



trébol

Publicación de **MAPFRE** | RE
www.mapfrere.com

AÑO X // ENERO 2005

NÚMERO
34

sumario:

01 editorial

02 solvencia II y su influencia en los sistemas de medición y control de riesgos de crédito en el seguro de Crédito

09 el seguro de Dependencia (II) Experiencia internacional y reaseguro

16 entrevista: Manuel Garrote Prieto

*Director del Departamento
de Gerencia de Riesgos
del grupo OHL*

La medición del riesgo de impago es un objetivo para los aseguradores de crédito y las entidades financieras en general. En este número de TRÉBOL se presenta un interesante artículo cuyo autor analiza el riesgo en el seguro de crédito y reflexiona sobre las implicaciones que el proyecto Solvencia II podría tener para las aseguradoras de este ramo.

Tal como se anunció en la pasada edición de TRÉBOL, se incluye aquí la segunda parte del artículo sobre el seguro de dependencia. Tras haber expuesto sus fundamentos y aspectos técnicos, los autores describen ahora el desarrollo alcanzado en algunos países, analizando los problemas prácticos que este nuevo producto puede presentar para el seguro privado, y el papel que puede desempeñar el reaseguro como herramienta de gestión.

El sector de la construcción, uno de los principales motores de la economía, conlleva una serie de riesgos que deben ser tratados adecuadamente para poder llevar a cabo su actividad. Desde sus departamentos de gerencia de riesgos, las empresas constructoras abordan la delicada tarea de identificar, evaluar y manejar los distintos riesgos, buscando minimizar su impacto y evitar así un daño que no pueda ser empresarialmente asumido. En la entrevista a Manuel Garrote, Director del Departamento de Riesgos del Grupo OHL, una de las constructoras más importantes de España, se percibe de manera clara la importancia de su labor dentro del conjunto de actividades de la empresa. ■



Solvencia II y su influencia en los sistemas de medición y control de riesgos de crédito en el seguro de Crédito

Marcelino Moneo Cuñado

Licenciado en Ciencias Económicas
Master en Dirección Económica y Financiera
Executive MBA
Director de Seguro de Crédito
MAPFRE Caución y Crédito

“Desde finales de los años noventa, en el seno de la Unión Europea, se ha planteado la necesidad de actualizar la regulación de la solvencia de las entidades aseguradoras y de la actividad supervisora respecto de las mismas”



¿Qué es el proyecto de solvencia II?

La principal misión del órgano regulador del sector asegurador es garantizar que los aseguradores, en el desarrollo de su actividad, hagan frente a los compromisos que contraen (destacando entre ellos el pago de prestaciones a los asegurados) y mantengan su estabilidad en el tiempo.

Desde finales de los años noventa, en el seno de la Unión Europea, se ha planteado la necesidad de actualizar la regulación de la solvencia de las entidades aseguradoras y de la actividad supervisora respecto de las mismas, con el fin de adaptarlas a las nuevas circunstancias y de armonizar las distintas legislaciones nacionales, corrigiendo, al mismo tiempo, los defectos identificados en el marco regulatorio actual. Se han redactado diversos informes al respecto, entre los que puede destacarse el informe Müller (1997) y el informe KPMG (2002), entre otros.

En esos momentos, estaba ya muy avanzada una revisión similar (solvencia/supervisión) en el ámbito de las entidades bancarias. Ésta ha finalizado con la aprobación del NACB (Nuevo Acuerdo de Capital de Basilea) en junio de 2004, también llamado **Basilea II**, o simplemente BIS II. Para la Unión Europea, está pendiente la aprobación de las directivas correspondientes que hagan posible la aplicación de sus previsiones.

Por esta coincidencia en el tiempo y en el objeto, Basilea II está ejerciendo una gran influencia en Solvencia II, que es todavía

un proyecto que se encuentra en la segunda fase en este momento. Esta influencia se advierte en el método de trabajo, en los objetivos y contenidos, e incluso en la estructura formal del acuerdo.

El **Método de trabajo** del proyecto se está desarrollando mediante documentos preparatorios a los que se dota de la máxima difusión para fomentar la discusión entre empresas del sector, supervisores y otros interesados. Estos documentos intermedios permitirán a las aseguradoras ir avanzando en su adaptación a las nuevas exigencias.

Principales diferencias con respecto al sistema en vigor

Una vez analizada la iniciativa de reformar el marco regulatorio del sector asegurador, y los principales objetivos de esta reforma, a continuación se verá cómo las principales diferencias radican en el intento del nuevo proyecto de corregir los defectos del sistema en vigor, algunos de los cuales tienen que ver con la falta de adaptación a las circunstancias generadas por la evolución del entorno:

- ▶ Pretende la detección temprana de situaciones de posible insolvencia del asegurador. El marco actual establece los requisitos mínimos de provisiones técnicas y margen de solvencia basándose en lo ocurrido en el ejercicio precedente, y se muestra incapaz de predecir la evolución futura de las compañías y, por tanto, su capacidad financiera.



- ▶ Se aleja de los actuales requisitos comunes para todas las entidades y define requisitos individuales para cada entidad, de acuerdo con diferentes aspectos de su gestión específica y perfil de los riesgos asumidos.
- ▶ El nuevo sistema no sólo tiene en cuenta aspectos financieros, como el actual, sino que considera todos los riesgos a los que se enfrenta la entidad aseguradora.
- ▶ Y para cumplir sus objetivos, las actuaciones que va a desarrollar el proyecto Solvencia II, en total paralelismo con los tres pilares de Basilea II, son:

Pilar 1.

El desarrollo e instauración de un nuevo sistema de cálculo de los recursos propios mínimos que se deben requerir a cada entidad en función de los riesgos asumidos y la gestión que realice de esos riesgos.

Pilar 2.

Cambios relativos al sistema de supervisión (medios técnicos, humanos y marco normativo de supervisión).

Pilar 3.

Incremento de la información que las entidades deben ofrecer al mercado en relación con sus sistemas de medición y control de riesgos.

Riesgos en el seguro de Crédito

El enfoque global que persigue Solvencia II va a exigir a las entidades aseguradoras un esfuerzo en la identificación de los riesgos a los que se enfrenta -mediante la elaboración de mapas de riesgo u otras

herramientas-, en la cuantificación de los mismos y en el establecimiento de controles cuantitativos y cualitativos para su gestión. Por ejemplo, será novedoso todo lo relativo al tratamiento del riesgo operacional, que comprende todos aquellos riesgos surgidos en el seno de la entidad y que tienen que ver con errores puntuales o de diseño en sus procesos, fallos imputables al personal, fraude...

No obstante, este artículo se centra en el riesgo de crédito, que es el riesgo que es objeto de cobertura en el seguro de crédito de modo directo, con independencia de que una compañía aseguradora de crédito se vea afectada por otros muchos riesgos comunes al resto del sector asegurador (operacional, inversiones, liquidez, provisiones...).

“Las causas de insolvencia son debidas a un conjunto de factores que tienen como telón de fondo una mala gestión de sus riesgos, especialmente de los riesgos de suscripción, tarificación y política de provisiones.”

El riesgo de Crédito

El riesgo de crédito o riesgo de impago, como se ha señalado, es **el núcleo esencial del negocio del seguro de crédito.**

Para las entidades bancarias es también el principal riesgo. **Basilea II**, aunque también persigue un enfoque global, dedica una especial atención a tres de ellos: crédito, mercado y operacional. El riesgo de crédito recibe una regulación muy detallada, dentro del Pilar 1, introduciendo los avances obtenidos en el sector, mediante la utilización de metodologías RAROC (Risk Adjusted Return on Capital), es decir, las que relacionan

la rentabilidad de las operaciones con el riesgo asumido al realizarlas y con el consumo de capital que suponen. Exigen el empleo de técnicas estadísticas que aprovechan las posibilidades de tratamiento de datos que ofrecen las nuevas tecnologías de la información.

En los primeros documentos de **Solvencia II**, el riesgo de crédito recibe un tratamiento secundario. Por ejemplo, en el Informe KPMG (2002) al que anteriormente se ha hecho referencia, se define el riesgo de crédito, para los ramos de No Vida, como la mala valoración de los riesgos de inversión y la gestión de las primas por los intermediarios, y se distingue del riesgo de suscripción de riesgos. Ambos se incluyen junto con otros siete tipos de riesgo, dentro de los llamados riesgos “asistemáticos” (surgidos en el seno de la entidad), frente a los “sistemáticos” y los “sistémicos” (ver gráfico 1). Este carácter secundario, que se produce en la mayoría de los ramos, se debe a que recoge exclusivamente el riesgo de posible impago de intermediarios o de las firmas en las que se han realizado inversiones.

