



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

**“LA SELECCION DE RIESGOS EN EL
SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
APLICANDO CRITERIOS DE CALIDAD”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
A C T U A R I O
P R E S E N T A :
SALVADOR VALLE OLVERA



MEXICO, D. F.



1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**FACULTAD DE CIENCIAS
DIRECCION ESCOLAR**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENNA DE
MEXICO

M. EN C. VIRGINIA ABRIN BATULE

Jefe de la División de Estudios Profesionales
Facultad de Ciencias
Presente

Los abajo firmantes, comunicamos a Usted, que habiendo revisado el trabajo de Tesis que realiz(ó)ron EL pasante(s) SALVADOR VALLE OLVERA

con número de cuenta 8346748-8 con el Título:

" LA SELECCION DE RIESGOS EN EL SEGURO DE VIDA

INDIVIDUAL APLICANDO CRITERIOS DE CALIDAD "

Otorgamos nuestro Voto Aprobatorio y consideramos que a la brevedad deberá presentar su Examen Profesional para obtener el título de ACTUARIO

GRADO	NOMBRE(S)	APELLIDOS COMPLETOS	FIRMA
M. EN C.	JOSE	GUERRERO GRAJEDA	
Director de Tesis			
M. EN C.	VIRGINIA	ABRIN BATULE	
ACT.	CESAR CRISPIN CASTILLO VILLANUEVA		
ACT.	MA. ELENA	LOPEZ JOERS	
Suplente			
M. EN D.	ALEJANDRO	MINA VALDES	
Suplente			

"Hoy día es más difícil que antes sintetizar los conocimientos de tantas ramas del saber. Porque, al crecer el acervo de elementos que constituyen la cultura, disminuye al mismo tiempo la capacidad de cada hombre para captarlos en una integración orgánica, de modo que cada vez se va desdibujando más la imagen del "hombre universal". Sin embargo, queda en pie para cada hombre el deber de conservar la estructura de la persona humana íntegra en la que destacan los valores de la inteligencia, voluntad, conciencia y fraternidad; todos los cuales se basan en Dios Creador y han sido saneados y elevados maravillosamente en Cristo".

Gaudium et Spes, 61.

Gracias Padre Bueno por todo lo que me has regalado a través de mis papás, ambos ejemplo de honestidad y esfuerzo; gracias por Lupita y Juanjo, mis hermanos; por mi familia, amigos, compañeros y formadores con quienes he recorrido los momentos más importantes de mi historia.

Por todas las facilidades que me brindaron en Grupo Nacional Provincial para la concretización de este trabajo, especialmente muchas gracias a Rafa Martínez Estrada por su constante apoyo y a Don Marcos Padilla Suárez cuya experiencia, profesionalismo y fidelidad a los principios del seguro me impusaron a desarrollar este tema.

Gracias a José Guerrero y a Virginia Abrín en quienes encontré un gran apoyo para realizar este trabajo, a Alejandro Mina por su disponibilidad, a César Castillo y a Male López por sus siempre atinados comentarios.

A la memoria de Beto, Adriano y Luismi.

INDICE

INTRODUCCION	01
CAPITULO I	
LA SELECCION DE RIESGOS	04
1 Conceptos Fundamentales	
A) El Riesgo	04
B) La clasificación de los seguros	05
2 La Selección de Riesgos	07
A) ¿Qué es la Selección de Riesgos?	07
B) Antecedentes y situación actual	11
- Epoca empírica	11
- Epoca bio-estadística	12
- Epoca clínico-estadística	13
- Situación actual	13
3 Los principios básicos del seguro y su relación con la Selección de riesgos	15
4 La mortalidad desde el punto de vista cuantitativo	17
5 Beneficios de la Selección de Riesgos	19
CAPITULO II	
ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA SELECCION DE RIESGOS	20
1 Principales elementos para la valoración de un riesgo	20
A) La Solicitud	20
B) Los Exámenes Médicos	21
C) El Informe confidencial	23
D) Otros documentos	23
2 La Selección no-médica	25
A) Definición	25
B) El riesgo subjetivo	25
C) Análisis de un riesgo	27
1.- Interés asegurable	27
2.- Antecedentes de suma asegurada	30
3.- Ocupación, deportes y aficiones	32
4.- El plan del seguro	33
5.- Suma asegurada	34
6.- Cuestionarios especiales	35

7.- Información financiera	35
8.- Análisis del riesgo moral	39
9.- Salud actual	41
10.- Historial familiar	41
D) Dictamen de un riesgo	41
3 Las Tablas de Requisitos	43
4 La importancia del agente en la selección de riesgos	49
5 Apoyos importantes en la selección de riesgos	54
A) Las agencias investigadoras	54
B) La Oficina Informadora de Impedimentos	56
C) Los laboratorios	58
D) Las compañías reaseguradoras	58
CAPITULO III	
CAUSAS IMPORTANTES DE SINIESTROS	60
1 Resultados de siniestralidad	60
A) Causas de muerte a nivel nacional en 1990	61
B) Causas de muerte en la cartera de una compañía de seguros	66
2 Breves comentarios a las estadísticas de siniestralidad	77
A) La muerte accidental	77
B) El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida	78
CAPITULO IV	
LA CALIDAD Y LOS PROBLEMAS EN SUSCRIPCION	80
1 ¿Cómo podemos definir la calidad?	80
2 De una calidad en el producto a una calidad en el servicio	81
3 La propuesta de Deming	84
4 Encuestas de calidad en el servicio	88
A) Encuestas telefónicas a asegurados	89
B) Encuestas telefónicas a agentes	91
5 Problemas en la suscripción	96
COMENTARIOS FINALES	102
BIBLIOGRAFIA	106

INTRODUCCION

Todas las compañías de seguros basan sus resultados en los negocios que suscriben. En el ramo de vida, la aceptación de los prospectos que desean adquirir un seguro tiene un papel muy importante en el proceso de suscripción, sin embargo, no todos los candidatos que solicitan un seguro de vida tienen las mismas características, el riesgo que cada uno puede representar para la compañía aseguradora diferirá según el caso, por esta razón es necesario hacer una selección de riesgos que permita evaluar las condiciones de asegurabilidad de un solicitante. Para los grandes montos de suma asegurada la selección de riesgos puede ser comparada con una pieza de artesanía que se elabora con mucho cuidado y en la que intervienen no solo gran variedad de factores, cada uno particular al caso, sino que también el sentido común y un amplio criterio basado no en especulaciones personales, sino en la experiencia y en el apoyo de especialistas, que constituyen las herramientas para hacer de la selección de riesgos una "artesanía" de calidad.

El motivo que me impulsó a la realización de este trabajo, fue la necesidad que existe para el actuario de involucrarse más en este aspecto del seguro. Las decisiones más importantes en cuanto a la suscripción de negocios se toman a niveles directivos, puestos ocupados por actuarios. Si bien es cierto que dentro de una compañía de seguros las áreas técnico-actuariales son importantes porque ahí se generan entre otras cosas las tarifas del seguro, también es necesario que un técnico norme la aceptación de los negocios.

A través de este trabajo, se desarrollará el concepto de la selección de riesgos, desde el punto de vista de la calidad y el servicio, factores muy importantes para la productividad de una empresa.

Iniciaré con conceptos generales del seguro y la importancia de la selección de riesgos en el seguro de vida individual, recorriendo sucintamente su desarrollo histórico hasta llegar a la actualidad, en donde la selección de riesgos, en su aspecto no médico, adquiere gran relevancia.

Posteriormente entraré ya en materia analizando los elementos fundamentales de la selección de riesgos que se aprecian para la valoración de un negocio, en un primer momento hablaré de aspectos médicos y no médicos, siendo estos últimos presentados con más detalle en el capítulo II, en donde adicionalmente tocaré la importancia del agente en este proceso, la de los proveedores, etc. De una manera sencilla, ilustraré con casos reales, la aplicación práctica en el análisis de riesgos.

He querido en este trabajo incluir resultados de siniestralidad a nivel nacional y de la experiencia de Grupo Nacional Provincial, empresa líder en el mercado asegurador. Considero que estas cifras son importantes, en particular las propias de una compañía de seguros, ya que son en parte, reflejo de una buena selección de riesgos si tomamos en cuenta,

que el efecto de la antiselección evidentemente repercute en una mortalidad prematura; haré también comentarios a estos resultados que a mi manera de ver, son significativos.

Un factor que deseo aplicar a la selección de riesgos, es el de la calidad, por esta razón me basaré en el primer punto que cita Edwards Deming en su programa de mejora de la calidad, esto lo haré tomando como referencia a Grupo Nacional Provincial, empresa cuya misión tiene una clara opción por satisfacer al cliente. Para ello incluyo algunas encuestas de calidad y servicio, y expondré la problemática básica en el proceso de suscripción. Finalmente haré comentarios personales a la situación general que aprecio en este proceso.

Es importante decir que en este trabajo menciono los fundamentos de la selección de riesgos y que básicamente lo dirijo a la suscripción de solicitudes millonarias, esas "artesanías" únicas e irrepetibles de que hablé en un principio.

Estoy consciente que no abarco todo lo que la selección de riesgos implica, tal vez cada punto sería ocasión de un análisis más profundo, mi intención es la de presentar los factores de mayor importancia en la selección de riesgos tomando en cuenta, por un lado, el servicio de protección financiera que se brinda a través de un contrato de seguro y, por el otro, la calidad de los riesgos que suscribe una compañía, ambos aspectos importantes y orientados a satisfacer las necesidades de servicio y calidad que un cliente merece.

CAPITULO I

LA SELECCION DE RIESGOS

1 CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Para definir la Selección de Riesgos, es necesario retomar de una manera general, conceptos fundamentales en la estructura del Seguro, de esta forma podremos entender de una manera integral la importancia de la Selección de Riesgos en el proceso de Suscripción de un Seguro de Vida Individual para una compañía de seguros.

A) El Riesgo

Uno de los conceptos primordiales es el de RIESGO que definiré como la posibilidad de que ocurra un suceso desfavorable.

Podemos distinguir 2 tipos de riesgos:

- a) Riesgo Especulativo.- En el que se tiene la posibilidad de pérdida o ganancia (como un juego de apuesta).
- b) Riesgo Puro.- Es aquel suceso que implica la posibilidad de una pérdida (como lo es la muerte de una persona).

Ante la posibilidad o eminencia de que ocurra un riesgo, el ser humano puede adoptar diversas actitudes, como lo son:

- a) Tomar medidas de prevención que disminuyan la posibilidad de ocurrencia de un riesgo;
- b) Asumir el riesgo por cuenta propia, o bien
- c) Transferir el peso económico del riesgo a alguna organización (Compañía Aseguradora) que pueda soportar la eventualidad.

B) La clasificación de los seguros

Es de nuestro particular interés lo referente al Seguro de Vida, por lo que requerimos hacer la siguiente clasificación de los Seguros:

De acuerdo a la Ley General de Instituciones de Seguro en el artículo 7o. nos dice que las operaciones del Seguro se referirán a los siguientes rubros:

- I Vida
- II Accidentes y Enfermedades
- III Daños.

En el artículo 8o. la misma ley detalla lo referente a cada uno de las operaciones de Seguro, que para el caso de seguros de Vida, precisa ser los "que tengan como base del contrato, riesgos que puedan afectar la persona del asegurado en su existencia". Añadiendo que "se considerarán comprendidos dentro de estas operaciones los beneficios adicionales que, basados en la salud o en accidentes personales, se incluyan en pólizas regulares de seguros de vida."

En el seguro de vida el riesgo que se cubre es:

- 1.-La muerte: en este caso, al ocurrir el fallecimiento del asegurado, la compañía de seguros pagará a los beneficiarios la suma asegurada contratada .
- 2.- En otras ocasiones la supervivencia del asegurado: en este caso, al ocurrir ésta en un plazo determinado, la compañía de seguros pagará al asegurado la suma asegurada contratada.

En el seguro de vida existen las siguientes divisiones:

- Seguro Individual
- Seguro de Grupo y
- Seguro Colectivo

En los últimos, mediante el contrato de seguro quedan protegidos varios asegurados en una sola póliza, a diferencia de los individuales en los que se protege a cada individuo emitiéndose particularmente su póliza. Para efectos de la Selección de Riesgos, dentro del seguro de Vida, no existe una selección propiamente dicha en los seguros de grupo y colectivo; sin embargo, en el caso de los seguros individuales la selección de riesgos constituye, como veremos más adelante, un factor determinante en el porvenir de una compañía aseguradora.

Es importante que no perdamos de vista la función principal de un seguro de vida, resarcir económicamente una pérdida (ingresos) por la ocurrencia de un riesgo (la muerte) mismo que no sabemos cuándo sucederá.

2 LA SELECCION DE RIESGOS

A) ¿Qué es la selección de riesgos?

En la actividad humana, el hombre se enfrenta a tomar decisiones en todos los aspectos de su vida, dentro de cualesquiera de estos surge también el concepto de selección que entendemos como la elección de algo frente a diferentes opciones; así, cuando se escoge alguna prenda de vestir, por ejemplo, se elige la que más le guste; una ama de casa "selecciona" la fruta de mejor calidad. Las industrias pequeñas o grandes, hacen también discernimiento de sus productos, "seleccionando" aquellos que merecen ser puestos a la venta o quizá los que, por una deficiencia en su calidad, serán vendidos a un costo menor.

En la industria aseguradora existe también una selección de los candidatos a adquirir un seguro. En el seguro de daños, determinar el valor del bien para establecer la suma asegurada que lo cubre, es relativamente fácil; sin embargo, en el seguro de vida esto resulta más complejo.

Es indiscutible que el valor de la vida humana es algo incalculable y por lo tanto difícil de "ponerle precio", para quienes tienen interés en contratar un seguro, es necesario ser "evaluados" en todos sus aspectos con el fin de otorgarle la protección que necesita en relación al riesgo que representan.

