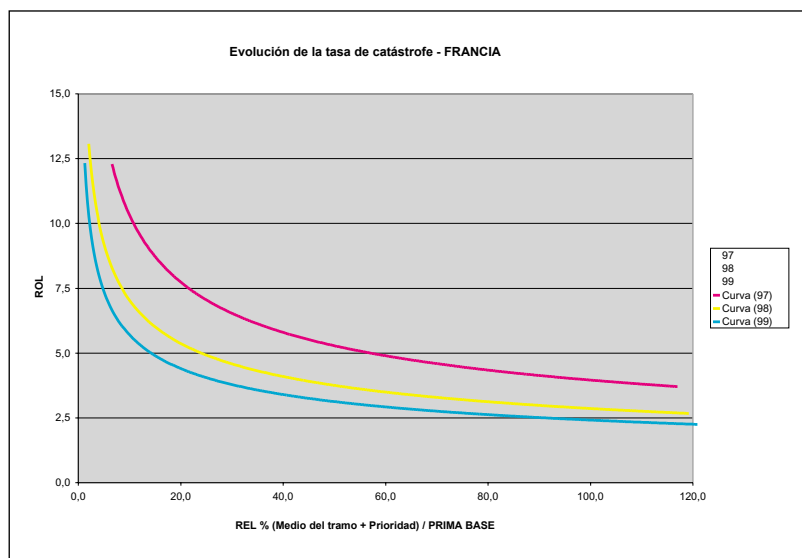
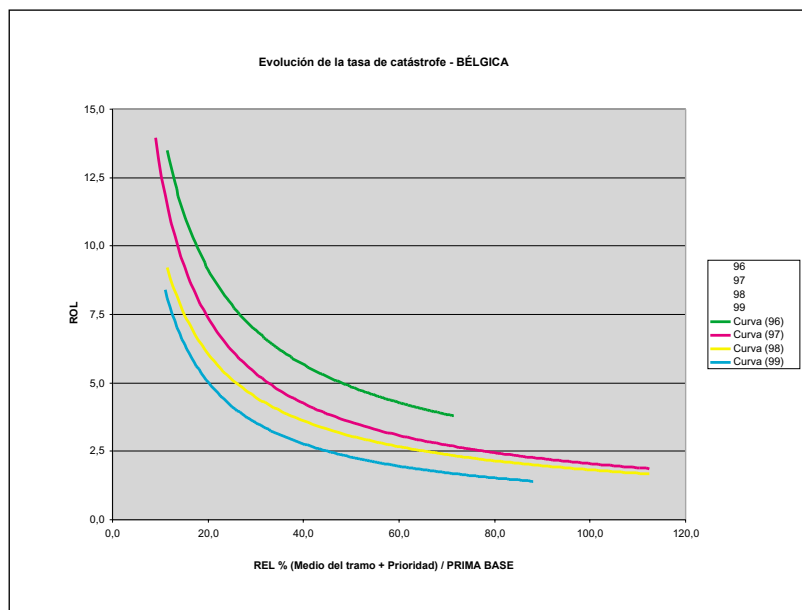
Los comentarios anteriores son aplicables a los riesgos de propiedad comercial e industrial, ya que, como para los riesgos simples la exposición se considera mínima, no se ha previsto exclusión por el milenio.

Para otros tipos de negocios más específicos, como de transportes y energía, no se ha establecido ninguna exclusión del año 2000, pero las compañías están imponiendo cláusulas a sus clientes para asegurar que sus equipos electrónicos propios y de terceras partes cumplan con los requisitos necesarios para el año 2000, y exigen confirmación por escrito en este aspecto. Si los fabricantes no son capaces de dar tal confirmación, los asegurados deben cerciorarse de que todos los sistemas se ensayen adecuadamente. Los que no cumplan con las medidas anteriores deberán esperar que los aseguradores se nieguen a cubrir las pérdidas originadas por la falta de cumplimiento.

Para el seguro de aviación, todos los mercados han acordado aplicar la cláusula de exclusión AVN2000, aunque con la posibilidad de una devolución de la cobertura si se confirmase el cumplimiento pleno.