Pero, existe una excepción, el ramo del seguro de crédito, en que la suscripción de riesgos es, básicamente, medición del riesgo de crédito, aunque en este caso los impagos no se produzcan frente a la aseguradora, sino frente al asegurado que contrató una póliza para cubrir sus ventas realizadas a crédito. Es decir, existe el riesgo de crédito tal y como se recoge en el proyecto Solvencia II, pero además, el riesgo de suscripción viene dado por la medición del Riesgo de Crédito según se concibe por BIS II.

Por este motivo, pienso que existe una alta probabilidad de que Solvencia II traslade una gran parte de las provisiones

de Basilea II sobre el riesgo de crédito a las compañías aseguradoras de crédito. Si se pretende avanzar en la medición y control de riesgos, para determinar el perfil de riesgos asumido por una entidad no parece lógico que se desaproveche una regulación tan exhaustiva procedente de la práctica bancaria, aunque con las necesarias adaptaciones, que como veremos más adelante, serían muchas y profundas, sobre todo en el aspecto metodológico.

Además, debe tenerse en cuenta la importancia de la coordinación de las autoridades de supervisión de las entidades aseguradoras y bancarias, propiciada por la existencia de grandes conglomerados que realizan las dos actividades, debate éste de máxima actualidad.

Pero, para terminar de entender la transcendencia del riesgo de crédito en nuestra actividad y la necesidad de su regulación en el marco de Solvencia II debemos referirnos nuevamente a los fundamentos. Dentro de éstos, el primer pilar es el cálculo del nivel mínimo de fondos propios para garantizar la solvencia de la entidad.

Para su determinación debemos analizar los posibles riesgos que pueden darse en una entidad aseguradora. Podemos dividirlos en tres niveles (ver gráfico 1). Los análisis realizados sobre las causas de

insolvencia de compañías aseguradoras en Europa, entre los que destaca el informe Müller, concluyen que las causas de insolvencia son debidas a un conjunto de factores que tienen como telón de fondo una mala gestión de sus riesgos, especialmente de los riesgos de suscripción, tarificación y política de provisiones.

De aquí la importancia que el riesgo de crédito tiene en la determinación del capital mínimo en el sector de seguro de crédito de cara a la determinación de la solvencia de las compañías, en este nuevo marco regulador; pues de su medición depende el riesgo de suscripción, la tarificación y en buena medida la política de provisiones.

Por las razones expuestas, parece conveniente desarrollar los conceptos que están en la base de la gestión avanzada del riesgo de crédito y de las provisiones de Basilea II.

Nuevos sistemas de gestión del riesgo de crédito en los umbrales de este nuevo marco regulador

En este contexto, y desde finales de los noventa, la gestión del riesgo de crédito está viviendo una auténtica revolución. Son dos las razones que han impulsado este desarrollo. Por un lado, las posibilida-

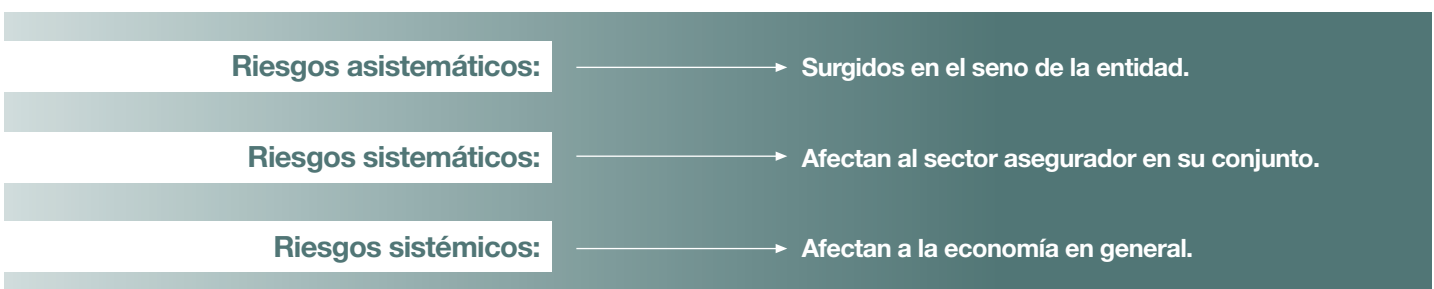
des de tratamiento de datos que ofrecen hoy las tecnologías de la información unidas al hecho de que los supervisores bancarios hayan promovido la modernización de los modelos internos de análisis y control de los riesgos con Basilea II, cuyo documento definitivo ha sido aprobado el pasado mes de junio.

Por otro lado, están confluyendo dos circunstancias, al margen del proyecto regulatorio, en la industria del seguro de crédito, que nos están haciendo avanzar por delante de este proyecto:

- ▶ La necesidad de permanentes mejoras operativas mediante la optimización de los procesos de análisis de riesgos, acompañando a la globalización económica, apertura de fronteras y dinamismo que está alcanzando el comercio mundial.
- ▶ La nueva e incipiente orientación de las entidades al desarrollo de metodologías de gestión basadas en medidas de rentabilidad ajustada al riesgo (RAROC).

Y curiosamente, aunque las motivaciones de ambas iniciativas no han sido coincidentes en origen, podemos decir que están absolutamente alineadas, por lo que el definitivo nuevo marco regulatorio nacerá en un ambiente muy propicio;

Gráfico 1: tipos de riesgos que afectan a las entidades aseguradoras





de hecho, un buen número de aseguradores de crédito tendrán sus desarrollos de adaptación planificados y parcialmente implantados cuando llegue este nuevo marco.

Capital económico y RAROC: nueva aproximación al análisis de riesgos de crédito y a la determinación de los precios

Como hemos visto, uno de los pilares básicos que sustenta el proyecto Solvencia II es la exigencia a los aseguradores de que desarrollen sistemas de cálculo que determinen los recursos propios requeridos en función de los riesgos que asuman y de su gestión.

Desde el punto de vista de Dirección de Negocio y Control de Gestión, podríamos pasar de calcular el retorno de la inversión en términos de ROE a hacerlo en términos de capital económico (RAROC), es decir, teniendo en cuenta el capital mínimo que el regulador requiere por el perfil del riesgo que se asume y la gestión que se realiza, qué rentabilidad hay que exigir a este modelo de negocio.

Capital total y rendimiento sería la suma de capitales consumidos y rendimientos generados por unidades, productos, pólizas, con tasas de RAROC diferentes, y esto nos permitirá utilizar el RAROC para tarificar, fijando precios más caros a pólizas con riesgos de peor calidad, y viceversa¹.

Gráfico 2: rentabilidad exigible en términos de capital económico

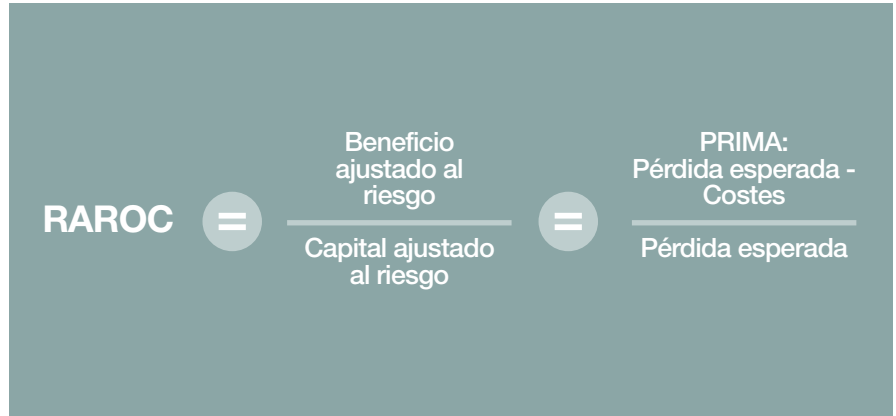
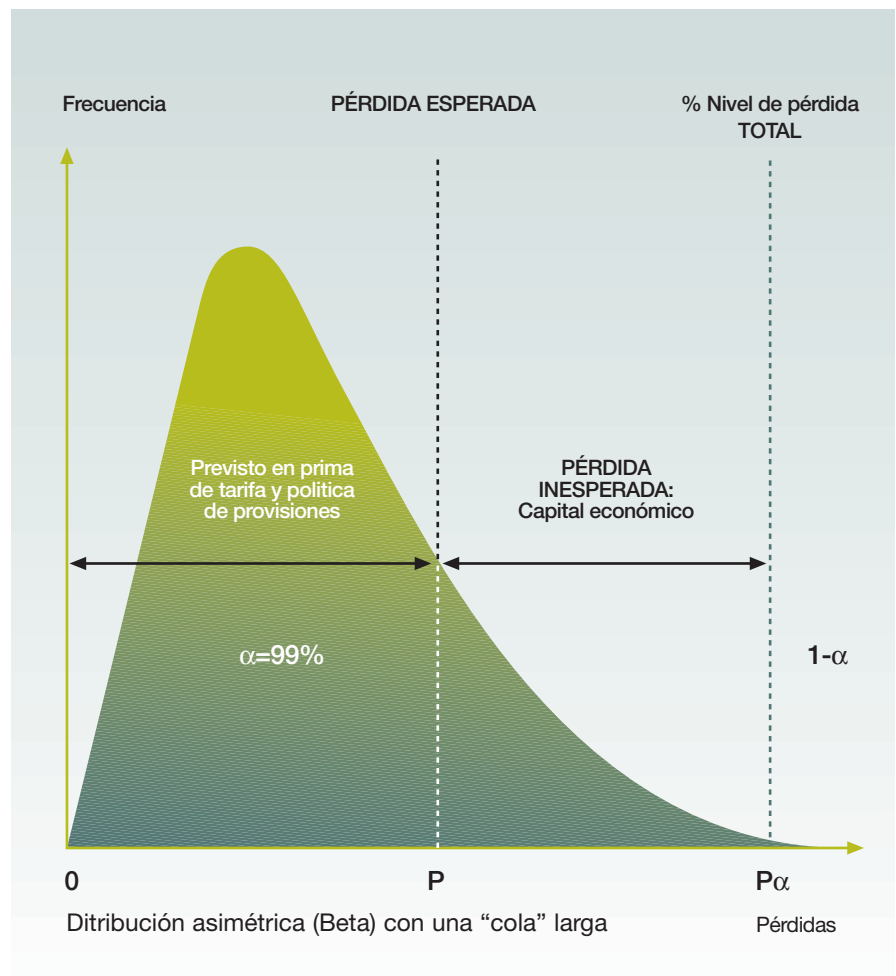