Surge entonces, al hacer un análisis del riesgo en el seguro de vida individual, la necesidad de la selección como la única forma de que se dispone para medir el fenómeno aleatorio, que es la muerte. Una buena selección de riesgos nos conducirá a resultados de mortalidad esperados, lo que se traduce en buenos resultados financieros en una compañía de seguros. Por otro lado, la antiselección implica que no podamos medir el posible resultado de mortalidad esperada, reflejándose cuando el comportamiento de la siniestralidad es mayor que el previsto, y este aumento no es provocado por causas aleatorias.

La selección de riesgos, en el seguro de vida individual, adquiere más relevancia si consideramos que la compañía adquiere con el asegurado, una serie de obligaciones y compromisos irrevocables, en ocasiones por largos periodos de tiempo, que se conservan en los términos convenidos al celebrarse el contrato del seguro.

En el seguro de vida, el agente que promueve la venta, es el primer seleccionador del riesgo en el proceso de suscripción, porque es quien tiene el contacto personal con el prospecto, conociendo a nivel general la situación de éste, más adelante profundizaremos en esta importante labor. Por otro lado, los dictaminadores o seleccionadores médicos y no médicos son, dentro de la compañía de seguros, los encargados de analizar todos los aspectos del riesgo, separando aquellos casos de individuos considerados como:

- a) Normales.- aquellos que no presenten factores que acorten su esperanza de vida,

b) Subnormales, es decir los que alguna circunstancia fisiológica, ocupacional, deportiva, etc. pueda modificar su longevidad, y

c) Severamente agravados, que son aquellos cuyo riesgo asociado tiene una muy alta probabilidad de ocurrir, considerados como inasegurables, médicamente es el caso de personas con insuficiencia cardíaca, renal, respiratoria, hepática; padecimientos congénitos; esclerosis múltiple, etc. Desde el punto de vista ocupacional tenemos como ejemplo a los guardaespaldas.

Esta clasificación es de acuerdo a la probabilidad de vida con base en los estudios de mortalidad que sirven para el cálculo de primas.

La selección de riesgos es una necesidad en toda compañía de seguros, ya que permite salvaguardar la calidad de riesgos en su cartera de asegurados.

Sabemos que existen diferentes motivos por lo que una persona asegura su vida, dentro de los que sobresalen:

- La protección de sus dependientes económicos,
- El ahorro,
- Para garantizar la educación de sus hijos,
- Para garantizar el pago de algún préstamo bancario.

Como se puede observar, existen diferentes motivos para asegurarse; la compañía de seguros valorará a cada uno según su razón.

Por otro lado, no todos los riesgos que suscribe una aseguradora tienen la misma probabilidad de ocurrir según las expectativas de mortalidad. Un gran porcentaje de las personas podríamos considerarlas como sanas, el resto no lo son debido a algún tipo de enfermedad, de invalidez, o bien de algún accidente. Estas merecen ser tratadas de un modo especial ya que las primas que se tarifican en un seguro de vida, están basadas en la experiencia de mortalidad de personas "sanas".

Aunado a los factores de tipo fisiológico que deterioran la longevidad media de las personas, cada uno de nosotros está expuesto, por factores externos, a una mayor o menor probabilidad de acortar nuestra esperanza de vida. Estos factores están estrechamente relacionados con la ocupación, los deportes, los hábitos, la moralidad. Estos condicionantes hacen que existan riesgos agravados.

Una de las principales tareas de la selección de riesgos, es precisamente, la valoración de todos los aspectos del riesgo para clasificarlos, de tal suerte que se equilibren las primas con las obligaciones a pagar, es decir, que los factores que intervienen modificando la esperanza de vida se compensen con una tarificación especial.

Para los riesgos subnormales y agravados existen también razones de tipo social y comercial para no ser rechazados. Socialmente, debido a la tendencia a extender los beneficios del seguro a un sector más amplio de la población y cumplir así con su labor social. Desde el punto de vista comercial, es evidente la insatisfacción que existiría por parte de la fuerza.

productora frente a la compañía aseguradora si los riesgos subnormales fueran motivo de rechazo, sobre todo en el momento actual en el que la venta de un seguro, debido al deterioro del poder adquisitivo, se ha vuelto una tarea difícil.

B) Antecedentes y situación actual

EPOCA EMPIRICA.

Podemos ubicar un primer momento en la historia en donde no existía propiamente la selección de riesgos, es decir, las compañías se limitaban a suscribir los riesgos que consideraban normales y rechazaban los que no lo fueran. Cuando comenzaron a presentarse con mayor frecuencia personas que padecían alguna enfermedad, la situación para la industria aseguradora cambió.

Se dice que alrededor de 1806 una compañía de seguros inglesa, suscribía pólizas a personas con alguna enfermedad mediante el cobro de una extraprima. El método utilizado para la clasificación del riesgo era muy subjetiva ya que un médico, de acuerdo a su propia experiencia, hacía la apreciación del riesgo. Este método empírico siempre fue muy discutido ya que no existían bases suficientemente científicas para justificar el dictamen y frecuentemente diferían los criterios de médico a médico, sobre la probabilidad de vida del solicitante.

Debido a esta situación empírica, las compañías aseguradoras se dieron a la tarea de determinar la sobremortalidad de los riesgos subnormales para poder establecer así las condiciones en que estos podrían aceptarse.

A fines del siglo pasado, en Estados Unidos, el Dr. Rogers de la New York Life, junto con el Act. Arthur Hunter desarrollaron el método de tarificación numérica (Numerical Rating System).

EPOCA BIOESTADISTICA.

El Dr. Rogers y el Act. Hunter durante varios años trabajaron en un "Método de mortalidad relativa" también conocido como "Método Numérico" para determinar el aumento de la mortalidad ocasionada por una cierta anomalía; dentro de este método desarrollaron el "Sistema de adición" que consideraba la sobremortalidad global de un riesgo afectado por diferentes factores, como la sumatoria de las sobremortalidades correspondientes a cada una de ellas. Sus investigaciones llevaron a una serie de estudios bioestadísticos que sirvieron como base para la medicina del seguro. En esa misma época, existe ya un primer estudio de la mortalidad realizado por la sociedad americana de actuarios.

Posteriormente, gracias al desarrollo de trabajos estadísticos y con base en la experiencia de varias compañías de seguros norteamericanas, se

lograron resultados más representativos de la mortalidad. En 1910 se publicó la primera "Investigación médico-actuarial" sobre mortalidad, que plasma la experiencia de 43 compañías. Fruto de este estudio se realizó un catálogo de profesiones y la primera tabla de constitución física, que sirvieron como base a los primeros manuales de tarificación para riesgos agravados.

EPOCA CLINICO ESTADISTICA.

El desarrollo de la ciencia avanzaba rápidamente, tal que, estudios bioestadísticos realizados en esa época, iban siendo obsoletos con los nuevos descubrimientos médicos.

De tal modo que los estudios colectivos sobre algunos padecimientos de 1930 al ser publicados, su tratamiento y sobretodo su pronóstico habían sido mejorados, cambiando así las expectativas de sobrevivencia.

SITUACION ACTUAL

Actualmente, el "Método de las conclusiones por analogía y asociación", basado en la apreciación de médicos especializados y en la medicina del seguro (que a diferencia de la medicina clínica se orienta principalmente hacia el pronóstico de vida) ha hecho que las tarificaciones de los riesgos agravados se apeguen más a la realidad.

Adicionalmente, la valoración de un riesgo es analizado desde diferentes perspectivas.

Vimos ya como en los inicios el enfoque de la selección de riesgos era básicamente médico de acuerdo al pronóstico de vida de un solicitante, poco a poco se fue ampliando esta visión a otros campos relativos a la profesión, ocupación, deportes, situación financiera, moralidad del solicitante. Estos aspectos pueden ser también motivos para agravar un riesgo. De acuerdo a las compañías reaseguradoras, aproximadamente de un 15 a un 20% de los riesgos agravados se relacionan con factores no médicos.

3 LOS PRINCIPIOS BASICOS DEL SEGURO Y SU RELACION CON LA SELECCION DE RIESGOS.

Frente a lo anteriormente expuesto, no habrá que perder de vista el "ser" de una compañía de seguros, es decir, su principio operativo: brindar a los asegurados protección financiera mediante un contrato de buena fe.

El seleccionador de riesgos tiene como responsabilidad el garantizar que la experiencia de mortalidad de la compañía se ajuste, dentro de ciertos límites, a la mortalidad normal que utiliza una empresa en el cálculo de sus primas, tal que no exista para la compañía una pérdida financiera debida a una mortalidad inesperada o a siniestros prematuros.

En resumen, hay dos diferentes aspectos por los que se cuidará la selección:

a) Hacia la compañía de seguros

- 1.- Para protegerla contra siniestros ciertos de solicitantes severamente agravados médica o no médicamente.
- 2.- Para condicionar, mediante una extraprima, a aquellos solicitantes de quienes se espera una tasa de mortalidad más alta.

b) Hacia el solicitante:

- 1.- Para un análisis adecuado del riesgo, bajo los principios de selección y las políticas internas de la compañía, tal que una gran parte de las solicitudes sean aceptadas bajo condiciones normales.

2.- Se pedirá la información básica para la tarificación de un riesgo e información adicional para efectos de una decisión final del dictamen en caso de ser necesaria.

El fin de la selección de riesgos es dictaminar un negocio, tarificando un riesgo, y haciendo que el solicitante pague una prima justa, es decir, proporcional al riesgo que presenta. Esto se realiza a través de clasificar los riesgos agravados de acuerdo a la experiencia estadística para determinar la sobremortalidad que pudiera existir. Esta diferenciación es con respecto a los riesgos normales, cuyo comportamiento de mortalidad es uniforme y solo varía con la edad de los asegurados.

El riesgo agravado se desvía del promedio debido a la salud actual o pasada, antecedentes hereditarios, estilo de vida o profesión, que pudieran abreviar su vida, aspectos que en definitiva alteran su pronóstico vital disminuyéndolo (sobremortalidad).

Podemos observar que la selección de riesgos tiene como centro al cliente visto como riesgo, sin embargo es muy importante recordar que finalmente una compañía de seguros es una empresa de servicios cuya tarea es la de ofrecer protección a una comunidad y en donde el asegurado se convierte a la vez, en su principal interés. Por este motivo, es necesario dar un servicio a través de un trato ético y profesional.

4 LA MORTALIDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA CUANTITATIVO.

No podemos hablar de sobremortalidad sin referirnos a la mortalidad normal. Esta última está en relación a una cierta población en estudio cuya experiencia de mortalidad está afectada por factores ambientales, higiénicos, socio-culturales, etc. Es esta la mortalidad "normal" utilizada por cada compañía para el cálculo de sus primas.

Sabemos que la probabilidad de muerte aumenta conforme avanza la edad; de igual modo, la mortalidad media de personas con un agravante médico (por ejemplo una cardiopatía) es más elevada que en los riesgos normales, ya que en su conjunto mueren más jóvenes.

Podemos explicar esto de una forma sencilla: Supongamos que de una población de 10,000 asegurados de edad 50 fallecen 100 cada año. Ahora bien, si tomamos un número igual de asegurados con la característica de padecer todos ellos un accidente cardiovascular, observaríamos que 175 de ellos mueren anualmente. Los 75 siniestros que exceden a la primera muestra, se expresa como una sobremortalidad media de un grupo del 75% sobre la mortalidad normal.

Por lo tanto, la sobremortalidad la podemos definir como la diferencia entre la mortalidad efectivamente experimentada en un conjunto de personas que presentaban las mismas características de riesgo (anomalías, edad, etc.) y la mortalidad normal.

No es difícil suponer que exista una gran variedad de factores que agravan un riesgo, a cada uno de ellos corresponderá una tasa de sobremortalidad. Tomando el 100% como base de la mortalidad normal, a esta habrá de añadirse la suma de las diferentes tasas de sobremortalidad obteniendo así una tasa teórica de mortalidad total. Si no consideramos la tasa básica del 100% tendríamos la tasa teórica de sobremortalidad, aplicable a grandes colectividades. Las tasas de sobremortalidad utilizadas por los dictaminadores se basan en manuales propios de las compañías aseguradoras o de reaseguradores internacionales, fruto de estudios estadísticos.

El método de tarificación es llamado método numérico y aunque sólo involucre "sumas", en realidad no es tan simple, ya que es necesario un análisis más profundo del contexto. Por ejemplo, si existen 2 padecimientos no relacionados, mediante este método resulta sencillo una operación algebraica, sin embargo, puede haber padecimientos relacionados tal que su unión produce una tasa de sobremortalidad mayor que la suma de ellas por separado. Tal es el caso de la hipertensión asociada con albuminuria. Esto nos muestra que la tarificación no sólo se rige por el método numérico, sino que involucra una amplia formación, criterio, experiencia y buen juicio del seleccionador.

Como podemos ver, el cobro de una extraprima obedece a una razón compensatoria ya que de esta forma una compañía de seguros se protege del desequilibrio en su cartera de clientes, que a su vez tendría repercusiones financieras.

5 BENEFICIOS DE LA SELECCION DE RIESGOS.

- 1.- Como ya mencioné, el equilibrio entre las obligaciones y los derechos de la compañía y el asegurado.
- 2.- El costo del seguro, ya que con base en la selección de riesgos la compañía aseguradora puede mantener las coberturas a un precio accesible para una mayoría.
- 3.- Rentabilidad de las empresas, porque una buena selección permite anticipar correctamente el monto de las futuras reclamaciones.

CAPITULO II

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA SELECCION DE RIESGOS

1 PRINCIPALES ELEMENTOS PARA LA EVALUACION DE UN RIESGO.

Cuando un candidato desea ser sujeto de seguro, existen diversos elementos que permiten "conocer" el riesgo que representa. Los más importantes de ser analizados son los siguientes.

A) La Solicitud.

El seguro es un contrato legal cuya forma jurídica está constituida por varios documentos, siendo el principal la solicitud con la cual se inician los trámites para la expedición de una póliza.