Para completar el cuadro, en algunos países como Escandinavia, Israel, Francia y Alemania, algunas compañías, para evitar debates sobre la cobertura, han decidido renovar sus contratos de reaseguro de 1999 por dos o más años.

En relación con el problema de la reducción de tarifas se calcula que los niveles de precio relativos a los negocios de tratados



no proporcionales han caído en un 20% aproximadamente para los negocios CAT XL y en un 10% para los negocios de riesgo XL.

Este deterioro, que ha estado afectando al mercado durante más de cuatro años, va de la mano de un aumento sustancial de la exposición monetaria del programa y/o con un ámbito de cobertura más amplio.

Con respecto a las coberturas CAT incluimos a continuación un gráfico que ilustra esta característica (paralela entre la tarifa en línea y la mediana de la capa).

Con respecto a los negocios de riesgo XL, las tendencias actuales parecen indicar que el precio seguirá inalterable para los programas afectados por pérdidas y está siendo reducido sistemáticamente para los programas libres de pérdidas.

Para los negocios facultativos (que de hecho reflejan la situación de las condiciones originales) las tarifas se redujeron como media en un 20% aproximadamente.

Para riesgos de propiedad considerados de calidad este descenso ha alcanzado el 35-40%. Esto hay que añadirlo a otra ola de descenso que afectó a la campaña anterior de renovaciones en una media del 15/20%.

Otro factor significativo fue la ampliación de coberturas de propiedad, hacia conceptos «todo riesgo». Esto se hizo sentir en Alemania, por ejemplo, y en cierta medida en Francia. Hay que hacer notar que en la mayoría de los casos estas ampliaciones de cobertura no fueron acompañadas en general por aumentos de la tarifa, sino que incluso han visto más reducciones en las tarifas.

Como las colocaciones facultativas son en general bastante costosas, la cantidad de coberturas semiautomáticas o totalmente automáticas ha aumentado para reducir los costes de gestión. Este aspecto se ha visto en países como Alemania y Holanda, por ejemplo. ■

### **Probable evolución futura**

En el contexto actual, en el que el tamaño parece ser el **leitmotiv** de la inmensa mayoría de las compañías de seguros y reaseguros, no se espera que la competencia actual disminuya en un futuro próximo y sólo después de que el mercado tenga sucesivos resultados negativos podremos esperar un cambio en la tendencia.

Por las mismas razones se espera que las fusiones y adquisiciones de industrias continúen conduciendo a un contexto con un número menor de participantes de mayor tamaño.

Las compañías cedentes continuarán aumentando su retención y todavía hay que esperar un aumento importante de la retención en los mercados bien capitalizados, donde la proporción de retención es baja. Es el caso, por ejemplo, de Alemania. ■

## Noticias

ESPAÑA. El archipiélago Canario sufrió los efectos de un temporal de lluvia y viento durante los días 7 y 8 de enero que causó daños económicos por valor de 29.000 millones de ESP (207 millones de USD) según el Gobierno regional. Las instalaciones portuarias resultaron gravemente afectadas por el fuerte oleaje, así como las explotaciones agrícolas, principalmente de plátano y tomate, y el sector turístico. El Consorcio de Compensación de Seguros se hará cargo de las indemnizaciones correspondientes a los daños materiales causados básicamente por embate de mar, después de haber estimado su responsabilidad en 2.000 millones de ESP (14 millones de USD). Los siniestros cuya causa haya sido el viento y/o la lluvia correrán a cargo del mercado asegurador.

COLOMBIA. El 25 de enero de 1999 a las 13.19, hora local, se registró un terremoto de magnitud Richter 6,0, con epicentro cercano al municipio de Córdoba, en el departamento de Quindío, a unos 16 kilómetros al suroeste de su capital, Armenia. La profundidad del hipocentro se estimó en alrededor de 30 kilómetros. La zona del desastre abarcó lo que se conoce como el «Eje Cafetero» colombiano. Se han contabilizado más de un millar de víctimas mortales, alrededor de 4.000 heridos y 200.000 damnificados. La Oficina de Planeación Nacional calcula que hay 35.000 viviendas destruidas o dañadas, de las cuales 20.000 corresponden sólo a Armenia, la capital de Quindío, donde la pobreza material y técnica de las edificaciones ha sido la principal causa de destrucción. El gobierno ha estimado que el coste total de la reconstrucción de las 20 poblaciones afectadas puede llegar a los 2.000 millones de USD. Por otra parte, el mercado asegurador local ha dado una primera estimación de 150-200 millones de USD como monto de daños asegurados. Asi-

mismo, el Comité de Cafeteros calcula que un 40% de la infraestructura de procesamiento del café en el Eje Cafetero ha sido dañada, con un coste estimado de reparación de 39 millones de USD.