Gráfico 3: distribución de probabilidad del riesgo de crédito



¹ Es destacable la aplicación del RAROC en la práctica para la fijación de precios en el seguro de Crédito. Si bien es cierto que es el único ramo en el que ha sido aplicado, debido a sus peculiaridades, los resultados son espectaculares, tanto desde el punto de vista operativo como técnico. En otros ramos de seguros la complejidad de cálculo del capital económico para cada póliza es enorme, por lo que no resulta adecuado en la práctica; aunque sí sirve como método para contrastar la validez de sistemas de cálculo de tarifa a nivel de producto o ramo, por ejemplo.

Por tanto, la aplicación del modelo RAROC supone exigir a los recursos propios una rentabilidad dependiente del riesgo asumido, de manera que a más riesgo se exija mayor rentabilidad con criterios de medida uniformes y cuantitativos, que debe quedar perfectamente recogido en el precio (prima). (Ver gráfico 2).

Vamos a explicar rápidamente estos conceptos.

Cálculo de la pérdida esperada (E.L.)

Como ya se ha podido intuir la cuantificación de pérdidas por siniestralidad permite a las entidades medir la rentabilidad de sus carteras y dentro de éstas, de sus clientes, de forma más precisa, pudiendo, a partir de la rentabilidad objetivo y de una política de riesgos determinada, aplicar una política de precios que asegure la cobertura de las pérdidas y posibilite la discriminación entre los clientes, bonificando a los buenos y penalizando a los malos, bien vía precios o adaptando los criterios de selección en el análisis de sus riesgos.

Mediante el cálculo de la pérdida esperada obtendremos la pérdida real por siniestralidad en que incurrirá el

asegurador en un plazo determinado. Esta estimación de pérdida estará debidamente recogida en el precio (prima) como un coste (ver gráfico 3).

Para su cálculo, la descomponemos en tres elementos, que son los que establece Basilea II; aunque, como veremos, identificando los principales inconvenientes para su cálculo en entidades de seguro de crédito, existen grandes diferencias con respecto al cálculo que se hace en entidades financieras. (Ver gráfico 4).

“Uno de los pilares básicos que sustenta el proyecto Solvencia II es la exigencia los aseguradores de que desarrollen sistemas de cálculo que determinen los recursos propios requeridos en función de los riesgos que asuman y de su gestión.”

Probabilidad de insolvencia (P.D.)

Se obtiene de modelos de *scoring* o *rating* que calculan la probabilidad de que un deudor (comprador a crédito de nuestro asegurado) impague su crédito comercial en un plazo determinado. Pero para su cálculo no debemos olvidar que el evento que queremos modelizar

es la probabilidad de incumplimiento de un deudor de un crédito comercial y sabemos que existen impagos que podemos llamar técnicos que no tienen que ver con la solvencia del deudor, sino que se deben a disputas o desacuerdos comerciales relacionados con la calidad de la mercancía recibida, plazos de entrega, descuentos aplicados, rappelés... Aquí radica una gran diferencia con la modelización en banca, en la definición de “Default” –insolvencia –, lo que complica la metodología.

Exposición (E.A.R.)

Es la utilización esperada del crédito comercial asignado al deudor, en el momento del impago. Aquí nos encontramos con unas dificultades derivadas de que el asegurador no sabe cuál es el grado de utilización (“used factor”) hasta que se produce el incumplimiento.

En este momento, estamos financiando junto con otras aseguradoras miembros de la PASA (Panamerican Surety Association) un estudio sobre “PML” (Pérdida Máxima Probable) que tratará de determinar cuál es el siniestro máximo probable en un deudor o cartera, y cuyos resultados serán muy ilustrativos para aumentar este componente en la fórmula (Ver gráfico 5).

Gráfico 4: fórmula de cálculo de la pérdida esperada





Gráfico 5: cálculo de Pérdida Máxima Probable (PML)

$$PML = \alpha \times W$$

α = $\frac{\text{Límite de crédito utilizado}}{\text{Clasificación (un año antes del siniestro)}}$

W = $\frac{\text{Siniestro final}}{\text{Límite utilizado en el momento del impago}}$

Gráfico 6: cálculo de capital económico

$$\text{Capital Económico} = \text{Pérdida Inesperada} \times \text{Correlación} \times \text{Multiplicador}$$

Severidad (L.G.D.)

Es el Valor Actual Neto (VAN) de la pérdida final después de recuperaciones, es decir, la parte no recuperada incluyendo gastos de recuperación y el coste de oportunidad (los flujos de recuperaciones deben traerse a valor presente).

En el sistema financiero es función no sólo de los costes de recuperación, tipo de cliente y cantidad impagada, sino también, y especialmente, del tipo de producto y de las garantías asociadas, que por regla general se formalizan en todas las operaciones, lo que implica una fuerte capacidad de recuperación. En el seguro de crédito, sin embargo, la formalización de garantías es muy poco frecuente, por la propia dinámica del negocio; de manera que el resultado dependerá casi exclusivamente de la capacidad del asegurador de recuperar los créditos impagados en base a su

estructura, organización, procesos y recursos destinados para este fin, optimizando el binomio coste de estructura – resultado de gestión.

Capital económico y pérdida inesperada

Conociendo la pérdida esperada, debemos analizar su posible desviación para calcular el capital necesario para cubrirnos en una hipotética situación de máxima morosidad, es decir, determinar qué capital necesito para, en mi negocio y con mi política de gestión de riesgos, cubrir la pérdida máxima en que puedo incurrir por siniestralidad, para evitar la quiebra de la entidad. A esta cifra de capital se le denomina capital económico. Se calcula para un intervalo de confianza de manera que la probabilidad de que estemos protegidos con el capital que se determine sea de, por ejemplo, el 99% (α en gráfico 3).

La **pérdida inesperada** sería la pérdida total menos la pérdida esperada, y la pérdida total es la desviación estándar de la pérdida esperada durante un ciclo económico completo.

Calculada la pérdida inesperada de una cartera debemos estimar su **correlación**, es decir, qué probabilidad existe de que todos los clientes (compradores/deudores) de la cartera impaguen al mismo tiempo. Dependerá de la diversificación y concentración (sectores, países...), a mayor diversificación (o menor concentración), menor correlación.

Como hemos visto en el gráfico 3, existe la posibilidad de incurrir en pérdidas muy significativas, aunque la probabilidad sea baja. Una correlación alta aumenta la probabilidad de ocurrencia de estos siniestros catastróficos, con los consiguientes errores en la estimación de las pérdidas inesperadas.

“Es lógico pensar que el supervisor tendrá en cuenta las políticas de protección vía reaseguro en la determinación de la metodología para el cálculo de los requerimientos mínimos de capital y su composición”

Existe una correlación general derivada del ciclo económico, pero además, las distintas carteras de una entidad pueden tener correlaciones fuertes por otras circunstancias. Por ejemplo, una caja rural del valle del Jerte tendrá una tasa de morosidad muy dependiente de la campaña de la cereza. Si hay poca diversificación, es más fácil alejarse de la media, teniendo años muy buenos, pero también años muy malos.