La solicitud es el principal documento para la evaluación del riesgo, en él se contiene la información básica del candidato:

- * Nombre
- * Edad
- * Estado Civil
- * Dirección
- * Suma Asegurada que solicita y la actual en vigor.
- * Beneficiarios
- * Coberturas que contrata

- * Tipo plan
- * Ocupación
- * Lugar de trabajo
- * Ingresos
- * Deportes y aficiones
- * Cuestionario Médico

existen además otras preguntas en la solicitud que ayudan a la apreciación general del cliente así como para conocer su interés por contratar una póliza de seguro. Es muy importante que la solicitud esté firmada por el cliente ya que constituye un contrato legal.

La entrega de la solicitud en el área de Trámite y Emisión de una compañía de seguros, implica a su vez, presentar la documentación necesaria de acuerdo a la tabla de requisitos médicos y financieros de la compañía, de esto hablaré más adelante.

B) Los Exámenes Médicos

Los exámenes médicos muestran el estado de salud del solicitante, las pruebas que se realizan están en relación a la edad del candidato y a la suma asegurada solicitada, básicamente lo integran:

- * Examen Médico, que contiene entre otros datos importantes:
 - antecedentes familiares
 - historia clínica
 - enfermedades que padece o ha padecido.
 - presión arterial
 - peso y estatura.

- * Muestra de orina, que revela la presencia de:
 - glucosa
 - proteínas
 - sangre.

- * Electrocardiograma en reposo y
- * Electrocardiograma en esfuerzo que nos muestra si existe:
 - crecimiento del ventrículo
 - lesiones
 - alteraciones del ritmo cardíaco.

- * Muestra de sangre, cuyo análisis nos indica niveles de
 - colesterol
 - triglicéridos
 - transaminasas, o bien la existencia de:
 - leucemia
 - sida

- * Radiografía de Tórax, que ayuda a descubrir entre otras cosas:
 - tumores
 - bronquitis crónica.

Para casos más específicos se pide informe del médico tratante, estudios histopatológicos, curva de tolerancia a la glucosa, etc.

C) El Informe confidencial

La investigación confidencial se realiza para verificar la información de la solicitud con las referencias del solicitante. Este informe es de mucha ayuda para la valoración del riesgo ya que complementa la apreciación del candidato y es una herramienta muy útil para la aceptación del mismo. Cuando los montos son demasiado elevados; por el perfil del solicitante o bien por alguna razón especial a consideración del seleccionador, se realiza una investigación vía campo en la que se entrevista personalmente al solicitante.

D) Otros documentos

Los elementos anteriores son básicamente las fuentes de información para el análisis de un riesgo. Más adelante veremos que existe información financiera adicional como los balances personales, las actas constitutivas de las empresas y los estados de pérdidas y ganancias que también constituyen factores que intervienen en la valoración de un solicitante y la suma asegurada que desea contratar.

En ocasiones, dadas las características del riesgo y si así lo ameritara, se requiere también del llenado de cuestionarios especiales, tal es el caso de pilotos fumigadores u otro tipo de aviación, corredores de autos, buzos, personas que manejen material radioactivo, etc. y médicamente los diabéticos también requieren presentar un cuestionario especial.

Con base en lo anterior se determina el dictamen de una solicitud que evalúa médica y no-médicamente el riesgo propuesto, en él se establece una justa tarificación al negocio, considerándose ya sea dentro de los límites normales de mortalidad o bien cargándose un monto extra a la prima que compense la sobremortalidad del cliente; en otros casos, se rechazará el riesgo.

En los casos de negocios con sumas aseguradas importantes, es recomendable que el agente de seguros envíe una carta confirmando la información del solicitante, siempre y cuando el agente conozca a su prospecto. Esta información ayuda de manera significativa a la selección del riesgo ya que de una manera formal, se reafirma la confianza del riesgo presentado. Generalmente la carta del agente, señala los datos más importantes del solicitante, su situación financiera y familiar, así como las características generales de su modo de vida.

En el caso de que el agente no conozca esta información, habrá que mencionar que no puede dar datos por no constarle la validez de esta información.

2 LA SELECCION NO MEDICA

A) Definición

Podemos definir a la selección no médica como la apreciación de todos los aspectos de un riesgo que no derivan directamente del estado de salud de un solicitante, con el objeto de determinar las condiciones bajo las cuales puede ser aceptado un candidato para un seguro de vida.

Las condiciones que fijará el seleccionador a un riesgo, deberán ser equilibradas y justas, de tal manera que el asegurado esté satisfecho con el contrato que convino y la compañía cobre la prima adecuada y suficiente para solventar sus obligaciones. Sin embargo, uno de los problemas más comunes a que se enfrenta un seleccionador es a la no aceptación (por parte del cliente) de la extraprima cuando se trata de riesgos subnormales, en este caso hay que sostener las políticas de la compañía frente a las presiones externas.

B) El riesgo subjetivo

El análisis de la documentación que forma parte del contrato de seguro es un primer paso para el dictamen de un riesgo, sin embargo, debemos tomar en cuenta el riesgo específico al que está expuesto nuestro cliente, es decir el riesgo subjetivo.

Dentro de algunos de los factores que intervienen en la apreciación que el seleccionador hará del riesgo tenemos:

- 1.- El interés asegurable.
- 2.- Los antecedentes de suma asegurada.
- 3.- La ocupación, deportes y aficiones.
- 4.- El plan del seguro.
- 5.- La suma asegurada solicitada.
- 6.- Los cuestionarios especiales.
- 7.- La información financiera.
- 8.- La información que proporcione el agente.
- 9.- Análisis del riesgo moral.
 - Moralidad
 - Hábitos
 - Antecedentes penales
- 10.- Salud Actual.
- 11.- Historia familiar (antecedentes patológicos).

Esta información se obtiene a través de la solicitud y de otros documentos, ya que el seleccionador nunca tiene un contacto personal con el cliente. Por esta razón es muy importante que todos los datos proporcionados por el solicitante y su agente sean lo más apegado a la realidad ya que esto es fundamental en la apreciación del riesgo.

Otros factores no menos importantes que completan la visión general del riesgo, lo constituyen la información médica y no médica proporcionada por fuentes externas a la compañía, es decir, los proveedores. Por la parte médica contamos con los médicos examinadores que aplican las pruebas médicas a nuestros solicitantes y los laboratorios en donde se efectúan los exámenes correspondientes.

Respecto a los proveedores no médicos están las Agencias Investigadoras, la Oficina Informadora de Impedimentos y las Compañías Reaseguradoras.

C) Análisis del riesgo

Al recibir la documentación completa del solicitante habrá que revisar principalmente los siguientes aspectos:

1.-INTERES ASEGURABLE.

El interés asegurable es la necesidad que una persona tiene en contratar un seguro, éste es un elemento fundamental para otorgar una cobertura porque va en relación directa con los principios del seguro. Entendemos que en el contrato de seguro la compañía aseguradora se compromete, bajo el pago de una prima, a indemnizar con una suma de dinero a los beneficiarios designados por el contratante, por el impacto económico que estos sufrirán a su fallecimiento. Este impacto es el que representa el interés asegurable. De esta manera, el seguro de vida, en su cobertura

básica, tiene como finalidad el resarcir una pérdida económica como consecuencia de la muerte inesperada del asegurado, de este modo los beneficiarios podrán hacer frente a sus necesidades ya que dejarán de percibir los ingresos del asegurado.

El interés asegurable puede existir por diferentes causas:

INTERES PARA PROTEGER A LA FAMILIA, éste se da por causas naturales de consanguinidad como son padres, hijos, esposa(o); en los casos en que los beneficiarios tengan un parentesco más lejano habría que analizar si en realidad existe interés asegurable. Una persona que desea proteger a su familia o dependientes económicos solicitará un seguro de vida por una suma asegurada tal, que permita a los beneficiarios mantener su nivel de vida por un tiempo limitado, mientras se estabiliza su situación, y así cubrir sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, educación, así como para solventar los gastos funerarios, el pago de derechos hereditarios, etc.

INTERES MONETARIO, éste se refiere a que, sin que exista una relación directa de parentesco entre el asegurado y los beneficiarios, la muerte del primero perjudica financieramente a otros, por lo que existe un interés económico para conservar la vida de un asegurado. Como ejemplo tenemos:

- El interés que tiene un acreedor en la vida de un deudor. En esta modalidad el acreedor está protegido ante la muerte prematura del deudor.

- El "Seguro de Socios", cuando la vida del socio de una empresa se asegura para garantizar que en caso de fallecimiento ésta subsista.
- "Seguro de Hombre Clave", este se refiere a la protección que necesita una empresa por la eventual muerte de un empleado específico, cuyo fallecimiento tendría un efecto económico negativo en la empresa por ocupar un puesto clave. Este tipo de seguro tiene como finalidad, cubrir financieramente el reemplazo del hombre clave mientras se capacita a otro funcionario para ocupar el puesto.

Por esta razón la compañía de seguros tiene que estar convencida de que existe interés asegurable desde el punto de vista económico, es decir, el seguro y la suma asegurada deberán responder a una necesidad, y que desde el punto de vista moral, el solicitante cumpla con los requisitos que la compañía demanda.

Podemos ver la falta de interés asegurable en los siguientes ejemplos:

Ejemplo 1.

Recibimos la solicitud de una mujer soltera de 45 años con una suma asegurada de N\$500,000. Médicamente es una persona sin ningún problema, financieramente los ingresos están en relación a la suma asegurada que solicita. Sin embargo como beneficiario deja a "José Hernández", sobrino. Al realizar la investigación, encontramos que su sobrino tiene 35 años sin ninguna dependencia económica con la

solicitante, es decir, no existe interés alguno que justifique esta designación. Lamentablemente podríamos decir que económicamente para José Hernández su tía vale más muerta que viva.

Ejemplo 2.

Dos hermanos deciden contratar un seguro de negocios. Cada uno de ellos solicita una suma asegurada de N\$10,000,000 dejando como beneficiaria a su empresa. Sabemos que provienen de una familia con varios negocios al norte del país y que sus ingresos son lo suficientemente altos para tal monto de suma asegurada. Al presentarnos los estados financieros y balances de la compañía que dejan como beneficiaria vemos que ésta vale N\$22'000,000; sin embargo ellos son accionistas de un 10% y de un 13%. Aquí lo que claramente podemos notar es que la compañía beneficiaria, en caso de la muerte de alguno de los hermanos, sería económicamente impulsada por una inyección de capital que en realidad no es proporcional a la parte de las acciones de que son propietarios. Aunque los hermanos sean dueños de otras empresas cuyos ingresos los hagan lo suficientemente solventes para una necesidad de N\$10,000,000, dejar como beneficiaria a la empresa en cuestión carece de interés asegurable. La situación cambiaría favorablemente si cada uno tuviera 50% como participación en la empresa.

2.- ANTECEDENTES DE SUMA ASEGURADA.

Los antecedentes que tenga el solicitante en la compañía, se refiere a

las pólizas que tenga actualmente en vigor con el fin de conocer la acumulación del riesgo presente; también se verificará si fue o está extraprimado y si la póliza está en reaseguro facultativo.

Ejemplo 3.

Tenemos un caso conocido en el medio asegurador de un joven de 31 años, de ocupación inversionista y dueño de varios inmuebles en renta que le generaban altos ingresos. De acuerdo a la solicitud presentada requería una suma asegurada de \$10,000,000 USD. Nos presentó las pruebas médicas requeridas con resultados satisfactorios. En su relación de bienes, además de los edificios y casas en zonas residenciales era propietario de 5 automóviles deportivos importados de modelo reciente. Presentó su declaración de impuestos y "algunos" estados de cuenta de las varias tarjetas de crédito nacionales y extranjeras que manejaba sin límite de crédito.

Al proponer este asunto a reaseguro facultativo nos advirtieron que nuestro solicitante tenía dos pólizas en 2 países latinoamericanos, una de ellas por \$10,000,000 USD y la otra por \$5'000,000 USD. Realmente estos antecedentes nos sugirieron hacer una muy amplia investigación del caso, ya que en un primer informe confidencial el riesgo parecía normal así como correcta la documentación. Enviamos a un investigador para que personalmente valuara las condiciones del riesgo y nos proporcionara elementos claros para la aceptación o rechazo del mismo. Después de varias entrevistas con nuestro solicitante, supimos que efectivamente era dueño de un par de edificios viejos en una zona

popular sin tener todos los departamentos alquilados. Las casas de las cuales se sustentaba como propietario tenían anuncios de venta por parte de una empresa dedicada a la venta de bienes raíces y cuya propiedad no pudo acreditar. Respecto a los automóviles que posee, efectivamente nuestro investigador los vió, sin embargo nuestro solicitante no pudo mostrar papel alguno que certificara su propiedad. Adicionalmente el lugar donde habita esta persona, evidenciaba descuido y suciedad a simple vista, en donde el desorden y la falta de aseo mostraba un nivel de vida muy por debajo de los ingresos manifestados por el solicitante y a la suma asegurada que requería. Esta situación nos sugiere un caso de especulación por lo que, dadas estas características, la solicitud fue rechazada.

3.- OCUPACION, DEPORTES Y AFICIONES.

Estos factores pueden también ser agravantes del riesgo al que una persona esté expuesto, de tal manera que aumenten sus probabilidades de muerte. Por lo que habrá que analizar detenidamente el riesgo, conforme a la experiencia de la compañía y con base en los manuales que se disponga, para efectos de realizar una tarificación justa y acorde al riesgo que se presenta.

OCUPACION.

Las causas principales del incremento en la mortalidad en función de la ocupación del solicitante, básicamente se engloban en 3 aspectos: condiciones de trabajo (pensemos en una persona que maneja

substancias radioactivas); riesgo de enfermedad profesional (como en el caso de los mineros) y el riesgo de accidente de trabajo (como lo pueden ser los pilotos fumigadores).

Se analiza la ocupación del solicitante, ésta deberá ser clara y específica en la solicitud ya que es necesario evaluar hasta qué grado representa su ocupación un peligro de accidente o enfermedad.

En este punto se tarifica, de acuerdo a manuales propios y de compañías reaseguradoras, para compensar, si fuera necesario, el riesgo de la ocupación con una extraprima, o bien, fijar las condiciones para su aceptación.