ESPAÑA. El 2 de febrero de 1999 a las 14.45, hora local, se registró un terremoto de magnitud Richter oficial 5,0, profundidad del hipocentro calculada en 4 kilómetros y epicentro en la localidad de Mula (Murcia), de 12.800 habitantes, situada a unos 330 kilómetros al sureste de Madrid. El Instituto Geográfico Nacional ha estimado que la máxima intensidad en la escala MSK ha sido VI-VII en las poblaciones de Puebla de Mula, Campos del Río, Albudeite y Yéchar, donde prácticamente todas las viviendas han resultado afectadas, aunque no sus estructuras. El Gobierno regional ha estimado en 7.300 millones de ESP (50 millones de USD) los daños totales. Los daños materiales en inmuebles asegurados serán objeto de indemnización por parte del Consorcio de Compensación de Seguros español, que informa que espera recibir un total de 6.000 reclamaciones procedentes de todos los municipios de la Comunidad Autónoma de Murcia y estima que el monto total a su cargo oscilará entre 1.800 y 2.000 millones de ESP (13-14 millones de USD) de riesgos de tipo vivienda, principalmente. Se destaca la gran extensión del área afectada y su alto nivel de aseguramiento, así como la rapidez con que se les han presentado las reclamaciones, con la ayuda de las aseguradoras y de las instancias municipales.

ESPAÑA. El Ministerio de Economía y Hacienda por medio de una Resolución de la Dirección General de Seguros, ha fijado en el 3,2% el tipo de interés máximo aplicable este año a las pólizas de vida, frente al 4% que se venía utilizando durante 1998.

El nuevo tipo es el resultado de aplicar una nueva fórmula de cálculo que está referenciada al sesenta por ciento de la media de la deuda pública a largo plazo de los últimos tres años. Se permite garantizar tipos de interés superiores al oficial mediante técnicas de **matching** o casamiento de inversiones, siempre que los activos en los que inviertan las compañías gocen de alta solvencia, tengan poco riesgo, gran liquidez y estén calificados con un elevado **rating**.

REINO UNIDO. En la reciente conferencia anual del London Processing Centre (LPC) se reveló que se continúan desarrollando métodos de comercio electrónico en Londres a pesar de la falta de aceptación de la iniciativa común de mercado EPS (Electronic Placement Support).

El establecimiento de la intranet de mercado de seguros londinenses, más conocida como el **London Ring Main**, proporciona un canal de distribución para cualquier forma de comercio electrónico. La ubicación propuesta de bases de datos en este anillo principal permitirá acceso instantáneo a información de reaseguros de suscripción, documentos de reclamación, textos y similares.

PORTUGAL. El señor Rui Martinho, hasta ahora administrador-delegado del Deutsche Bank de Inversión, ha sido nombrado nuevo presidente por el Instituto de Seguros de Portugal.

Los siguientes tres aspectos estarán en la primera línea de su actuación:

- Reestructuración de la compañía de seguros O Trabalho.
- El **bug** del año 2000.
- Reforma y armonización de la fiscalización financiera de la banca, seguros y bolsa.