El **multiplicador** del capital o los márgenes del intervalo de confianza quedarán determinados por el regulador, en términos de mínimos. Se trata de decidir el número de veces que queremos cubrir con capital la pérdida inesperada o cuál es la probabilidad máxima admisible de encajar una pérdida superior al capital calculado.

Pero, del mismo modo que hemos destacado las diferencias de nuestro sector con el sector financiero para el cálculo

de la pérdida esperada, existe una enorme y trascendental diferencia en el cálculo de la pérdida inesperada que, en este caso, se resuelve a favor del sector asegurador de crédito. Esta enorme ventaja radica en la existencia del reaseguro. Por no complicar en exceso el análisis no se ha considerado el efecto de esta práctica sobre la diversificación de carteras y reducción de las pérdidas potenciales máximas ("mitigación" del riesgo, usando el

término empleado en Basilea II) y, por tanto, sobre el cálculo del capital mínimo. Sin embargo, el reaseguro representa una excelente solución al problema de la diversificación de riesgos y protección del sector. Es lógico pensar que el supervisor tendrá en cuenta las políticas de protección vía reaseguro en la determinación de la metodología para el cálculo de los requerimientos mínimos de capital y su composición, factor éste inexistente en el marco de Basilea II. ■

Ventajas para el sector y cambios necesarios

A lo largo del artículo se han apuntado muchas de las ventajas que estos nuevos sistemas de gestión de riesgos van a suponer para el sector. Pero la adopción de este marco exigirá (más bien está exigiendo ya) importantes cambios en los modelos de negocio del sector que afectarán no solo a los planteamientos estratégicos de las compañías, sino también y especialmente a sus estructuras y a sus sistemas.

▶ A las **estructuras**, porque los cambios que va a suponer en los procesos de negocio, desde la selección de clientes -comercialización-, fidelización, tarificación, hasta el análisis de riesgo -clasificación-, implican necesariamente cambios en la estructura de gestión de esas operaciones y esto significa no sólo

cambios en la dimensión de los equipos, sino también en los perfiles de determinadas personas que componen esos equipos.

- ▶ Además tendrá una decisiva influencia en la **política de protección** vía reaseguro (estrategia de retención, contratos y tipos de protección, y selección de reaseguradores y reparto de cuotas), y en función de esto, incidirá en la determinación de la estructura financiera de las compañías y, especialmente, en su nivel de capitalización
- ▶ A los **sistemas**, porque la incorporación de estas metodologías de cuantificación del riesgo exige la disponibilidad de sistemas de información avanzados que soporten pesados cálculos matemáticos y análisis estadísticos, y tengan capacidad de almacenamiento de una ingente cantidad de datos.

El esfuerzo de análisis, conceptualización, rediseño de operación y, sin duda, el esfuerzo inversor, están siendo ya en nuestro caso importantes; pero la adopción de estos nuevos modelos compensan sobradamente, y sus beneficios se verán notablemente incrementados en el caso de las entidades que hemos anticipado estos cambios.

Si para el sector asegurador el cambio del marco regulatorio previsto en el proyecto de Solvencia II significará un hito histórico, para los aseguradores de crédito supondrá la **evolución a un nuevo paradigma**, con decisiva influencia sobre los modelos de negocio y enfoque del servicio, que derivará en importantes cambios en los productos y en la "proposición de valor" para el cliente.



El seguro de Dependencia (II)

Experiencia internacional y reaseguro

Como ya se adelantó en el número anterior, a continuación se presenta la segunda parte del trabajo sobre el seguro de Dependencia, donde se analiza su situación en los países con un mayor nivel de desarrollo de este producto, y el papel que desempeña el reaseguro.

Los productos aseguradores de Dependencia comenzaron su comercialización en Estados Unidos a principios de la década de los 70 del pasado siglo. Alemania y Francia iniciaron tímidamente su venta el año 1985 y el Reino Unido en 1990. Los cambios sociodemográficos que se están produciendo en la mayoría de los países desarrollados generan la necesidad de la suscripción de este tipo de seguros por lo que muchas aseguradoras tienen importantes expectativas de venta en próximos años. A continuación se analizan las coberturas públicas y privadas del seguro de Dependencia en algunos de los países más representativos.

El papel del reaseguro en el desarrollo de esta modalidad de seguro ha sido relevante, otorgando soporte estadístico y formación para este nuevo riesgo.

Eduardo Sánchez Delgado

Economista, Actuario y Estadístico
Director del Área Actuarial y Desarrollo de
Productos de MAPFRE CAJA SALUD

Julio Castelblanque

Economista y Actuario
Director de Riesgos Personales de MAPFRE RE



1. Experiencia internacional

La necesidad de aseguramiento de la dependencia en los países desarrollados, motivada por los cambios demográficos y sociales, es una realidad que no ha tenido un desarrollo uniforme en todos los mercados. La conciencia de necesidad social en cada país, unida a la legislación fiscal y a la cobertura pública de la dependencia ofertada, ha provocado un desarrollo muy distinto de este tipo de seguros de unos países a otros.

A continuación se hace una breve descripción del estado del seguro de Dependencia en algunos países, tanto en lo referente a la cobertura pública como al grado de desarrollo de los seguros privados.

1.1. Reino Unido

Introducción

Actualmente, el seguro de Dependencia es un negocio emergente en el que hay pocas compañías aseguradoras y en el que el número de pólizas de seguros con-

tratadas es muy bajo. La cobertura de la dependencia corre a cargo, principalmente, de la administración pública y para ello se realiza una evaluación de las necesidades del individuo. El estado realiza un gran esfuerzo en el sentido de proporcionar los servicios disponibles para los más dependientes y existe una tendencia creciente a dar énfasis a la rehabilitación.

Mientras el 11,5% de la población tiene seguro de Salud, únicamente 32.000 personas tienen contratado un seguro privado de Dependencia. En 1999, una cifra próxima a 600.000 personas estaban recibiendo atención domiciliar por dependencia por parte de la administración local.

Cobertura pública

Tradicionalmente, la provisión de la cobertura del riesgo de dependencia se ha realizado a través de un sistema público con prestaciones no contributivas. El sistema de cobertura pública se basa en la intervención de las administraciones locales. Éstas asumen la responsabilidad de asignar las residencias y demás instituciones especializadas a aquellas personas que lo necesitan por encontrarse en situación de dependencia.

La atención domiciliar que prestan las autoridades locales se concentra básicamente en casos de dependencia severa.

Existen dos fuentes principales de financiación de la dependencia:

▶ **La administración local.**

Disponen de dos instrumentos básicos de financiación, las subvenciones estatales y los impuestos locales. Los recursos gestionados por las administraciones locales son asignados individualmente a las personas que necesitan atención por dependencia según su patrimonio personal.

▶ **La seguridad social.**

El estado financia tanto la asistencia residencial como los servicios de asistencia domiciliaria.

La costumbre de recibir cuidados informales está muy implantada en la sociedad inglesa. Por ello, la mayor parte de la atención prestada se recibe en el propio domicilio de la persona dependiente.

Tradicionalmente, gracias al papel desempeñado por el voluntariado, la atención informal es más destacada que en otros países. En la actualidad, se considera que un 80% de personas mayores reciben cuidados informales.

Cobertura privada

La cobertura privada del riesgo de dependencia es muy limitada y hasta el momento presente las ventas son muy escasas. Existen muchos problemas para comercializar estas pólizas entre la población menor de 50 años. Sin embargo, las rentas de dependencia inmediatas con prestaciones residenciales han tenido más éxito.

Actualmente existen unas 20 compañías aseguradoras que comercializan el seguro de Dependencia en un mercado con un grado de concentración muy elevado pues el 85% del mismo está controlado únicamente por dos entidades.

El mercado privado de seguros de Dependencia ofrece principalmente dos tipos de productos:

- ▶ **Rentas dirigidas** a personas que gozan de buena salud, para protegerles de los costes de una posible futura dependencia.
- ▶ **Rentas monetarias dirigidas** a personas que ya son dependientes.

1.2. Alemania

Introducción

Alemania fue el país europeo pionero en comercializar el seguro de Dependencia. A partir del año 1985 comienza a venderse en Alemania este seguro, con las siguientes coberturas:

- ▶ **Indemnización diaria por asistencia.**
- ▶ **Reembolso de un porcentaje**, hasta un 80%, de los gastos hospitalarios y de cuidados a domicilio derivados de un estado de dependencia.
- ▶ **Renta diaria** más reembolso de costes de asistencia por necesidad de asistencia permanente.

El nivel de implantación que tuvo este seguro de Dependencia, de suscripción voluntaria, fue escaso en sus orígenes y ello motivó que las autoridades alemanas optasen por introducir una nueva modalidad de seguro de Dependencia, de carácter obligatorio.