DEPORTES Y AFICIONES

No es de extrañarnos que personas de altos ingresos practiquen deportes con cierto riesgo, por ejemplo: equitación, automovilismo, pesca en alta mar, buceo, alpinismo, vuelos delta, motosky, etc.. Para este tipo de eventualidades también se tiene el apoyo de manuales de tarificación y cuestionarios especiales para valorar el riesgo y aceptarlo, o bien, si no se desea cubrir el riesgo, se emite la póliza sin ampararlo. Este tipo de riesgo está afectado principalmente por el peligro de accidente, aunque también está latente el riesgo por enfermedad.

4.- EL PLAN DEL SEGURO.

Es importante también verificar el plan que está contratando para ver si corresponde al monto de acuerdo al motivo del seguro.

Ejemplo 4.

Un caso ilustrativo para mostrar la importancia del plan del seguro, es el referente a los seguros de negocios, en el que frecuentemente la contratación del seguro obedece a pasivos contraídos por la empresa. En este tipo de casos, usualmente se expiden planes temporales ya que estos pasivos serán cubiertos por la empresa en un determinado número de pagos, fuera de éste límite de años no existe motivo para cubrir la deuda por haber sido ésta ya pagada.

5.- SUMA ASEGURADA.

Otro aspecto que nunca habrá que descuidar es que la suma asegurada solicitada (o en su caso acumulada) esté en una proporción razonable con los ingresos del candidato y evitar así la especulación (falta de interés asegurable). El monto dependerá del objetivo al que está destinado el seguro:

Protección familiar.

Inversión-ahorro.

Seguro de Hombre clave en una empresa.

Garantía de préstamo o hipoteca.

Últimos gastos.

Derechos de sucesión.

y de esta manera se justificará la suma asegurada solicitada.

Los principales motivos por los cuales se valida el análisis de la situación financiera son:

- a) Proteger las utilidades de la compañía aseguradora.
- b) Evitar fraudes a consecuencia de suicidio o asesinato.
- c) Procurar la conservación de las pólizas.
- d) No sobreasegurar al solicitante para evitar la especulación.
- e) Justificar la suma asegurada contratada.

6.- CUESTIONARIOS ESPECIALES.

El análisis de cuestionarios especiales se refiere a toda documentación adicional que ayuda a la justa y correcta evaluación del riesgo, cuando se trate de deportes o actividades ocupacionales que impliquen un riesgo mayor al normal.

Existen diferentes cuestionarios para deportes como: motociclismo, paracaidismo, aviación comercial para pilotos, competencias automovilísticas, pilotos fumigadores, buceo, alpinismo, aviación para pilotos de su propia aeronave, vuelos delta. También existe un cuestionario para personas que trabajan con sustancias radioactivas y para diabéticos.

7.- INFORMACION FINANCIERA.

Se refiere a la situación económica del solicitante, ésta define la necesidad del seguro y justifica la suma asegurada requerida.

El conocimiento de los ingresos del solicitante nos permite descartar cualquier tipo de especulación, han sido muchos los casos en que debido a una crisis financiera se cometen fraudes a compañías de seguros.

Es pues necesario que exista una relación razonable entre los ingresos del solicitante y la suma asegurada que éste solicita.

Algunos criterios para determinar la suma asegurada son:

a) Criterio Europeo:

Hasta 30 años	15 veces el ingreso anual
de 31 a 40 años	12 veces el ingreso anual
de 41 a 50 años	10 veces el ingreso anual
de 51 a 60 años	7 veces el ingreso anual
más de 60 años	4 veces el ingreso anual.

b) Criterio estadounidense:

Hasta 30 años	15 veces el ingreso anual
de 31 a 35 años	14 veces el ingreso anual
de 36 a 40 años	13 veces el ingreso anual
de 41 a 45 años	12 veces el ingreso anual
de 46 a 50 años	10 veces el ingreso anual
de 51 a 55 años	8 veces el ingreso anual
de 56 a 60 años	6 veces el ingreso anual
de 61 a 65 años	4 veces el ingreso anual
mas de 65 años	3 veces el ingreso anual

c) Criterio Canadiense (múltiplos de ingreso anual)

Edad	Ingresos anuales			
	<\$5,000	5,000 a 9,999	10,000 a 14,999	mas de 15,000
menos de 25	9	10	11	12
26 a 35	8	9	10	11
36 a 40	7	8	9	10
41 a 45	6	7	8	9
46 a 50	5	6	7	8
51 a 55	4	5	6	7
56 a 60	3	4	4	5
más de 60	2	2	3	3-4

En algunas compañías mexicanas se toma un rango de 10 a 15 veces el ingreso anual como suma asegurada máxima en caso de seguros personales y de 5 veces en caso de seguros de hombre clave (seguros de negocios).

Ejemplo 5.

Recibimos en una compañía aseguradora la solicitud de una persona que trabaja como "payaso" en un parque. Por el informe confidencial que recibimos, vive austeramente ya que no recibe ingresos fijos, solo las propinas. Pidió una suma asegurada de N\$ 400,000. En el análisis del solicitante, el monto que declaró como sueldo no estaba en proporción

con la suma asegurada solicitada por lo que se resolvió disminuir la suma asegurada que le permita a su beneficiaria vivir temporalmente en un mismo nivel de vida. Recordemos que el seguro no es un medio para enriquecerse o mejorar el nivel de vida, sino un medio de protección para resarcir una pérdida financiera por el impacto de la muerte.

Ejemplo 6.

En casos de seguros de negocios, es muy necesario conocer la situación financiera de la empresa. Recibimos 2 solicitudes cuyos beneficiarios es la compañía "La Michoacana". Una de ellas por un monto de N\$1'000,000 y la otra por N\$3'000,000. Al analizar la información, notamos que en el balance de la empresa su valor real es de N\$1'168,000. Adicionalmente, en las actas constitutivas encontramos que el primer solicitante es dueño del 18% de la empresa y el segundo del 48.8% de la misma. Esto quiere decir, que si alguno de ellos muere, la compañía tendría una inyección de capital muy fuerte, mayor a la porción que a cada uno de ellos corresponde. En este caso existe un claro sobreaseguramiento.

Para los casos de sumas aseguradas millonarias hay que señalar la importancia de la selección financiera de un candidato; ésta es en ocasiones motivo de discrepancia entre la fuerza de ventas y el área de selección de riesgos, ya que este tipo de información es difícil de conseguir. Concretamente la información a la que me refiero son los Estados financieros personales, los Estados de pérdidas y ganancias de

las empresas y las actas constitutivas de las mismas. Los solicitantes dudan mucho en revelar su real situación financiera por temor a que "otros" se enteren de esta información, sin embargo, hemos visto la necesidad de que el monto de suma asegurada esté en relación con los ingresos de la persona.

Cabe señalar que este tipo de reacciones son más bien generadas por el tipo de cultura y mentalidad nacional, ya que cuando vamos a solicitar un crédito, por ejemplo, el tipo de cuestionarios financieros que requiere la institución bancaria son más extensos y exhaustivos, siendo generalmente en donde proporcionamos toda la información disponible con el fin de adquirir un crédito a veces muy limitado; sin embargo en el caso de un seguro de vida, en donde se está hablando de importantes cantidades de dinero, se teme dar la información.

8.- ANALISIS DEL RIESGO MORAL.

Para la evaluación del riesgo tenemos algunas evidencias claras del mismo, sin embargo, el seleccionador también debe de estar atento a otros aspectos que pudieran ser de utilidad para la valoración del negocio, entre otros puntos es importante conocer sobre el solicitante:

- MORALIDAD

El seleccionador no es en ningún momento juez de los actos morales de un contratante, sin embargo debe ser objetivo frente a

estos actos para determinar, conjuntamente con otros factores, la valoración del riesgo. Dentro de este punto podemos evaluar la honradez, honorabilidad y reputación social de un solicitante, ya que de manera importante esto nos puede dar pautas de aceptación al ser también un indicador del riesgo.

-HABITOS

Este factor es importante, ya que a través de éstos podemos ver cuáles influyen negativamente en la mortalidad esperada. Entre los hábitos de mayor atención están: el alcoholismo, ya que no sólo representa médicamente un factor de riesgo para enfermedades hepáticas, complicaciones psicopatológicas o neurológicas (para estos casos existen técnicas como la prueba Gamma Glutamyl Transpeptidasa que nos permite descubrir trastornos hepáticos); además de estas repercusiones fisiológicas el alcoholismo eleva las probabilidades de tener accidentes. Otro aspecto importante es el referente al uso de drogas o estupefacientes ya que médicamente ocasiona trastornos neurológicos irreversibles que no sólo dañan a salud, sino que además pueden ser un agravante en la ocurrencia de un siniestro.

- ANTECEDENTES PENALES

En caso de que nuestro cliente tenga antecedentes penales, será necesario conocer su causa y en su caso saber la magnitud del crimen cometido, motivos y sentencia.

9.- SALUD ACTUAL.

Este punto es muy importante, ya que la compañía de seguros necesita conocer cuál es la actual situación fisiológica del solicitante, así como las enfermedades que ha padecido y los tratamientos a los que se ha sometido.

10.- HISTORIA FAMILIAR (Antecedentes patológicos).

En la apreciación de las probabilidades de vida de una persona, es útil conocer la longevidad de los padres así como los antecedentes médicos de ellos, con el fin de saber si existen factores hereditarios que pudieran influir en su salud, tal es el caso de la diabetes o de enfermedades cardiovasculares.

D) El dictamen de un riesgo

Con base en los puntos anteriores, se puede elaborar un dictamen no médico que aprecie el riesgo; ahora bien, existen ocasiones en las que es necesaria información adicional que justifique la contratación del seguro.

Hemos hablado hasta aquí de los requisitos mínimos de selección, es decir, de las pruebas o documentos de asegurabilidad que deben reunir todas las solicitudes millonarias para su clasificación. Como mencionamos los requisitos están en relación con la edad del prospecto y la suma

asegurada que solicita. Estos requisitos de asegurabilidad los fija cada compañía y se fundamentan en:

- a) Los planes que ofrece al mercado actualmente y los que piensa lanzar en el futuro.
- b) La política de ventas, agresiva o conservadora.
- c) La situación competitiva del mercado asegurador.

3 LAS TABLAS DE REQUISITOS.

Es necesario hacer una clara distinción para pólizas cuyos montos de suma asegurada sean relativamente pequeños y los montos que, de acuerdo a la edad del solicitante, merezcan presentar requisitos médicos y financieros que reflejen de manera clara el estado de salud de nuestro cliente y, justifiquen financieramente la suma asegurada solicitada.

1.- La tabla de requisitos médicos.

En esta tabla se establecen los tipos de exámenes que debe presentar un candidato de acuerdo al monto de suma asegurada excedente sobre cierto límite y a su edad. A menor edad y menor monto de suma asegurada habrá menos requisitos médicos y bastará con requisitar la solicitud que incluye un cuestionario médico. Las preguntas que en éste se hacen son de carácter general acerca del estado de salud del solicitante; asimismo en caso de ser necesario, se pide aclaración de alguna pregunta en la misma solicitud de manera que la declaración médica sea lo más completa y veraz posible. Existen casos en los que la manifestación de alguna enfermedad pasada o presente, requiera por parte de la compañía un informe del médico tratante o bien algún estudio particular que permitan hacer una correcta evaluación del riesgo.

Por ejemplo, una persona contesta afirmativamente a la pregunta si ha sido operada y adicionalmente aclara que le fue extirpada la matriz por un tumor hace 1 año. En este caso es muy necesario pedirle un estudio histopatológico para conocer la magnitud del problema y así el médico pueda determinar las condiciones de aceptación de este negocio.

Existe un rango en el que no es necesario prueba médica alguna para la contratación de un seguro; sin embargo, en caso de falsas declaraciones u omisión de información, el art. 8 de la Ley sobre el Contrato del Seguro establece un periodo de disputabilidad de 2 años en el que puede ser rescindido el contrato por estos motivos, de esta manera la compañía se protege ante posibles fraudes.

Para efectos de requerir pruebas médicas, la compañía de seguros puede tomar en cuenta el cúmulo de suma asegurada de las pólizas en vigor que tenga asegurado en un cierto periodo. A medida en que avanza la edad y el monto de suma asegurada en exceso a la máxima sin exámenes médicos, la compañía de seguros establece, de acuerdo a su experiencia, las pruebas médicas necesarias para la valoración de un negocio.

Por ejemplo, hasta cierto monto pedirá:

- *Únicamente la solicitud.
- *Solicitud, examen médico y muestra de orina.
- *Solicitud, examen médico, muestra de orina y ECG en reposo.
- *Solicitud, examen médico, muestra de orina ECG en reposo, ECG en esfuerzo, Radiografía de tórax y muestra de sangre.

De acuerdo a las políticas de la compañía a partir de cierto monto de suma asegurada, podría solicitar la prueba de Elisa para conocer la presencia del virus del SIDA en el solicitante.

El examen médico es realizado en consultorios de la compañía o en el domicilio del solicitante. Este es efectuado por médicos examinadores que son, empleados de la compañía o médicos pertenecientes a la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguro que sirven a diferentes compañías aseguradoras en diversas ciudades del país. Se trata de médicos especializados en medicina del seguro, que a diferencia de la medicina clínica, no hace diagnósticos sino está dirigida a probabilidades de vida y a los factores que pudieran ser determinantes para acortar la longevidad de una persona.

Es muy importante que el médico examinador esté atento a cualquier hecho significativo durante la realización del examen, por ejemplo: una persona nos declara en la solicitud que no toma, sin embargo durante el examen comenta con el doctor la fiesta de hace una semana y revela al médico su gusto por las bebidas embriagantes.

2.-Tabla de requisitos no-médicos.

Hemos hablado acerca de los requisitos médicos básicos que nos permiten conocer el estado de salud de un solicitante, sin embargo, existen también requisitos no médicos que están en relación a los montos de suma asegurada y al tipo de seguro que se solicita.

Diferenciamos estos requerimientos primeramente para:

- 1.-Seguros Personales, es decir, aquellos cuyos beneficiarios son la familia y los
- 2.-Seguros de negocios en los que el beneficiario es alguna empresa.