# Agenda

## CURSOS ORGANIZADOS POR MAPFRE RE

Curso	Fecha	Ciudad	País
• Estimación de pérdidas. PML y VME	6-7 de abril	Madrid	España
• Pérdida de beneficios	20-21 de abril	Lisboa	Portugal
• Pérdida de Beneficios	Mayo	Santo Domingo	República Dominicana
• Pérdida de Beneficios	6-7 de mayo	Lima	Perú
• Pérdida de Beneficios	10-11 de mayo	Santiago de Chile	Chile
• Inspección y Evaluación de Riesgos Industriales	11-12 de mayo	Asunción	Paraguay
• Pérdida de Beneficios	13-14 de mayo	Buenos Aires	Argentina
• Investigación Técnica de Siniestros de Incendios	8-9 de junio	Barcelona	España
• Pérdida de Beneficios	17-18 de junio	México D.F.	México
• Pérdida de Beneficios	21-22 de junio	Caracas	Venezuela
• Pérdida de Beneficios	24-25 de junio	Bogotá	Colombia
• Pérdida de Beneficios	28-29 de junio	Quito	Ecuador

## CURSOS ORGANIZADOS POR ITSEMAP SERVICIOS TECNOLÓGICOS MAPFRE

Curso	Fecha	Ciudad	País
• Análisis de Riesgos Industriales	27-28 de abril	Buenos Aires	Argentina
• Planes de Emergencia	1-2 de junio	Buenos Aires	Argentina
• Límites de Tolerancia al ACGIH (explicados y comentados)	22-23 de abril	São Paulo	Brasil
• Sistemas de Gestión de la Norma BS 8800	31 de mayo-1 de junio	São Paulo	Brasil
• Investigación Técnica de Siniestros de Incendio	28-29 de junio	São Paulo	Brasil
• Inspección y Evaluación de Riesgos Industriales	14-16 de abril	Bogotá	Colombia
• Jornada Técnica sobre Seguridad en Almacenamiento de Líquidos Inflamables	28 de mayo	Bogotá	Colombia
• Elaboración e Implantación de Planes de Emergencia para el Cumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales	12-14 de abril	Madrid	España
• La Verificación de Equipos de Trabajo para el Cumplimiento del R.D. 1215/1997	6 de mayo	Madrid	España
• La Directiva Seveso II. El Nuevo Enfoque en la Gestión de Accidentes Graves	27 de mayo	Madrid	España
• La Verificación de Equipos de Trabajo para el Cumplimiento del R.D. 1215/1997	1 de diciembre	Madrid	España
• Taller de Higiene Industrial	26-30 de abril	México D.F.	México
• Planes de Emergencia de Riesgos Químicos y Almacenamiento de Productos	24-26 de mayo	México D.F.	México
• Jornada Técnica sobre Seguridad en Almacenamiento de Líquidos Inflamables	27 de mayo	México D.F.	México
• Auditorías de Seguridad Integral	23-25 de junio	México D.F.	México
• Seguridad contra Incendios	27-29 de abril	Lisboa	Portugal
• Elaboración y Gestión de Planes de Emergencia	5-6 de mayo	Lisboa	Portugal
• Curso Seguridad en el Trabajo	18-20 de mayo	Lisboa	Portugal
• Jornadas sobre Riesgos Eléctricos	26-27 de mayo	Lisboa	Portugal
• Análisis de Riesgos Industriales	15-17 de junio	Lisboa	Portugal
• Taller de higiene Industrial	7-9 de abril	Caracas	Venezuela
• Gestión de los Riesgos Laborales	22-23 de abril	Caracas	Venezuela
• Estudios de Riesgos y Operabilidad HAZOP	5-6 de mayo	Caracas	Venezuela
• Inspección y Evaluación de Riesgos Industriales	26-28 de mayo	Caracas	Venezuela
• Gerencia de Riesgos	16-17 de junio	Caracas	Venezuela

© **TRÉBOL** es una publicación de MAPFRE RE

• **Presidente:** Andrés Jiménez. **Director:** Javier Fernández-Cid. **Coordinadora:** Sonsoles de Llano.

**Consejo de Redacción:** Luis de Mingo, Lorenzo Garagorri, Eduardo García Mozos, Juan Mayo, Raúl Morato, Juan Antonio Pardo, Juan Luis Román, Emilio Taboada • **Coordinación Técnica:** ITSEMAP Servicios Tecnológicos MAPFRE, S. A.

• **Edita e imprime:** Editorial MAPFRE, S. A. • P.º de Recoletos, 25 - 28004 Madrid • **ISSN:** 1137-246X • **Depósito Legal:** M. 33.551/1996.