Con la entrada en vigor de la Ley Federal sobre seguro de Dependencia, de abril de 1994, se introduce primero la asistencia domiciliar de la dependencia en fecha de 1 de abril del año 1995, y posteriormente, el 1 de julio de 1996, la atención en instituciones especializadas. Este seguro obligatorio de dependencia puede ser público o privado y complementarse con un seguro voluntario y privado de vida o de salud.

En la actualidad es el mayor mercado de este tipo de coberturas en todo el continente. A finales del año 2000 se estimaba que la cobertura del seguro de Dependencia pública se extendía a más de 70 millones de personas y la cobertura privada a más de 8 millones de personas.

En el año 2001 cerca de 1,9 millones de personas eran beneficiarias del seguro de Dependencia obligatorio, de los cuales aproximadamente 1,3 millones de personas recibían asistencia en el propio domicilio y 600.000 personas estaban atendidas en centros especializados.

Cobertura pública

Este seguro tiene una regulación específica y financiación propia, diferenciada del resto de la protección social. El seguro de Dependencia obligatorio se estructura como una extensión del seguro de enfermedad obligatorio. Las personas que disfrutaban del seguro público de enfermedad, o lo que es lo mismo, los trabajadores que no superen un nivel de ingresos de EUR 3.375 al mes y los funcionarios, quedan bajo el ámbito del Seguro Público de Dependencia. Las personas con ingresos mensuales superiores a EUR 3.375 euros pueden optar entre asegurarse voluntariamente en el seguro público de enfermedad o contratar un seguro de enfermedad privado.



Aproximadamente el 90% de la población forma parte del Seguro público de Dependencia.

El seguro de Dependencia está cofinanciado por trabajadores y empresarios a partes iguales. Inicialmente, se estableció un tipo de cotización del 1%. En la actualidad el tipo se ha elevado hasta el 1,7%, siendo un 0,85% pagado por el trabajador y el 0,85% restante por el empresario. La base de cotización es la misma que la que se utiliza para el seguro de enfermedad. Las personas jubiladas también están obligadas a contribuir al seguro de Dependencia. En tal caso el 50% de la cotización lo paga el mismo pensionista y el 50% restante lo satisface el Instituto de Pensiones.

Las cotizaciones recaudadas se ingresan en las denominadas Cajas de Dependencia que constituyen un patrimonio separado del resto de la Seguridad Social y se gestiona por las Cajas de Enfermedad con fondos de estabilización y compensación.

Para tener derecho a recibir las prestaciones del seguro de Dependencia se requiere cotizar un mínimo de años¹, con la particularidad de que en el caso de que la concesión de las prestaciones del seguro de Dependencia no pueda serle reconocida por la falta de la cotización necesaria previa, puede seguir cotizando hasta alcanzarla.

En cuanto al tipo de prestaciones cubiertas se ofrecen tres posibilidades distintas: asistencia domiciliar profesional, atención en instituciones especializadas (centros de día, residencias) y prestaciones monetarias. Estas últimas están pensadas para remunerar la asistencia informal recibida por parte de familiares y amigos que ayudan al dependiente.

Las prestaciones son independientes del nivel de ingresos del dependiente. En el caso de las prestaciones monetarias, no se computan como ingresos a efectos fiscales.

Cobertura privada

Las personas con ingresos mensuales superiores a EUR 3.375 que tienen un seguro privado de enfermedad deben contratar un seguro privado de dependencia con la misma entidad. Por imperativo de la Ley Federal sobre Seguro de Dependencia, estos seguros privados tienen que garantizar que sus prestaciones y condiciones son equivalentes a las del seguro público de dependencia así como que sus primas son razonables.

1.3. Francia

Introducción

El seguro privado de Dependencia comenzó a comercializarse a partir de 1986 siendo uno de los mercados más desarrollados en volumen de suscripción ya que tiene en la actualidad más de 1,5 millones de asegurados.

En 2002 existían 700.000 personas mayores dependientes y se prevé para 2020 entre 800.000 y 1,2 millones de personas.

El coste medio, de un dependiente en Francia oscila entre EUR 30.000 a 35.000 por año.

Cobertura pública

Con la entrada en vigor de la Ley 97-60, de 24 de enero de 1997, se establece la cobertura pública de la dependencia

“Prestation Spécifique Dépendance” (PSD) dirigida a aquellas personas con más de 60 años con bajos ingresos que padecen algún tipo de dependencia.

Para determinar el grado de dependencia la ley desarrolló una tabla de referencia nacional: tabla AGGIR que evalúa la pérdida de autonomía utilizando 10 parámetros.

La cuantía de la prestación pública se define de acuerdo con el grado de dependencia que la anterior clasificación otorga a la persona dependiente, siendo el acceso a esta prestación muy restrictivo.

El importe de esta prestación se definía de forma distinta en cada región del estado francés. Existían unos requisitos económicos muy exigentes (por ejemplo ingresos inferiores a EUR 11.419 en caso de una persona sola) que limitaban el acceso a esta pensión a poco más de 135.000 personas a fecha de marzo del año 2001. La cuantía de la prestación dependía tanto el grado de severidad de la dependencia como de los ingresos del interesado.

Para evitar diferentes tratamientos de la protección en función de los recursos y prioridades políticas de cada región y que esta prestación cubra las necesidades de cerca de 500.000 personas en el año 2002, se sustituyó en enero de 2002 la anterior prestación por una nueva denominada “Allocation Personnalisée d’Autonomie” (APA). La APA se financia a cargo de los impuestos generales sin recurrir a la introducción de una cotización o aportación específica dentro de la seguridad social. El acceso a la prestación pública de dependencia no exige un determinado número de años cotizados en la seguridad social.

1. En el año 2002, cinco años de los últimos diez.

El beneficiario de la prestación debe tener una edad no inferior a los 60 años. Con la nueva APA, la prestación se reconoce con independencia de los ingresos del beneficiario y de la unidad familiar a la que pertenece.

Cobertura privada

La Ley de Dependencia 97-60 preveía importantes incentivos fiscales para la contratación de seguros de dependencia privados. Este marco jurídico impulsó la aparición de una amplia oferta de seguros privados de Dependencia. Actualmente el mercado privado de seguro de Dependencia francés está muy desarrollado. A finales de 2001 más de 30 compañías proponían seguros de dependencia y el número de asegurados superaba la cifra de 1,5 millones de personas.

En 2001 existían más de un millón de contratos, de los que el 50% se trataba de seguros colectivos. El volumen de primas en 2001 ascendía a EUR 180 millones, concentrándose el 80% del negocio en tres grupos aseguradores.

En los contratos colectivos la adhesión es obligatoria, y los importes de renta contratados y las edades de suscripción son menores a los de la contratación individual. En colectivos es usual la tarificación a partir de primas niveladas mutualizadas (independientes de la edad).

Los productos han atravesado distintas etapas desde los primeros lanzamientos en la segunda mitad de los años 80. Se comenzó cubriendo la dependencia total. Después se empezó a cubrir también dependencias parciales (se paga un 50% de las prestaciones garantizadas para la dependencia total).

En algunos casos se ha pasado de pagar la indemnización en forma de renta a cubrir también la asistencia.

Francia, junto con Estados Unidos, países que cuentan con mayor experiencia de gestión del seguro de Dependencia, constituyen los principales mercados del seguro privado de Dependencia no obligatoria.

1.4. Estados Unidos

Introducción

El seguro de Dependencia nació en Estados Unidos en 1974. Las primeras compañías que comercializaron seguros de Dependencia fueron compañías de tamaño medio y con cierto grado de especialización.

Según Feder (2000), se gastó en dependencia una cifra próxima a los 67 billones de euros en asistencia residencial y 33 billones de euros en asistencia domiciliaria (1,3% del Producto Interior Bruto norteamericano). A pesar del considera-

ble aumento de la asistencia domiciliaria durante los últimos años, la atención en residencias e instituciones especializadas todavía resulta predominante.

En 1998 había un total de 17.458 residencias en Estados Unidos lo que representa un incremento de un 22% respecto el número de residencias existentes en 1978.

Del total de residencias, el 65% pertenecen a entidades con ánimo de lucro, una cifra ligeramente inferior al 30% están en manos de entidades sin ánimo de lucro y el resto, únicamente el 6,7% son de propiedad pública. Existen grandes diferencias entre estados.

El sistema estadounidense de cobertura de la dependencia es fundamentalmente privado e individual. En 1999 ya existían aproximadamente 6,7 millones de pólizas distribuidas a través de 120 compañías, de las que las 10 primeras concentran el 75% de la cuota de mercado.

La distribución de la población de más de 65 años y las tasas de prevalencia de la dependencia aparecen en la tabla de abajo.