En los casos de seguros personales nos basaremos principalmente en la solicitud. Dependiendo del monto se pedirá una ampliación de ingresos y bienes personales; a partir de cierto monto la compañía de seguros podría pedir además de lo anterior: el balance de su empresa, un estado de pérdidas y ganancias y el acta constitutiva de la misma para conocer los ingresos, su utilidad, participación en el negocio, y así poder validar la suma asegurada solicitada.

En el caso de seguros de negocios es necesario contar con información financiera de la empresa, por lo que se requiere un cuestionario financiero firmado por un contador. Para montos mayores, dependiendo de la suma asegurada que establezca cada aseguradora, el cuestionario financiero es sustituido por el balance de la empresa, las actas constitutivas y su estado de pérdidas y ganancias.

A partir de un monto fijado por el area de selección, para los casos de seguros personales y para los seguros de negocios, será conveniente una carta de recomendación del agente que confirme la solvencia financiera y moral del cliente.

En las pólizas cuyo dictamen se base únicamente en la solicitud y toda la información sea aceptable a simple vista de acuerdo a las políticas y normas de cada compañía, la oportunidad en la emisión no representa mayor problema, existe en algunas aseguradoras la emisión express en la que se tramita y entrega la póliza en tres días.

Para sumas aseguradas que requieran examen médico e información financiera, las solicitudes son analizadas y valoradas, existiendo rangos de autorización para la aprobación del riesgo, es decir, a mayor monto el responsable del dictamen será de mayor jerarquía.

Es oportuno hablar en este punto sobre el reaseguro. Uno de los principios básicos del seguro es el de "repartir el riesgo", esto se realiza por medio de contratos a través de los cuales las compañías aseguradoras ceden parte del riesgo a otras compañías, a esto se le llama reaseguro. Existen básicamente 2 tipos de contratos en el esquema de reaseguro:

- a) El reaseguro automático, en el cual, hasta cierto monto de suma asegurada, la participación de las compañías reaseguradoras en el riesgo se efectúa automáticamente.
- b) El reaseguro facultativo, en éste, dependiendo de la capacidad que la compañía aseguradora tenga en su límite automático, para toda suma asegurada que lo exceda, será necesario proponer la solicitud a las compañías reaseguradoras con quien se tenga contrato, para que éstas valoren el riesgo juntamente con la aseguradora.

En este esquema la compañía reaseguradora tiene la facultad de decidir participar o no en el riesgo. Una de las labores más importantes del seleccionador en los negocios millonarios es la colocación de riesgos facultativos y negociar con las compañías reaseguradoras los riesgos propuestos. Con base en las diferentes respuestas de cotización que tenga el seleccionador, cederá el riesgo a alguna compañía reaseguradora para su participación.

Es de interés particular hablar sobre los negocios especiales con grandes montos de suma asegurada, que son propuestos a reaseguro, ya que generalmente son las solicitudes en las que se observa cierta dificultad para su pronta aceptación y a la vez, son negocios que frecuentemente "urgen" al agente de seguros.

Como hemos visto en estos últimos grandes apartados, la selección no médica y los criterios de selección, la buena comunicación con el cliente acerca de los requisitos de suscripción y el servicio que se debe ofrecer al avisar cuando es necesaria información adicional, son elementos importantes para que se realice un negocio. Los esfuerzos de selección, tendrán entonces como interés principal otorgar un servicio oportuno a agentes y solicitantes.

4 LA IMPORTANCIA DEL AGENTE EN LA SELECCION DE RIESGOS.

Como ya lo mencioné anteriormente el asesor de seguros tiene un rol muy importante en todo el proceso de suscripción de un seguro de vida, ya que desde que él fija cuál va a ser el mercado que va a "prospectar" como objetivo de su venta se convierte en ese momento en el primer y más importante seleccionador de riesgos, por ser él quien decide a qué tipo de candidatos va a orientar su labor de venta.

En la medida de la ética del agente de seguros, venderá riesgos de calidad y esto generará para la compañía una cartera sana. Aquí cabe mencionar que en ocasiones no se es suficientemente consciente de la importancia de la selección de riesgos manifestándose cuando a los agentes no les es fácil aceptar las políticas de suscripción de un negocio, sin considerar que es importante dentro del proceso de suscripción, proteger los intereses de:

- El cliente, para ser correctamente evaluado;
- El agente, como integrante de un equipo ético y profesional; y
- La compañía, para el equilibrio en su cartera de clientes.

Esta última ha fijado, de acuerdo a la experiencia propia y del mercado, políticas para brindar una protección financiera al cliente a través de un contrato de buena fe (fuera de toda especulación y dolo). Por esta razón es de suma importancia que la fuerza productora esté identificada con la filosofía y principios de la compañía de seguros y sea consciente de la necesidad que ésta tiene de requerir información suficiente y veraz, desde

el comienzo del proceso, para emitir una póliza. Esto es fundamental ya que el cliente y la compañía establecen un contrato que en ocasiones dura plazos muy largos de tiempo, la información verídica que proporcione se reflejará en el futuro, cuando al presentarse la reclamación no existan problemas.

La necesidad de la selección de riesgos es para realizar un contrato justo y adecuado, no se trata de un "obstáculo" que retrasa el trámite de una póliza.

La labor de selección que hace el agente se fundamenta en que él conoce físicamente al solicitante, en ocasiones lo conoce más personalmente y puede tener la ventaja de apreciar su constitución física, el medio social de vida, sus ingresos, su situación familiar, etc. con lo cual puede juzgar la asegurabilidad del prospecto. Existen ocasiones en las que se omite información acerca del candidato por el temor a que el cliente sea clasificado como subnormal, en otros casos se limitan a ofrecer sumas aseguradas que no requieran exámenes médicos ante la posibilidad de encontrar en el solicitante alteraciones físicas, esto es un error no sólo porque limitan las ganancias que pudieran tener al haber podido ofrecer un cobertura mayor sino que además impide que el solicitante conozca el estado real de su salud para ser atendido oportunamente. Aunado a esto, haciendo referencia a la labor de venta, las pólizas de riesgos subnormales (extraprimados) son las de mejor conservación ya que el asegurado está interesado en no cancelar su póliza.

El profesionalismo del agente de seguros hacia la compañía y hacia el cliente radica en que debe de ser un conocedor del producto que vende, a fin de poder brindar al cliente el mejor plan de protección que se ajuste a sus necesidades y expectativas; por otro lado es una persona que adquiere una responsabilidad moral ante sus asegurados, desde el momento en que éstos depositan su confianza en él y en la compañía aseguradora. El agente de seguros es el único contacto de tipo personal en la celebración del contrato entre el cliente y una empresa que ofrece al solicitante una protección económica al ocurrir el evento contingente.

EJEMPLO:

Existe un agente profesional de seguros al norte del país, cuyos prospectos solicitan grandes montos de suma asegurada. El medio social en que este agente se desarrolla es de un nivel económicamente alto siendo su campo de venta los principales directivos de importantes industrias en México. Podemos decir que nuestro agente posee una cartera sana, además de tener altos niveles de conservación. Existe de este modo confianza frente a los riesgos que este importante productor asegura.

En noviembre de 1993 presentó la solicitud del Sr. "Juan Pérez", empresario de 33 años que deseaba un plan ordinario de vida por una suma asegurada de \$2'000,000 USD. La beneficiaria es su esposa y en caso de faltar ella sus hijos. Sus funciones son las de dirigir y administrar sus empresas cuyo giro es la "compra y venta de carne de pollo, res, puerco" actividad que tiene realizando desde hace 5 años con muy altas

ganancias; adicionalmente tiene un rancho ganadero, presentó estados de cuenta de Bancos Nacionales y extranjeros. Tiene una suma asegurada antecedente de \$5,400,000. En la solicitud no manifiesta sus ingresos anuales, sin embargo en una primera investigación todo aparece normal. Sus bienes inmuebles y su estilo de vida hacen notar, como lo dice el informe confidencial, ser una persona "mucho muy solvente".

Médicamente se trata de una persona sana, sin embargo, financieramente existen dudas para otorgarle la protección que requiere.

Cabe hacer notar la importante actitud honesta de nuestro agente, al indicarnos claramente: "no conozco a mi cliente, y sé que se trata de un riesgo grande para la compañía". Esto nos dió pauta para hacer una investigación más profunda acerca del origen del capital de nuestro solicitante y enviamos a un agente investigador para que hiciera un reporte vía campo de nuestro cliente.

En el informe que nos presenta, dice que visitó personalmente el lugar donde nació Juan Pérez y al entrevistar a pobladores de la región le hacían incapié en "lo extraño que esta persona haya dado un salto tan grande en lo referente a su patrimonio, y que se ha acrescentado notablemente siendo que esta persona ni recibió herencia alguna, ni se ha sacado la lotería, y es un secreto a voces que se dedica a actividades ilícitas, en pocas palabras a cuestiones de drogas". Las mismas personas del lugar recomendaron al investigador "no indagara más a fondo ya que correría peligro su vida". No obstante lo anterior se prosiguió la

investigación hasta los negocios de nuestro solicitante en los Estados Unidos en donde se verificó que la empresa manifestada no correspondía con la real.

A sugerencia explícita del agente se suspendió la investigación y al mismo tiempo el trámite de la solicitud ya que evidentemente el riesgo moral al cual nos veríamos expuestos era muy alto, la solicitud fue rechazada.

5 APOYOS IMPORTANTES EN LA SELECCION DE RIESGOS.

Una compañía de seguros, requiere de apoyos internos y externos para su operación. En la selección de riesgos, se cuenta con proveedores externos que intervienen en la aceptación de un riesgo. Entre los proveedores externos más importantes están:

A) Las Agencias Investigadoras.

Como hemos visto, la información asentada por el candidato en la solicitud, la proporcionada por el agente, los exámenes médicos y la documentación adicional que sea necesaria, son las herramientas que que sirven como elementos de discernimiento. Otro medio importante que ayuda a la apreciación general del riesgo lo constituye los Informes Confidenciales.

Estos informes son generados por agencias especializadas externas, que apoyan verificando las declaraciones del solicitante y hacen, de acuerdo a su experiencia en selección y siniestros, comentarios que enriquecen la información que se tiene para el dictamen de un negocio.

Los investigadores obtienen la información del solicitante por dos medios, dependiendo de la suma asegurada y del perfil del solicitante. La más común es la verificación de la información a través de las referencias del solicitante por vía telefónica; la otra es una investigación vía campo en el

que se entrevista personalmente al prospecto generándose una información más completa y detallada del mismo, este tipo de informe se realiza para montos elevados de suma asegurada o para ciertos perfiles de solicitantes que requieren un análisis más profundo.

Para ejemplificar la necesidad de contar con proveedores de calidad cuyos informes sean realmente útiles en la apreciación de un riesgo, citaré el caso de un solicitante de 33 años que pidió una suma asegurada por N\$ 500,000. Médicamente es una persona sana y los ingresos están en relación al monto solicitado.

Su estado civil es soltero, dedicándose a ejercer su profesión: ingeniería química.

Se realizó la entrevista telefónica para verificar los datos. En el reporte notamos existe información significativa, que en su conjunto resultó muy importante. Nos relata el informe que las actividades del solicitante no representan riesgo alguno, dentro de sus labores no tiene necesidad de viajar. Con respecto a su estado de salud, nos informan que es una persona sana que cuida mucho su físico por lo que practica pesas y aerobicos, como antecedente señalan cirugía estética de la nariz.

Las referencias indicaron que el solicitante es soltero y vive con un amigo de nombre "Eduardo" en un departamento que rentan, haciendo la aclaración que algunas veces se queda en la casa materna.

Con esta información, el investigador decidió ahondar en el caso, por considerar que el riesgo podría ser mayor al normal. Al momento de tratar de localizar al cliente para llevar a cabo una entrevista personal se descubrió que la dirección y el teléfono laboral no existían; posteriormente se llamó a su casa en donde su mamá atendió la llamada indicando que su hijo no se encontraba ya que por motivos de trabajo sale continuamente fuera de la ciudad. Por la información obtenida en la conversación, su familia no sabe que el solicitante renta un departamento con un amigo.

Por las características del negocio, y considerando poder estar expuestos a un riesgo mayor al normal, se decidió no participar en el mismo.

B) La Oficina Informadora de Impedimentos

La Oficina Informadora de Impedimentos (OII) se creó en México por un grupo de compañías aseguradoras en el ramo de vida y accidentes personales, con la finalidad de ayudar a la correcta tarificación del riesgo, esto lo realizan a través de un banco de datos que contiene información de reportes anormales para efectos de selección. La base de datos se alimenta con la información generada por las compañías aseguradoras, cuando conocen datos significativos para la asegurabilidad de los solicitantes.

La Oficina Informadora de Impedimentos recopila la información médica y ocupacional de los solicitantes a un seguro de todas las compañías aseguradoras asociadas. En este sistema se puede identificar si el solicitante ha manifestado anteriormente algún padecimiento físico, alguna actividad que represente un riesgo subnormal o bien la práctica de deportes peligrosos que merezcan una tarificación especial.

Se registran los datos anteriores como parte del proceso de suscripción que sirven como complemento para el análisis objetivo de un riesgo.

EJEMPLO.

Un solicitante de 35 años que pide una suma asegurada por N\$200,000. De acuerdo a nuestras políticas de aceptación no es necesario la presentación de pruebas médicas. Financieramente sus ingresos están en relación con lo solicitado, además de que existe interés asegurable. A simple vista es una póliza normal cuyo dictamen sería inmediato y favorable. Sin embargo al momento de verificar la información de otras compañías vemos que existe un reporte que notifica sobrepeso (1.75mts.-130kgs.).

Con este antecedente y ante la no declaración explícita de esta situación que agrava problemas cardiovasculares, se le solicita un estudio médico que valore su real estado y ofrecerle así la cobertura que más satisfaga sus necesidades.

C) Los Laboratorios.

Los laboratorios son también proveedores que nos proporcionan elementos para el análisis clínico de un solicitante a través de los estudios que se realizan. Es importante la calidad de los laboratorios en cuanto a servicio, instalaciones, tecnología, resultados; asimismo también es importante la oportunidad de la entrega de resultados, todo esto para ofrecer la mejor atención posible al cliente y lograr su satisfacción.