Tasas de prevalencia de la dependencia en Estados Unidos

	Población	Tasa de Prevalencia
>65	33.127.000	16,7%
65-69	9.815.000	6,5%
70-74	8.787.000	9,7%
75-79	6.553.000	15,0%
80-84	4.348.000	27,1%
85-90	2.450.000	43,2%
90-94	889.000	66,7%
>94	285.000	80,5%

Fuente: AHRQ (2000).



Cobertura pública

El sistema público se compone de dos programas asistenciales dirigidos al acceso a dos instituciones de salud públicas: Medicare (para personas con recursos) y Medicaid (para personas sin recursos o que han consumido los recursos que tenían).

▶ Medicaid

Existe una cobertura del riesgo universal puesto que a todas personas con falta de recursos económicos alcanza su protección a través de la intervención del Medicaid. Cada estado establece sus propias prestaciones. En la mayor parte de los estados, el Medicaid ofrece, entre sus prestaciones sociales, asistencia institucional.

▶ Medicare

Medicare es un programa social de ámbito nacional que se nutre de las cotizaciones de los trabajadores y de primas complementarias pagadas después de la jubilación. El tipo de cotización es del 2,9% del salario bruto (la mitad a cargo del trabajador y la otra mitad a cargo del empresario). No existe límite superior en cuanto a la base de cotización. En la actualidad, las primas complementarias del Medicare ascienden a EUR 200 mensuales en general. Para aquellas personas que hayan cotizado entre 30 y 39 trimestres la anterior cuantía se reduce a EUR 110. Para tener derecho a ser beneficiario del Medicare se requiere un mínimo de 40 trimestres. La mayor parte de trabajadores, al haber cotizado un período superior a estos 40 trimestres, no están obligados a pagar estas primas complementarias.

Todas las prestaciones otorgadas por Medicare están limitadas en el tiempo. Así, por ejemplo:

▶ Asistencia en residencias

para mayores y asistencia en domicilio. Se requiere haber estado ingresado tres días antes en el hospital, necesitar cuidados profesionales y que la residencia esté concertada con Medicare. Durante los primeros 20 días la cobertura es del 100% del importe aprobado, desde el día 21 hasta el 100, se prevé una franquicia de EUR 95 al día. A partir de entonces el paciente no puede obtener ninguna ayuda adicional por parte del Medicare.

▶ Estancias en hospitales

Medicare únicamente proporciona cobertura económica los 60 primeros días. El gasto del resto de días corre a cargo del paciente.

La asistencia prestada por Medicare alcanza un segmento de población muy importante: 33,9 millones de un total de 35 millones de edad avanzada censada en 1999.

Cobertura privada

El mercado del seguro de Dependencia privado ha crecido considerablemente. En 1985 existían aproximadamente 100.000 pólizas mientras que en junio de 1999 esa cifra asciende a 6.776.100 pólizas.

Algunos aseguradores prevén que el número de pólizas en vigor va a crecer hasta los 20 millones en el 2015. La razón es el cambio demográfico que está experimentando la población americana:

se espera que las personas mayores de 65 años pasen de los 32 millones en 1990 a los 52 en el 2015.

El seguro privado de Dependencia está especialmente pensado para aquellas personas que hayan agotado las prestaciones de dependencia del Medicare, que están limitadas en el tiempo, y que excedan las condiciones económicas impuestas para acceder a la ayuda del Medicaid. Este seguro normalmente se contrata de forma individual.

“La conciencia de necesidad social en cada país, unida a la legislación fiscal y a la cobertura pública de la dependencia ofertada, ha provocado un desarrollo muy distinto de este tipo de seguros de unos países a otros.”

El mercado privado de seguros ofrece una gran variedad de productos. Actualmente, las coberturas son mucho más amplias y las pólizas cubren no sólo el pago en residencias especializadas sino también en centros de atención de día o incluso asistencia domiciliaria. Se suele ofrecer un producto flexible que combina varias coberturas con límites de indemnización diarios o semanales con un tope máximo de reembolso.

En 1996 se promulgó una nueva legislación sobre los seguros de salud que ha tenido una influencia determinante en el seguro de Dependencia. Dicha legislación concede beneficios fiscales a los suscriptores de pólizas de dependencia, son los llamados “Tax Qualified LTC plans”.

La mayoría de contratos suscritos en Estados Unidos limitan el periodo de cobertura a un tiempo máximo de dos a



cinco años. Si la duración de las prestaciones es indefinida el coste de las primas suele ser muy alto, incluso prohibitivo para gran parte del público que contrata el seguro de Dependencia. Para poder ofrecer primas más bajas, muchas compañías no limitan el periodo de cobro de las prestaciones pero sí la suma total de las prestaciones que puede percibir el asegurado.

Además de venderse como producto independiente, el seguro de Dependencia también se ha comercializado como una cobertura complementaria a un seguro de vida. En estos casos la cobertura mensual de la dependencia se expresa como un porcentaje del capital asegurado por fallecimiento, normalmente un 2%. Así el capital de fallecimiento se va reduciendo a medida que se va consumiendo el mismo por el pago de la prestación de dependencia. Se cree que este producto resulta más atractivo para personas jóvenes. De hecho la edad media de contratación es únicamente de 51 años, muy inferior a la edad media que resulta en los seguros de dependencia independientes: 68 años.

2. Reaseguro

Como ya se ha señalado a lo largo de este artículo, para poder comercializar el seguro de Dependencia se hace necesario resolver un problema técnico importante: el de un nuevo riesgo que se debe asegurar cuyas estadísticas no están siempre disponibles. En efecto, los estadistas, hasta un período relativamente reciente, se han interesado muy poco por la población de las personas ancianas. Además de las estadísticas oficiales o nacionales sobre la salud, considerando la medida de la incapacidad con relación al envejecimiento, son los siniestros, una vez ocurridos, los que permiten dar una medida más fiable de este riesgo. Ahora bien, hay que esperar, por término medio, cerca de 10 años para que los siniestros ocurran, ya que la media de entrada en dependencia se sitúa alrededor de los 80-85 años, mientras que los contratos son firmados, en su mayoría, hasta los 70 años.

Aun siendo grande la incertidumbre en cuanto a la apreciación de este riesgo, los aseguradores han comprendido que

debían aceptar este importante desafío, ya que se está ante una necesidad social de aseguramiento a la que debe darse respuesta. Además, numerosos jubilados, a pesar de las importantes diferencias de situación financiera que les caracterizan, tienen medios para financiar tales contratos. Por otra parte, se trata de encarrilar un ahorro a largo plazo de los matrimonios, con vistas no sólo a la jubilación sino también a la cobertura de esta cuarta edad.

El seguro de Dependencia supone un reto muy importante para el seguro privado. Esta prestación deberá desempeñar un papel complementario o sustitutorio al de los poderes públicos (Seguridad Social) en aquellos países en que éstos no pueden hacer frente a este problema.

El seguro de Dependencia se enfrenta a numerosas dificultades:

- ▶ Las propias del seguro, como la anti-selección, que, en este caso, se puede ver incrementada en algunos casos por la "subjetividad" en la definición de dependencia.



- ▶ La evolución futura de la mortalidad de las personas sanas, los dependientes y las tasas de incidencia de entrada en dicho estado de incapacidad, difíciles de anticipar por los continuos avances médicos.
- ▶ Las estimaciones del coste futuro de prestaciones a la tercera edad y su correlación con la inflación.

¿Cómo puede ayudar el reaseguro en esta problemática?

La ventaja de un reasegurador internacional es la de conocer las formas de trabajar y características de diferentes mercados a nivel mundial. Esto le sirve para poder mutualizar el riesgo al trabajar con diferentes compañías de distintos países. Además tradicionalmente una de sus labores es la de I + D + I en el campo del seguro, que muchas veces las compañías de seguro absorbidas por su labor diaria no tienen tiempo de realizar.

Por ello, el reaseguro siempre ha ido un paso por delante respecto a las compañías de seguro en cuanto a desarrollo técnico. El seguro de Dependencia no ha sido una excepción y en los dos países en los que ha tenido y tiene un desarrollo más importante (EE.UU. y Francia) fue introducido de la mano de reaseguradores de dichos países.

El reasegurador con su experiencia y al disponer de una cartera más globalizada en este tipo de riesgos, puede reducir todas estas "incertidumbres" de las cedentes.

El esquema de reaseguro normalmente utilizado en este tipo de productos, es una Cuota Parte a primas de riesgo, las cuales son fijadas habitualmente por el reasegurador, con una cesión importante de, al menos, el 50%.

Asimismo, el reaseguro puede ayudar a las compañías de seguro directo aportando su conocimiento para:

- ▶ Reducir la exposición al riesgo, proponiendo exclusiones de ciertas personas de alto riesgo, mediante una selección previa con cuestionarios médicos.
- ▶ Limitar la antiselección, aconsejando sobre la idoneidad de incorporar períodos de carencia y franquicias.
- ▶ Ajustar la evolución de costes futuros, proponiendo períodos y porcentajes de revisión de las condiciones iniciales.