D) Las compañías reaseguradoras.

Las compañías reaseguradoras juegan un papel fundamental no sólo en la aceptación de riesgos a través de los contratos automáticos de reaseguro, sino en la colocación de negocios facultativos. Serán compañías reaseguradoras con liquidez y solidez a nivel internacional. Es también importante que compartan la filosofía de suscripción de la compañía aseguradora.

En los casos facultativos es muy importante la oportunidad de respuesta de las compañías reaseguradoras, en la medida del buen dictamen y la rapidez, en esa medida cerraremos más negocios y ofreceremos un buen servicio a nuestros clientes.

Podemos decir que la calidad tiene claras implicaciones en una empresa de servicios como lo es la aseguradora. Dentro de la labor de selección, la calidad está en función a una suscripción correctamente realizada, en

donde cada aspecto del riesgo sea analizado teniendo en mente no sólo el provecho que este depuramiento da a la compañía al garantizarle la aceptación de una cartera sana que esté en relación a la mortalidad esperada, sino también, teniendo como propósito ofrecer el mejor servicio a agentes y solicitantes.

Asimismo, la calidad de los servicios que brindan los proveedores es de gran importancia; existen empresas que fijan sus demandas de acuerdo al precio, buscando que éste sea el más barato y dejando a un lado la calidad; sin embargo, para poder ofrecer un buen servicio al cliente en una compañía de seguros, es necesario que los proveedores garanticen un excelente nivel tanto en resultados como en atención, de tal modo que la calidad sea más importante que el precio. Así por ejemplo, el servicio deficiente de un laboratorio puede hacer perder a un solicitante si éste no recibió el trato adecuado, o bien no se le atendió a la hora convenida; un informe confidencial realizado sin delicadeza puede molestar tanto al cliente, que deje de interesarle una póliza de seguro, así también, un informe de mala calidad no cumple su función al no revelar si existen aspectos significativos del riesgo a asegurar.

Por esta razón la compañía de seguros debe estar en continua comunicación con sus proveedores, para darle a conocer las necesidades que ésta tiene en cuanto a servicio, atención, resultados y oportunidad.

CAPITULO III

CAUSAS IMPORTANTES DE SINIESTROS

1 RESULTADOS DE SINIESTRALIDAD

Como mencioné al inicio de este trabajo, una buena selección de riesgos nos conducirá a resultados de mortalidad esperados, esto lo podemos traducir en una cartera sana de asegurados.

Uno de los medios que considero eficaz para valorar la selección de riesgos y sobre todo, para tomar decisiones que afecten las políticas de suscripción de un negocio de vida individual, son los resultados de mortalidad. Las estadísticas de causas de muerte a nivel nacional y en particular, las de una compañía de seguros, fruto de su experiencia, podrán determinar criterios en la suscripción. Por esta razón, considero importante revisar las principales causas de muerte y con base en ellas hacer sugerencias que ayuden a una mejor suscripción en el ramo de vida individual.

A) Causas de muerte a nivel nacional en 1990.

Primeramente deseo hacer referencia a una reciente publicación de la Asociación Mexicana de Actuarios, A.C. que junto con la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C. realizó en marzo de 1994 bajo el título "Impacto de la muerte accidental en los negocios de Seguros de Vida", estudio que describe el comportamiento de la mortalidad a nivel nacional y de dos compañías de seguros.

En un primer acercamiento a las causas de muerte a nivel nacional, veremos sus características durante 1990; posteriormente compararemos su relación con las causas de muerte de acuerdo a la experiencia de una compañía de seguros y cuáles podrían ser las pautas a seguir en la selección de riesgos.

En la tabla a continuación, veremos cuáles fueron las seis principales causas de muerte que registró nuestro país en 1990, por número de casos y su edad promedio al ocurrir.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MEXICO 1990.

CAUSA DE MUERTE	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE %	EDAD PROMEDIO
Enfermedades del corazón	52,999	12.5	79
Tumores Malignos	41,168	9.7	61
Accidentes	39,400	9.3	35
Diabetes	25,782	6.1	66
Afecciones originadas en p. perinatal	23,063	5.5	0.1
Neumonía e influenza	22,205	5.3	34

Tabla 1

Definiremos accidente como: aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona.

No se consideran accidentes a las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por la persona.

Si profundizamos en las causas de mortalidad por accidentes en este mismo año, encontramos lo siguiente:

MORTALIDAD POR ACCIDENTES EN MEXICO 1990

TIPO DE ACCIDENTE	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE %
Acc. de tráfico en vehículos de motor	13,974	35.5
Caídas accidentales	4,605	11.7
Ahogamientos y sumersión	3,838	9.7
Por arma de fuego	1,379	3.5
Envenenamiento	1,124	2.9
TOTAL	39,400	100

Tabla 2

En el mismo estudio, se distribuyeron estas causas de muerte por grupos de edad resultando lo siguiente:

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE ACCIDENTAL POR GRUPOS DE EDAD EN MEXICO 1990

0-12 MESES	DE 1 A 24 AÑOS	DE 25 A 44 AÑOS	DE 45 A 64 AÑOS	MAYORES DE 65
Causa natural	Acc. de tráfico	Acc. de tráfico	Acc. de tráfico	Caídas
Envenenamiento	Ahogamiento	Caídas	Caídas	Acc. de tráfico
Acc. de tráfico	Caídas	Ahogamiento	Ahogamiento	Por fuego
Caídas	Causa natural	Por fuego	Arma de fuego	Ahogamiento
Por fuego	Arma de fuego	Maquin. e instrum. cortante	Por fuego	Causa Natural

Tabla 3

Ahora bien, refiriéndonos a las causas violentas tenemos:

CAUSAS VIOLENTAS, MEXICO 1990

CAUSA VIOLENTA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE %
Homicidios y lesiones por otra persona	14,497	74.3
Suicidios y lesiones autoinflingidas	1,941	10.0
Otras violencias	3,066	15.7
TOTAL	19,504	100

Tabla 4

DISTRIBUCION POR EDAD DE MUERTES VIOLENTAS

Rango	-1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
%	1.2	1.4	3.5	25.2	25.1	16.9	10.8	7.0	8.9

Tabla 5

B) Causas de muerte en la cartera de una compañía de seguros.

Por lo que vimos en las tablas anteriores, la muerte accidental y violenta representa un alto porcentaje dentro de las causas de muerte a nivel nacional durante 1990.

Ahora bien, respecto a la población asegurada de una compañía ¿Cuál es la experiencia de mortalidad y cuáles las principales causas de muerte? Para este análisis consideraré la experiencia que durante 1993 tuvo Grupo Nacional Provincial, compañía líder en el ramo. De esta manera podremos comparar los índices nacionales con los de una cartera específica que previamente ha pasado por un proceso de selección.

Cabe señalar la importancia de hacer una selección de riesgos a posteriori, es decir, al momento de la reclamación de un siniestro para reflexionar si el riesgo fue correctamente evaluado. Estoy convencido que el área de pago de siniestros en una compañía de seguros, está directamente relacionada con la selección de riesgos, ya que de esta manera podremos establecer medidas correctivas, a nivel políticas de suscripción, que ayuden a controlar el ingreso de personas con riesgos muy agravados, con el fin de evitar así, muertes antes de lo previstas en la tabla de mortalidad. Como ejemplo, si notáramos en la experiencia de siniestralidad de una población seleccionada, que la muerte por accidentes cardiovasculares ha aumentado en los últimos años, podríamos pensar que existe una deficiencia en nuestros médicos dictaminadores que no advierten los problemas del corazón de nuestros

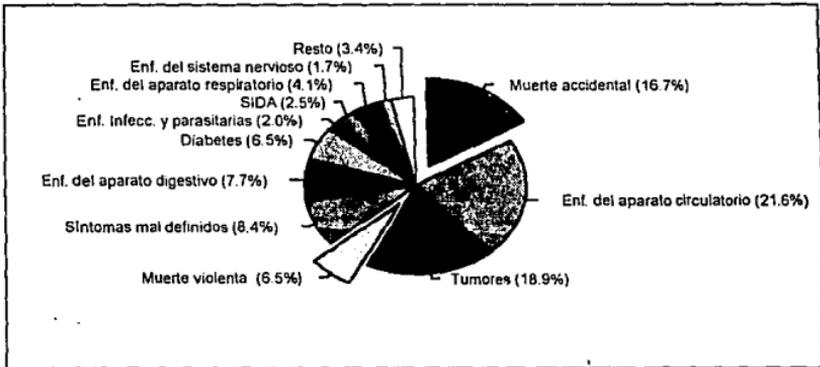
clientes, de este modo tomaría la aseguradora las medidas necesarias para manejar esta situación.

En las siguientes gráficas veremos las principales causas de muerte no sólo por número de siniestros sino también por montos de suma asegurada.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE

Experiencia Grupo Nacional Provincial 1993.

Por número de siniestros.



Gráfica 1

Si consideramos las muertes debidas a causas externas, es decir: muerte accidental y violenta tenemos que el 23.2% de los siniestros reclamados en 1993 son por esta razón, porcentaje aún mayor que la principal causa de muerte médica (Enfermedades del aparato circulatorio que representa el 21.6% de las reclamaciones).

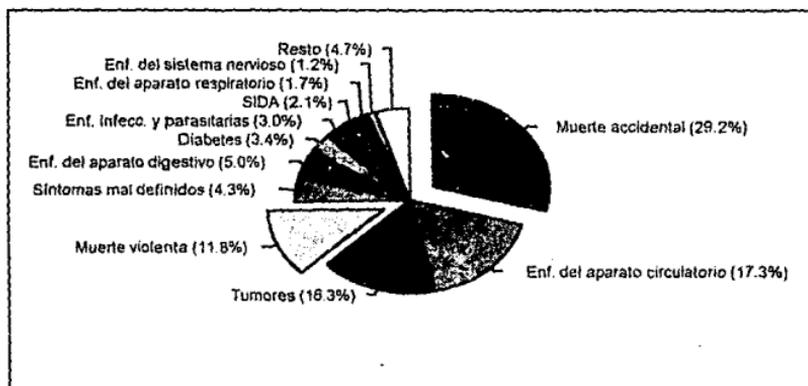
En otro orden de ideas, nos damos cuenta que la muerte causada por el Síndrome de Insuficiencia Adquirida ocupa ya un lugar relevante, aunque aún pequeño, en las estadísticas de siniestros de esta empresa aseguradora. Más adelante veremos algunas características de las reclamaciones por esta causa.

En la siguiente gráfica veremos cómo se distribuyeron los montos de suma asegurada en los siniestros de Grupo Nacional Provincial durante 1993.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE

Experiencia Grupo Nacional Provincial 1993.

Por monto de suma asegurada



Gráfica 2

Al igual que la gráfica 1, ésta nos muestra que los montos pagados por muertes debidas a causas externas representan en su conjunto el 41% del total pagado en 1993, cifra también mayor al monto pagado por la más grande razón médica (Enfermedades del aparato circulatorio 17.3%).

Realmente estos índices son importantes, porque nos muestran que el riesgo subjetivo cuya apreciación no es claramente definida, está teniendo un fuerte impacto en la siniestralidad; se trata de un riesgo que como vimos en el primer capítulo es difícil cuantificar y conocerlo.

Cabe mencionar que para cuestiones médicas, las pruebas de laboratorio tienen la gran ventaja de ser precisas, por existir parámetros que muestran el estado de salud de un candidato, por ejemplo, niveles altos de transaminasas nos indican un trastorno hepático, razón por la cual una persona puede morir prematuramente; el trazo del electrocardiograma puede revelarnos alteraciones cardiovasculares que deriven en un infarto. Con esto quiero resaltar que médicamente un riesgo puede ser más fácilmente mensurable.

Por otro lado, no existen indicadores que nos pronostiquen una muerte accidental, sin embargo, sí podemos establecer políticas que nos permitan estar atentos a factores que favorezcan este tipo de riesgos.

Veamos en el siguiente cuadro, las sumas aseguradas promedio de las principales causas de muerte:

CAUSA DE MUERTE	SUMA ASEGURADA PROMEDIO
Accidentes y violencias	N\$ 223,086.72
Tumores	N\$ 81,271.43
Enf. Aparato Circulatorio	N\$ 71,790.07
SIDA	N\$ 81,688.05
Resto	N\$ 71,735.73

Tabla 6

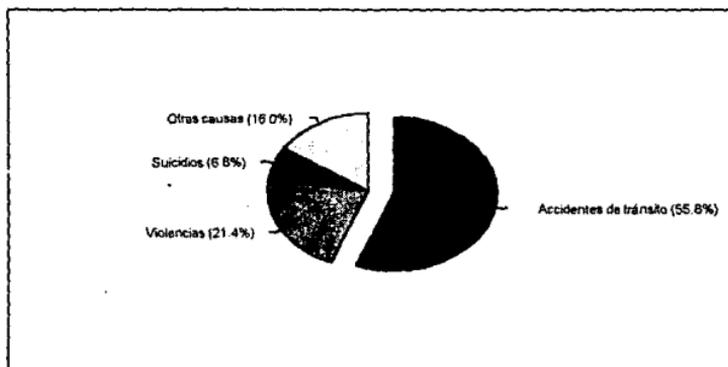
Como podemos apreciar, las muertes debidas a causas externas tienen sumas aseguradas más altas que las de otro tipo, podemos deducir que los siniestros por accidentes y violencias fueron de personas que contrataron montos elevados, posiblemente por sentirse expuestos a sufrir un riesgo de esta naturaleza.

Conviene, al igual que en el análisis de la mortalidad a nivel nacional, conocer los tipos de muerte debidos a factores externos, es decir, la distribución de los siniestros por accidentes y violencias.

DISTRIBUCION DE SINIESTROS POR ACCIDENTES Y VIOLENCIAS.

Experiencia Grupo Nacional Provincial 1993.

Por número de Siniestros

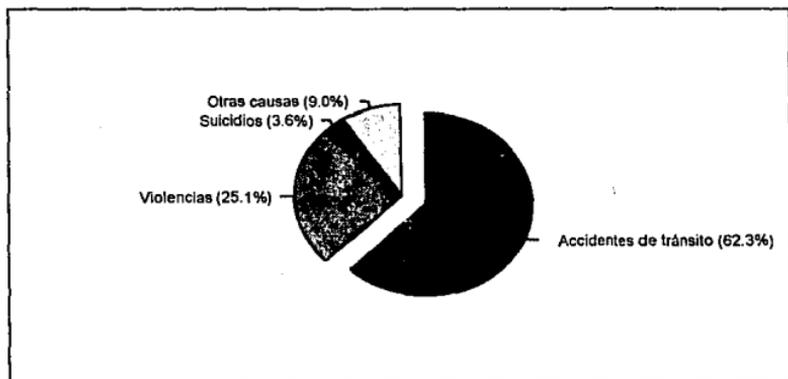


Gráfica 3

DISTRIBUCION DE SINIESTROS POR ACCIDENTES Y VIOLENCIAS.

Experiencia Grupo Nacional Provincial 1993.

Por monto de Suma Asegurada



Gráfica 4

En las dos gráficas anteriores observamos que la principal causa de muerte debida a causas externas, es la muerte por accidentes de tránsito.

Si comparamos este resultado con la mortalidad a nivel nacional por esta misma causa, representa el 35.5% de las muertes por accidentes en México en 1990.

Adicionalmente es la primera causa de muerte a nivel nacional por rangos de edad en el estudio presentado, cuya edad promedio de las muertes por accidente fue 35 años.

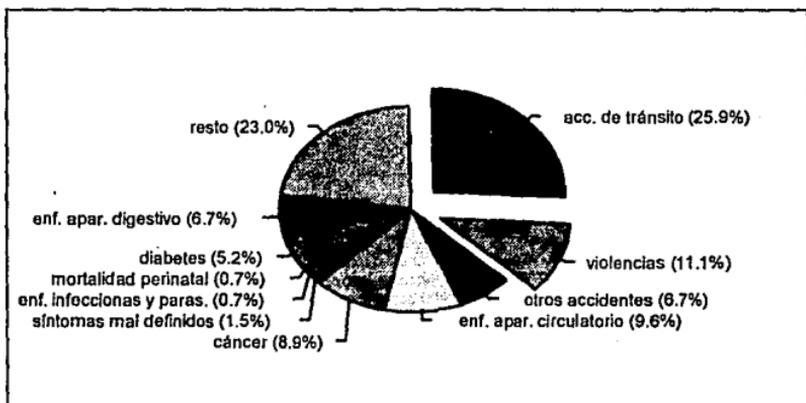
Podemos decir, que los resultados obtenidos a nivel nacional y los de una cartera selecta son muy parecidos, mismos que nos servirán de apoyo para determinar normas en la suscripción.

Por otro lado, si analizamos los causas de muerte prematura, es decir, aquellos que ocurren en los primeros 2 años de emitida una póliza de seguro, encontramos los siguientes resultados :

SINIESTROS PREMATUROS

Experiencia Grupo Nacional Provincial 1993.

Por número de siniestros

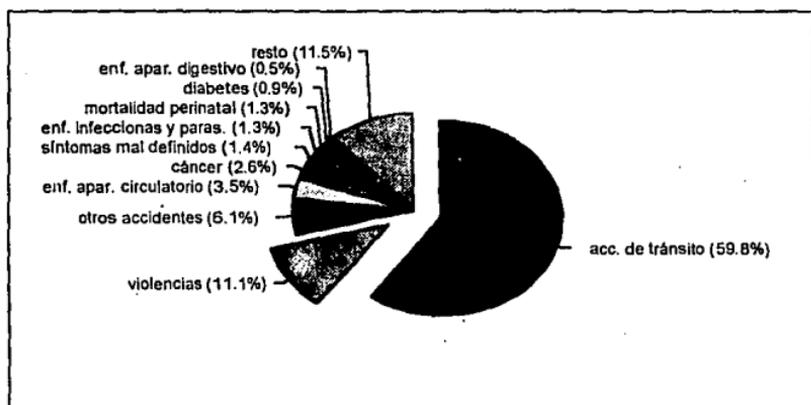


Gráfica 5

SINIESTROS PREMATUROS

Experiencia Grupo Nacional Provincial 1993.

Por monto de suma asegurada



Gráfica 6

Nuevamente, los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar tanto en número de reclamaciones como en montos pagados de los siniestros prematuros.

2 BREVES COMENTARIOS A LAS ESTADÍSTICAS DE SINIESTRALIDAD

A) La muerte accidental

Como hemos visto, las muertes accidentales fueron , a nivel nacional en 1990, la tercera causa de muerte, después de enfermedades cardiovasculares y tumores malignos. La edad promedio de las personas fallecidas por accidentes es de 35 años.

Paralelamente, en la experiencia de mortalidad de Grupo Nacional Provincial durante 1993, el 23.2% de los siniestros se debieron a muertes por accidentes y violencias.

A nivel nacional en 1990, el 35.5% de las muertes por accidentes se debieron a accidentes de tráfico, mientras que dentro de la cartera de Grupo Nacional Provincial en 1993 esta misma causa representa el 55.8% del número de siniestros por muertes accidentales y violentas.

Observamos que, por rango de edad, los accidentes de tráfico a nivel nacional son la primer causa de muerte en fallecimientos accidentales.

En la experiencia de Grupo Nacional Provincial, podemos ver que la suma asegurada promedio en las reclamaciones por muerte accidental y violenta es mayor que la de cualquier otra causa de muerte; podemos pensar que quienes sienten estar expuestos a sufrir un accidente contratan mayores montos de suma asegurada.

Respecto a los siniestros prematuros, el 25.9% de éstos se deben a accidentes de tráfico.

Lo anterior, muestra que la muerte accidental y particularmente la debida a accidentes de tráfico son la principal causa de muerte por factores no médicos.

B) El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

Refiriéndonos a las muertes debidas al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, en las reclamaciones de Grupo Nacional Provincial, ocupan un lugar dentro de las principales causas de muerte, aún pequeña, pero significativa (2.5% de las reclamaciones en 1993). En el año presentado se recibieron 21 reclamaciones que correspondieron a 17 asegurados. Buscando alguna característica que fuera común denominador en estas muertes, encontramos que 16 de estas fueron de hombres solteros mayores de 32 años.

Este último dato es muy importante para identificar perfiles de personas mayormente expuestas a este riesgo.

Desde el punto de vista de Suscripción, en las conclusiones haré comentarios que considero importantes para estar más atentos, en los futuros negocios, a riesgos subjetivos que pudieran ser causa de muerte prematura en los solicitantes a un seguro de vida.

La razón de presentar los resultados de siniestralidad anteriores a nivel nacional y de una compañía aseguradora, no es la de conocer las causas de muerte para entonces poner obstáculos que impidan la contratación de un seguro de una manera arbitraria y sin criterio, la idea principal es la de contribuir a que una aseguradora, a través de una buena selección de riesgos, tenga riesgos de calidad de acuerdo a las normas y políticas de suscripción, así como la de ofrecer un servicio de protección animados por la filosofía de la empresa.

La calidad está enfocada a hacer empresas competitivas y productivas; si no existiera una adecuada selección de riesgos en el seguro de vida, aunque las primas estuvieran muy bien calculadas, la empresa fracasaría, ya que la antiselección se refleja en el futuro con altos índices de siniestralidad. Adicionalmente, sin una suscripción de calidad, se generarían más gastos por concepto de investigaciones a los siniestros tal vez fraudulentos, y seguramente afectaría gravemente la imagen comercial de una empresa aseguradora.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CAPITULO IV

LA CALIDAD Y LOS PROBLEMAS EN LA SUSCRIPCION

1 ¿COMO PODEMOS DEFINIR LA CALIDAD?

Podemos decir que la calidad es un juicio que tienen los clientes sobre un producto o servicio, es el punto en que sienten que se sobrepasan sus necesidades y expectativas.

Una compañía de seguros es una empresa de servicios dentro de la sociedad. Esta razón la obliga a ofrecer no solamente productos que estén de acuerdo a las necesidades de asegurabilidad de una población, sino que también necesita brindar un servicio de calidad a sus clientes para crecer así en el mercado.

En las últimas décadas se ha ido gestando, a nivel empresarial, un "nuevo" concepto de calidad enfocado a la mejora de la productividad; y digo "nuevo" porque la calidad es parte de la historia misma, ya desde tiempos antiguos se tuvo una preocupación especial por la calidad.

La selección de riesgos, como parte del proceso de suscripción, también habrá que mirarse a través de los ojos de calidad. Al seleccionar un riesgo, tenemos la obligación de dar el mejor servicio a nuestro cliente inmediato, el agente, por medio de quien damos un servicio a nuestro cliente principal, el asegurado.

2 DE UNA CALIDAD EN EL PRODUCTO A UNA CALIDAD EN EL SERVICIO.

Alrededor del año 2150 A.C. el Código de Hammurabi contemplaba declaraciones que hacían mención a los castigos que recibirían las personas cuyo trabajo no fuera de calidad, existían normas de calidad para evitar la fabricación de productos defectuosos; los egipcios comprobaban las medidas de los bloques empleados para la construcción con el fin de que sus edificaciones no tuvieran defectos.

En el S.XIII los artesanos inspeccionaban la calidad del trabajo que realizaban los aprendices. Años después, con la revolución industrial, mediante la división del trabajo y la elaboración por partes, se originó la producción en masa.

A fines del S. XIX surge el sistema industrial moderno, donde Frederick Taylor introdujo el concepto de la administración científica. En ésta se diferencia el trabajo de planear y el de ejecutar en una empresa; así, los especialistas (ingenieros, industriales) fijaban las técnicas normativas y laborales, mientras que los trabajadores sólo las ejecutaban.

En el S. XX Henry Ford inició la línea de ensamblaje en movimiento, dividiendo las operaciones complejas en procesos simples generando así productos de buena tecnología a bajos costos. Con el tiempo, se empezó a dejar de lado la calidad poniendo más énfasis en la producción, esto provocó que se diera mayor peso a hacer dinero y menos a producir artículos y servicios de calidad.

Entre 1920 y 1940, la compañía Bell System fue la compañía líder en el control de calidad al tener un departamento de inspección que revisaba los problemas originados por defectos en los productos y la falta de coordinación entre los departamentos.

Podemos citar nombres de personas importantes que ayudaron al desarrollo de la calidad, entre estos son: George Edwards, Walter Shewhart, Edwards Deming, Armand V. Feigenbaum, Joseph Juran, etc.

Hasta aquí hemos visto que el concepto de calidad se empleaba preferentemente en las empresas fabricantes de productos, al final de los años setentas y principios de los ochentas se notó la ampliación del concepto de calidad a las empresas de servicios, como lo es una compañía de seguros.

Actualmente existen varios centros de estudio que investigan el mejoramiento de la calidad. Como líderes de esta aplicación de la calidad sobresalen Kaoru Ishikawa (calidad total), Joseph Juran (el adelanto administrativo) y Edwards Deming (con sus 14 puntos).

Esta nueva gestión empresarial busca la mejora de la productividad, comprometiendo para este logro, a todo el personal de una empresa estableciéndose un programa de mejora permanente de la calidad en los procesos y servicios, generando alta productividad, clientes satisfechos, buenas ganancias y seguridad en el empleo ya que será una empresa que subsista.

La calidad en el servicio también comprende el mejoramiento del proceso ampliado de una empresa. El proceso ampliado se refiere a la extensión de una compañía para incluir a sus proveedores, clientes, empleados dentro del concepto de calidad. Este proceso inicia cuando las necesidades de los clientes se comunican a la empresa. La empresa, por su parte, verá al cliente como el elemento más importante a quien debe satisfacer y con base en él, determinará qué nuevas especificaciones dejarían más satisfechos a sus clientes.

Otro elemento también importante en el proceso ampliado son los proveedores de la empresa; ésta debe comunicarles las necesidades de sus clientes de tal modo que juntos puedan satisfacerlos y proveer en su conjunto servicios de calidad. Este concepto clientes-proveedores también es aplicable al interior de la compañía; así, toda área y personal de la compañía tiene proveedores y clientes internos.

En esta nueva gestión, cada trabajador deberá estar convencido de que ofrecer un servicio de calidad lo hará sentirse orgulloso de su trabajo.

De nuevo, podemos aplicar el concepto del proceso ampliado a la selección de riesgos, en donde existen clientes (agentes y solicitantes) quienes nos dirán lo que esperan de nuestro servicio; y existen proveedores (agencias investigadoras, laboratorios, reaseguradores, etc.) a quienes habrá que conducir por el camino de la calidad para ofrecer un mejor servicio a nuestros clientes, y de este modo satisfacerlos lo más ampliamente posible.

3 LA PROPUESTA DE DEMING.

Edwards Deming, engloba su programa de mejora de la calidad en 14 puntos que constituyen un nuevo estilo de gestión para aumentar la productividad y la posición competitiva de una empresa, y son la fundamentación teórica de la planificación para la calidad.

A continuación listo los 14 puntos de su propuesta:

- Punto 1.- Crear un constante propósito hacia el mejoramiento del servicio, con el objetivo de hacerse competitivo.
- Punto 2.- Adoptar la nueva filosofía.
- Punto 3.- Cesar la dependencia en la inspección masiva para alcanzar la calidad.
- Punto 4.- Terminar la práctica de otorgar los negocios basándose en la etiqueta del precio. En lugar de ello, reducir al mínimo el costo total. Tener un solo proveedor para cada renglón individual, basándose en la relación de lealtad y confianza a largo plazo.
- Punto 5.- Mejorar constantemente y para siempre el sistema de servicios para subir la calidad y la productividad, disminuyendo así los costos en forma constante.
- Punto 6.- Establecer entrenamiento de trabajo.
- Punto 7.- Establecer un liderazgo con el propósito de ayudar a las personas a ejecutar mejor su trabajo.
- Punto 8. Eliminar los temores, de modo que todos puedan llegar a trabajar eficientemente para la compañía.
- Punto 9.- Echar abajo las barreras entre los departamentos. Deberá

trabajarse en grupo.