Si se traslada todo lo expuesto a mercados poco desarrollados en los que, por el momento, únicamente han existido tímidos lanzamientos de este tipo de productos, el reaseguro puede ofrecer un "conocimiento" adquirido durante ya más de 20 años en este tipo de modalidad de seguro en diferentes mercados, ajustando su experiencia a las características y peculiaridades de cada país. ■

Bibliografía:

- ▶ **Casado, D. y López, G. (2001).** *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro.* Colección Estudios Sociales nº 6. Fundación "la Caixa". Barcelona.
- ▶ **ICEA (2001).** *Jornada de Estudio sobre Seguros de Dependencia.* Madrid.
- ▶ **Instituto de Actuarios Españoles. (2000).** *El Seguro de Dependencia.* Madrid
- ▶ **Linda, B. y otros (2000).** *Long term Care Experience Committee. Intercompany Study.* 1984-1993. Society of Actuaries. EE.UU.
- ▶ **Pitacco, E. (1994).** *Modelli Attuariali per le Assicurazioni "Long Term Care".* Università Commerciale Luigi Bocconi. Milán
- ▶ **Pitacco, E. y Haberman, S. (1999).** *Actuarial Models for Disability Insurance.* Chapman & Hall. Londres.
- ▶ **Pociello, E. y otros. (2001).** *Construcción de Tablas de Dependencia: Una Aproximación Metodológica.* Anales de Instituto de Actuarios Españoles.
- ▶ **Pociello, E. y Varea, J. (2004).** *El Seguro de Dependencia. Una visión general.* Colección Cuadernos de la FUNDACIÓN MAPFRE ESTUDIOS no 81. Fundación MAPFRE Estudios. Madrid.
- ▶ **Sánchez, E. y otros. (2004).** *El Seguro de Dependencia en el Sistema MAPFRE.* Madrid.

entrevista

Manuel Garrote Prieto

Director del Departamento de Gerencia de Riesgos del Grupo OHL

Buena parte del crecimiento económico que España viene experimentando en los últimos años se debe a la tendencia expansiva de la construcción, que aporta el 9,1 por ciento del PIB. Las empresas españolas del sector, como es el caso de OHL, se encuentran en un momento fascinante y desarrollan una intensa actividad dentro y fuera de España, tanto en construcción residencial como en obra civil e infraestructuras. Esta pujanza es acompañada en todo momento por una adecuada gestión de los riesgos y su consiguiente transferencia al mercado asegurador. El ejemplo de cómo OHL cuida sus responsabilidades y aplica una eficaz política de prevención es extensible a otras empresas del mercado y queda explicada en esta entrevista.

“ *Analizamos el riesgo y sus posibles consecuencias en todas nuestras actividades* ”



Manuel Garrote nació el 18 de abril de 1959 en Castropodame, en la comarca de El Bierzo (León). Es arquitecto técnico por la Escuela Politécnica de Madrid. Está en posesión de los títulos Máster en Riesgos Empresariales por la Universidad de Columbia y Máster en Restauración Arquitectónica del CED. Es diplomado en Riesgos de la Construcción por el Instituto Agustín de Betancourt, dependiente de la Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Caminos. Además cuenta con un importante número de cursos superiores, como el de Ingeniería de INESE.

Su trayectoria laboral se inicia en 1980 al incorporarse a la compañía de seguros Minerva. En 1981 se traslada a la sociedad holding de Rumasa, que previamente había adquirido esa aseguradora, y en 1982 a la empresa Hispano Alemana de Construcciones. A partir de 1985 dirige su propia sociedad de asesoramiento en materia de seguros, Asespasa, para incorporarse en 1988 a la empresa constructora Huarte, que con la fusión en 1999 con Obrascon y Lain se transforma en OHL.



¿España está a la altura de los mejores países de Europa o del mundo en construcción y edificación?

¿La tecnología que se emplea en los procesos constructivos es homologable a la de otros países avanzados?

Realmente sí. Somos homologables, estamos entre los países más avanzados y en condiciones de competir en cualquier parte del mundo. De hecho, estamos haciendo obras muy emblemáticas con una gran resolución y unas respuestas muy satisfactorias. Contamos con unos equipos técnicos realmente magníficos. Y ese conjunto de capacidad de proyectar y facilidad para ejecutar de nuestras empresas nos coloca en una posición muy elevada, muy buena. Lo estamos viendo en el exterior, especialmente en América Latina.

¿Ha cambiado la percepción de los riesgos en la empresa constructora?

Diría que sí, porque antes no había una verdadera política de prevención activa, quizá porque tampoco era tan necesaria. No incurriamos en grandes sumas aseguradas. No había unos límites tan altos como ahora o unos siniestros con la magnitud y el impacto económico que pueden representar en estos momentos. Todo eso ha cambiado y hoy la gestión se empieza desde la prevención. Cuando comencé a trabajar en gerencia de riesgos, hacíamos informes, diseñábamos formularios. Se nos veía como una especie de «rellena papeles» y no se conocía muy bien qué hacíamos.

¿De quién depende el departamento de gerencia de riesgos? ¿Cómo y cuándo surge en el Grupo OHL la necesidad de constituirlo?

A efectos de organización dependemos del departamento financiero, que a su vez

responde de una dirección general que nos consulta y a la que reportamos directamente. Eso también ocurre con el resto de direcciones generales. Mi incorporación a OHL se produce desde Huarte, donde existía un departamento dedicado a seguros y gestión de riesgos que contaba con tres personas. Además de identificar y analizar los riesgos, proponíamos soluciones y transferíamos los riesgos al mercado asegurador. A partir de la fusión y constitución de OHL, en 1999, la empresa se preocupa más por la identificación de los riesgos y la gestión aseguradora, y como resultado se crea el departamento de seguros.

Entonces, ¿la transferencia de los riesgos se ciñe a los contratos de seguros?

Efectivamente, es algo que pasa en la mayoría de los casos. Nosotros hemos intentado cambiar esa percepción centrada en el seguro por un concepto más amplio, como es la minoración y transferencia financiera del riesgo, cualquiera que sea el instrumento utilizado.

¿En qué medida la gerencia de riesgos forma parte de la estrategia competitiva diseñada por OHL?

Evidentemente de una manera importante. Cuentan con nosotros desde el momento en que tenemos acceso a todas las direcciones generales, es decir, de alguna manera estamos comprometidos con todo el desarrollo del negocio. Nuestro cometido es que la cuenta de resultados no se vea afectada por un imprevisto. En este departamento trabajan siete personas, y hay labores administrativas, pero también hay técnicos que estudian los riesgos, e incluso un abogado que revisa los contratos, los estudia, supervisa los siniestros, realiza anotaciones y sugerencias, etc.

OHL, un grupo constructor con actividades diversificadas

El Grupo OHL se constituyó el 27 de mayo de 1999, producto de la fusión de tres empresas constructoras: Obrascon, Huarte y Lain. Este Grupo, que preside Juan-Miguel Villar Mir, concentra su actividad en la construcción, en un 89 por ciento, y el resto en otras actividades. Sus ventas en el año 2003 fueron de EUR 2.112 millones, un 19 por ciento más que en 2002, y sus beneficios alcanzaron los EUR 49 millones, un 15 por ciento más que el año anterior.

La construcción nacional representó en 2003 el 69,1 por ciento de su actividad, la internacional el 20 por ciento, donde hay que destacar la adquisición en la República Checa de un paquete de control del Grupo ZPSV-ZSBrno, que cuenta con una facturación de EUR 290 millones y 3.000 empleados. El Grupo OHL, que tiene un total de 9.000 empleados, también está presente en México, Brasil, Chile, Argentina, Costa Rica y Turquía.

La actividad de OHL Concesiones representa el 6 por ciento de la que desarrolla el grupo. La actividad de servicios se encuentra estructurada en servicios urbanos y de infraestructuras, servicio de medio ambiente y equipamientos sociales.

entrevista

En conjunto, ¿qué funciones desarrollan?

Nos implicamos en todas las actividades, y, sobre todo, hacemos prevención. Actuamos como una aseguradora dentro de la casa: identificamos y analizamos los riesgos, los reducimos y los transferimos. Y esa transferencia se hace en concreto al mercado asegurador, por el que hemos apostado. Es una apuesta recíproca, porque nuestra siniestralidad no es muy elevada y somos un buen cliente.

Lógicamente, no tendrán problemas a la hora de renovar sus pólizas. ¿Conseguirán buenos precios?

Sí. Eso se nota especialmente en la responsabilidad civil, donde se observa que los precios se nos han ido reduciendo paulatinamente desde el 2001.

¿Y qué hacen para no tener una siniestralidad elevada?

Contamos con un plan de actuación que nos da muy buenos resultados. Antes no era así, la siniestralidad era muy abultada. Tras la fusión hubo que tomar medidas drásticas, y, entre otras cosas,

llegamos a un acuerdo con MAPFRE, nuestra aseguradora de responsabilidad civil, para incluirla en nuestros planes, y la invitamos a formar parte de nuestro grupo de trabajo. De hecho, todavía nos reunimos trimestralmente para debatir algunos temas. Eso ha llevado a que la relación sea muy buena. ¿Qué hacemos? Sobre todo prevenir, y penalizamos las obras que no cumplen ciertos estándares de control de riesgos, con lo cual, el responsable de cada obra se preocupa por sus riesgos. Ha sido muy importante la labor de concienciación que hemos desarrollado entre ingenieros, arquitectos y jefes de obra. Sabemos que tenemos una responsabilidad y que hay que cuidarla. A todas horas estamos informando de lo que tenemos, lo que queremos y qué nos proponemos. Penalizamos a las obras con más siniestralidad. ¿Cómo? Incrementamos la prima y actuamos sobre otra serie de conceptos, al final, los responsables ven que eso no les conviene. Nuestra siniestralidad en responsabilidad civil patronal, contractual o cruzada, está en un ratio del 15 % o 20 %, y viene a representar algo así como el 60 % de lo que anualmente pagamos en primas, con lo cual nuestros aseguradores están encantados y nosotros también.

¿Cómo realizan el trabajo de identificación y evaluación de los riesgos de la compañía? ¿Con recursos y metodología propia o cuentan con asesoramiento externo?

Mantenemos un contacto directo con todos los departamentos, y de hecho los estudiamos, es decir, hacemos una inspección de todas sus actividades y vemos cómo actúan. En estos momentos desarrollamos junto al departamento de prevención una serie de objetivos. Informamos sobre nuestra siniestralidad y fijamos cuál debe ser la reducción. Analizamos los riesgos y sus posibles consecuencias en todas nuestras actividades, y valoramos la posibilidad de cubrirlo o no mediante contrato de seguro o autoasegurando el riesgo. Para llevar a cabo toda esa labor, además de contar con la ayuda directa de nuestro primer proveedor de seguros, y dependiendo del tipo de riesgo, contamos con distintos corredores de seguros y diversas aseguradoras.

¿En qué medida se reparte el coste de sus riesgos porcentualmente entre partidas como prevención, transferencia aseguradora y otras fórmulas alternativas?

Nuestra empresa es una de las que más presupuesto dedica a la prevención, y





entrevista

de hecho, las actuaciones que llevamos a cabo son importantes y nos han dado su fruto. Sólo el departamento de seguros dedica a estas partidas aproximadamente el 10% de su presupuesto a prevención y 90% a transferencia de riesgos. Ese 10% representa una cantidad de dinero importante. Por cada euro que invertimos en prevención podemos estar ahorrando EUR 5 o 6 en siniestralidad. No utilizamos otras fórmulas financieras de protección de balances, porque con lo que tenemos estamos suficientemente amparados.

¿Hay diferencia entre la gerencia de riesgos de una empresa constructora y la que se realiza en cualquier otro tipo de actividad?

Estoy convencido de que no. Sobre todo conceptualmente, y tengo la experiencia que acumulé a partir del año 1985 en mi consultora, Asespasa, que ofrecía gerencia de riesgos para una serie de empresas de sectores muy diferentes. La esencia es identificar, analizar y canalizar los riesgos de manera que no tengan un impacto negativo sobre los resultados de la empresa.

¿Se encuentran con algún problema a la hora de colocar los riesgos, partiendo de la base de que a partir de 2001 la suscripción pasó a ser muy estricta?

Siempre han existido dificultades para completar la capacidad en algunos riesgos, pero es verdad que a partir del 11S todo se complicó mucho más. Quizá es ahora cuando el mercado empieza a abrirse, aunque todavía existen problemas, porque, por ejemplo, en riesgos de terrorismo, las capacidades de los reaseguradores son muy escasas y se sufre el inconveniente de que con un

Actividad en el extranjero

¿Cómo operan en el extranjero?

La necesidad de atender los riesgos en el exterior surgió en el mismo momento en que empezamos a trabajar en otros mercados. Ahora hay un volumen de negocio bastante elevado que se realiza en el extranjero, así que creamos un programa global dando cobertura a todos los países en que estamos presentes. Esta gestión se hace desde España, especialmente la de reaseguro, porque podemos trabajar con entidades locales para riesgos pequeños, que, aunque sean muy limitados, van a ser suficientes para ese mercado, sin necesidad de que tenga que intervenir la capacidad de otras pólizas. Nosotros transferimos reaseguro para las

que las aseguradoras locales cubran esos riesgos, y ese reaseguro de la póliza local lo generamos a partir de nuestra póliza de construcción que tenemos colocada en el Mercado de Londres.

Cuando se inicia una obra en un país distinto a España, porque han ganado un concurso, ¿tienen calculado cuánto puede valer el seguro?

Sí, eso se hace igual que en España. Está incluido en el proyecto, y para eso, en la fase de ingeniería y estudio nos consultan, porque nuestro departamento recibe y ofrece información a todas las áreas de la empresa. Un riesgo que nos preocupa en estos casos es el político. Hay países donde no tienes otra alternativa que asegurarlo.

En ese caso estudiamos el país exhaustivamente: su economía, su cultura, sus costumbres. Es verdad que el programa maestro te da una cobertura global para todos los países con más o menos amplitud, pero casi siempre es necesario pactar garantías adicionales cuando vas a realizar una construcción.

¿OHL realiza actualmente alguna obra en EE.UU.?

Estamos empezando una obra importante relacionada con el tratamiento del agua en Massachussets, y para asegurarla hemos utilizando una póliza local con los límites que nos exige la legislación de España. Nuestros programas globales no tienen cobertura en EE.UU y Canadá por lo que tenemos que contratar pólizas locales, con la intermediación inestimable de nuestros brokers.

entrevista



plazo que oscila entre los seis y quince días de preaviso pueden anular la póliza.

Cuando hay una obra nueva, ¿lo primero que se pide son los seguros de ingeniería y de todo riesgo de la construcción?

Sí, pero las grandes constructoras no tenemos problemas, porque vamos a programar donde tenemos prácticamente aseguradas todas las obras, excepto aquellas de difícil cobertura o que presentan una exposición muy elevada. Colaboramos en la confección de esas pólizas, porque, aunque estamos acostumbrados a trabajar con volúmenes muy grandes, hay condiciones adicionales que pueden resultar muy importantes e imprescindibles.

En un grupo de actividades diversificadas como es OHL, ¿qué otros riesgos se transfieren al mercado asegurador?

Hay algunas actividades relacionadas con el medio ambiente, como la construcción

de parques eólicos, plantas de compostaje o de tratamiento de fangos. Ahí llevamos algunos años y tenemos bastante conocimiento sobre estas materias. Otras veces, ante nuevos riesgos, tenemos que solicitar asesoramiento externo. En el capítulo de responsabilidad medioambiental participan todas las direcciones y se han creado los consejos internos de calidad y medio ambiente, a los que tenemos acceso y realizamos propuestas.

¿Guarda un especial recuerdo de alguna póliza o de algún siniestro atípico?

Uno que resultó curioso se produjo en las obras de reforma del Teatro Real de Madrid. Una obra emblemática que empezó con poco presupuesto y que luego se fue ampliando. Fue un riesgo bonito, en el sentido de que tocamos todos los aspectos de la póliza, que se hizo con cobertura de todo riesgo en construcción

incluyendo su responsabilidad civil y subsuelos preexistentes. Se produjo un siniestro que nos dio algunos problemas, porque se cayó la lámpara de cristal que hay en el centro del patio de butacas del teatro. Se soltaron, uno tras otro, hasta sus ocho puntos de anclaje. Hubo que mandarla a reparar a la Real Fábrica de Cristales de la Granja de San Ildefonso, y nos costó EUR 72.000. Afortunadamente, estaba bien asegurada. El problema adicional es que había que hacer la reparación en un tiempo récord, porque se inauguraba el teatro. No se llegó a tiempo y la inauguración se hizo con otra lámpara más modesta que se utilizaba a diario, pero el momento fue tan espléndido que no se notó la diferencia. ■



Buzón del lector:

Se comunica a todos los lectores de TRÉBOL que se ha habilitado la dirección de correo electrónico trebol@mapfre.com, para canalizar todos los comentarios, sugerencias, cartas y peticiones, hacia la Dirección y Consejo de la revista. Asimismo, se invita a todos los receptores de TRÉBOL a exponer los comentarios que surjan sobre el contenido técnico de los artículos y entrevistas, información que se hará llegar a los autores si se considera conveniente.