Punto 10.- Eliminar las metas numéricas

Punto 11.- Eliminar los estándares de trabajo con cuotas numéricas.

Punto 12.- Impulsar el orgullo de los trabajadores por el trabajo.

Punto 13.- Establecer un programa de educación y mejoramiento de sí mismo.

Punto 14.- Impulsar cada día los 13 puntos anteriores.

A simple vista, podemos ver que todavía estos lineamientos se dirigen a empresas que producen algún artículo, sin embargo es mi interés, dado que la selección de riesgos está dirigida al servicio, tomar elementos de esta teoría para aplicarla en lo que considero pueda ser de beneficio para un seleccionador de riesgos de una compañía de seguros. Únicamente haré referencia al primer punto que Deming propone en su teoría, ya que considero es el más importante para este impulso de la calidad, y así lo creo porque tiene como centro el servicio al cliente.

Punto 1.- Crear un constante propósito hacia el mejoramiento del servicio, con el objetivo de hacerse competitivo.

El propósito y objetivo de toda empresa, será la guía que oriente el trabajo de todas y cada una de sus áreas. Este "espíritu" que anima la actividad organizacional aclara y unifica el trabajo de todos los empleados, desde los altos directivos hasta los demás niveles. Por esta razón es muy importante que todos los miembros de una compañía de seguros estén empapados de la filosofía y misión de su empresa.

Sin lugar a dudas podemos decir que, como empresa de servicios, una compañía de seguros deberá orientar todos sus esfuerzos hacia el cliente.

Voy a tomar como ejemplo la misión y valores de Grupo Nacional-Provincial S.A.

Su misión fundamental es: "Satisfacer las necesidades de protección y previsión financiera de sus clientes, frente a los riesgos a que estén expuestos".

Sus valores son:

- * Creer en la responsabilidad que tienen como empresa de satisfacer plenamente las necesidades, los deseos y las expectativas de sus clientes.
- * Creer en la responsabilidad social que tienen hacia sus colaboradores, empleados y agentes, por lo que crean un ambiente propicio para facilitar el desarrollo individual y contribuir a su bienestar personal y familiar.
- * Creer en que deben otorgar a los accionistas una retribución por su inversión en términos muy competitivos en relación a otras alternativas.
- * Creer en la responsabilidad que tienen de contribuir al sano desarrollo de la industria aseguradora y del país en general.
- * Creer en la responsabilidad que tienen de brindar un trato ético y honesto a todos los clientes, agentes, empleados, accionistas, proveedores y a la comunidad en general.

Como vemos, la nueva gestión empresarial tiene como principal elemento el cliente y el entorno de la misma compañía de seguros, por lo cual, esta misma empresa mexicana reconoce hacia sus clientes los siguientes deberes:

- * Conocer a fondo sus necesidades y expectativas.
- * Medir su satisfacción en relación con los servicios que otorga.
- * Medir internamente el cumplimiento de los compromisos con los clientes.
- * Medir y solucionar las inquietudes y quejas que los clientes tengan en relación al servicio que reciben.

Aplicando esta filosofía de servicio en la Selección de Riesgos, el seleccionador deberá estar convencido de su responsabilidad de proteger a sus solicitantes frente a sus necesidades de asegurabilidad tomando en cuenta las políticas y normas de la compañía de seguros. Considero que esta responsabilidad se concretiza cuando, basándonos en la información mínima necesaria para dictaminar un riesgo, éste es aceptado. La selección de riesgos no deberá ser un tropiezo en el trámite de un seguro, antes bien, buscará los medios que faciliten la aceptación de un riesgo sin exponer a la compañía más allá del mismo.

4 ENCUESTAS DE CALIDAD EN EL SERVICIO

Es muy importante, dentro del concepto de calidad, conocer qué es lo que piensan nuestros clientes sobre el servicio que se ofrece, por esto voy a hacer mención a encuestas que se han realizado sobre la calidad y el servicio del área de suscripción de vida individual en esta misma empresa aseguradora.

A) Encuestas telefónicas a asegurados

Grupo Nacional Provincial efectuó encuestas vía telefónica a una muestra de asegurados durante los meses de diciembre de 1993 y enero de 1994 en 3 diferentes zonas del país para evaluar los siguientes aspectos:

Tiempo transcurrido desde la solicitud de la póliza hasta su entrega.

Puntualidad del médico en la práctica de exámenes.

Calidad del equipo utilizado.

Actitud del encuestador.

Forma de solicitar la información (encuestador).

Satisfacción del cliente.

A continuación presento los resultados de dichas encuestas.

Pregunta	ZONA A		ZONA B		ZONA C	
	num. encuestas 45	%	Num. encuestas 57	%	num. encuestas 97	%
El tiempo que transcurrió desde que usted solicitó el seguro de vida a su agente hasta que éste le entregó la póliza, le pareció	Adecuado	42 95%	55 96%	84 87%		
	Inadecuado	1 2%	1 2%	1 1%		
	Todavía no se lo entregan	1 2%	1 2%	12 12%		
Cuando se le practicaron los exámenes médicos, iniciaron los estudios a la hora prometida, fueron puntuales	Si	31 69%	36 64%	65 68%		
	No	2 4%	2 4%	1 1%		
	No se le practicaron exámenes	12 27%	18 32%	30 31%		
La actitud y presentación del médico que le practicó los exámenes le pareció adecuado?	Si	32 100%	38 100%	85 88%		
	No	0	0	1 2%		
le apareció adecuada la presentación	Si	32 100%	38 100%	65 98%		
	No	0	0	1 2%		
Considera usted que el equipo utilizado en los exámenes fue el idóneo en cuanto a modernidad y tecnología	Si	31 97%	34 97%	55 93%		
	No	1 3%	1 3%	4 7%		

El aspecto físico y la ubicación del lugar en donde se realizaron los exámenes, los considera						
Adecuado	32	100%	29	100%	29	94%
Inadecuado	0				0	0%
Después de solicitar el seguro a su agente, le llamó a usted o a sus referencias, un entrevistador de parte de la compañía para confirmar los datos que ud. proporcionó en la solicitud?						
Sí	32	100%	42	93%	37	88%
No	0		3	7%	4	12%
Durante la plática con el entrevistado, éste mostró una actitud amable						
Sí	27	84%	42	100%	33	100%
No	5	16%			0	
Considera Ud. que el entrevistador confirmó y solicitó información adecuadamente, sin incomodarle						
Sí	27	100%	41	98%	33	100%
No			1	2%		
Quedó satisfecho con el servicio y la atención que le proporcionó tanto la compañía como su agente						
Sí	45	100%	54	95%	45	98%
No			3	5%	2	2%
En términos generales, evalúe en una escala del 1 al 4, siendo 4 el valor máximo, en qué grado quedó satisfecho respecto al tiempo en que fue atendido, la actitud del personal y las instalaciones que le proporcionó la compañía de seguros.						
4	33	78%	44	79%	35	68%
3	9	20%	12	21%	20	30%
2	1	2%	0		0	0%
1	0		0		2	2%

Hemos visto, en los cuadros anteriores cuál es la apreciación de los asegurados, clientes principales, respecto al servicio; ahora veremos qué es lo que esperan los agentes, clientes inmediatos, respecto al servicio en suscripción, de esta manera sabremos lo que es necesario hacer para satisfacer a ambos.

B) Encuestas telefónicas a agentes

Basados en un esquema simple del proceso de suscripción y con el fin de conocer las expectativas de los clientes inmediatos (agentes) , Grupo Nacional Provincial realizó una encuesta.

Primeramente veremos un Diagrama resumido del proceso de suscripción.

Entrega de la Solicitud

Exámenes médicos

Investigación

Reaseguro (si procede)

Entrega de la póliza.

ENTREGA DE LA SOLICITUD

El cliente espera:

- * Oportunidad en notificación de información adicional.
- * Agilidad en el trámite.

EXAMENES MEDICOS

El cliente espera:

- * Oportunidad
 - En la entrega de resultados
 - Para realizar los exámenes
- * Calidad y Servicio
 - Resultados sin errores
 - Satisfacer los requerimientos de lugar y hora
 - Médicos profesionales
 - Aparatos nuevos.
- * Atención
 - Trato personalizado
- * Información
 - Sobre tiempo de atención.
 - De resultados de exámenes.

INVESTIGACION

El cliente espera:

- * Actitud
 - Amabilidad
- * Tacto al preguntar
 - Preguntar con delicadeza y discreción; sin cuestionar intimidades.
- * Servicio
 - Entrevistar en el momento oportuno para el asegurado.
- * Oportunidad.
 - Puntualidad en la cita.
 - Que esta etapa no demore la emisión.

RECHAZO

El cliente espera:

- * Información
 - Causa del rechazo
 - Notificación al asegurado
- * Oportunidad en la notificación.
- * Servicio
 - Exámenes adicionales para evitar el rechazo.
- * Actitud
 - Tacto y discreción en la notificación.

REASEGURO

El cliente espera:

- * Oportunidad en la obtención del mismo
- * Información
 - De status y requisitos adicionales y de trámites.
- * Aceptación.
 - Que la reaseguradora acepte el riesgo.
- * Servicio
 - Que la compañía aseguradora no sea tan estricta.
 - No solicitar estados financieros a asegurados.

ENTREGA DE LA POLIZA

El cliente espera:

- * Oportunidad en la emisión.
- * Calidad
 - Sin errores.
 - Incluir carta de presentación y folleto de asesoría.

Si consideramos a la aseguradora como un sistema compuesto de varios subsistemas, veremos que en la emisión de una póliza de seguros intervienen diversas áreas de la compañía. Ahora bien, al adoptar cada una de las áreas estrategias para la mejora del servicio, tendrán impacto en todo el sistema. Por esta razón es necesario, con base en las

encuestas realizadas a asegurados y agentes, que el área de suscripción desde su ser normativo, establezca acciones y políticas enfocadas a la satisfacción del cliente.

5 PROBLEMAS EN LA SUSCRIPCION

A la luz de la calidad y con base en las encuestas de servicio que se mostraron anteriormente, podemos identificar deficiencias en el proceso de suscripción.

Voy a hacer un comparativo de las expectativas de los asegurados y las de los agentes que considero más importantes y que afecten al proceso de emisión en el area de suscripción, así conoceremos la problemática y posteriormente haré comentarios que puedan mejorar el servicio.

Respecto a la oportunidad en la entrega de la póliza

EL ASEGURADO OPINA...	EL AGENTE NECESITA....
Que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la póliza hasta su entrega es adecuado (en promedio el 92.66% de los encuestados así lo consideran)	Oportunidad en la notificación de información adicional. Agilidad en el trámite

El problema de la oportunidad considero que es el de más interés para la fuerza productora en todo el proceso de la suscripción; como la encuesta refleja, la gran mayoría de los asegurados piensan que el tiempo fue el adecuado, sin embargo seguramente dentro de quienes no pensaron así, fueron aquellos candidatos que solicitaron sumas

aseguradas muy grandes, tal vez negocios que requirieron ser propuestos a reaseguro facultativo. Como lo mencioné anteriormente, al habar de este tipo de negocios, se trata de montos muy importantes, y son los que la compañía de seguros debe analizar con mayor profundidad, asimismo las compañías reaseguradoras ponen más cuidado en su valoración.

Una realidad en estos negocios millonarios es la entrega de documentación incompleta o insuficiente para la valoración del riesgo. Mientras la compañía de seguros no cuente con los requerimientos médicos y financieros para seleccionar un riesgo, o bien, que el reasegurador no cuente con los mismos, la emisión del negocio demorará hasta la obtención de la información faltante. En el tiempo que he trabajado más cercanamente a este tipo de solicitudes, me doy cuenta que existen negocios en procesos inactivos por falta de documentación, que en su momento fue requerida.

En las pólizas de montos asegurados pequeños, al ser necesaria información adicional, existe en Grupo Nacional Provincial un sistema de control de solicitudes pendientes.

La agilidad en los trámites que piden los agentes en ocasiones no radica en las oficinas de servicio, sino en el trámite de las pólizas cuyos montos de suma asegurada requieren la autorización de la oficina matriz para su emisión y, frecuentemente como he dicho, el retraso suele deberse a que la documentación es enviada incompleta, y por lo tanto no se tienen los elementos con los cuales se pueda valorar un riesgo.

Otra problemática en los negocios de sumas aseguradas millonarias es la negativa, por parte del solicitante, de proporcionar a la aseguradora información financiera de sus empresas, como los son balances y los estados de pérdidas y ganancias, información que como hemos visto en el Capítulo II son de gran importancia para otorgar la protección que el cliente necesita, ya que son la justificación financiera para su emisión.

Respecto a los investigadores que efectúan las llamadas para verificar los datos del solicitante con sus referencias.

EL ASEGURADO OPINA ...	EL AGENTE NECESITA...
Que la actitud del entrevistador fue amable (94.66%) y que solicitó la información sin incomodarlo (99.3%)	Actitud: amable Tacto al preguntar Entrevistar en momentos oportunos Que esta etapa no demore la emisión

Este punto es muy importante, porque una entrevista realizada sin el debido tacto y discreción puede influir negativamente en la venta de una póliza de seguro. La verificación de la información ha sido necesaria, a pesar de tratarse de un contrato de buena fe, por la experiencia de las compañías aseguradoras en siniestros dolosos y fraudulentos.

Desde el punto de vista de calidad, por el proceso ampliado del que habla Deming, se debe involucrar a los proveedores en la filosofía de la calidad,

de esta manera el área de suscripción de una aseguradora deberá estar en contacto siempre con sus proveedores para caminar por un mismo sendero, el de la calidad; y por otro lado es también necesario que sean atendidas las quejas de los asegurados con el fin de conocer la problemática, dar solución y así satisfacerlos en todos los aspectos.

En relación al reaseguro

	EL AGENTE NECESITA...
	Oportunidad en su obtención. Información de status y requisitos adicionales Que la reaseguradora acepte el riesgo Que la compañía no sea tan estricta No solicitar edos. financieros a los asegurados.

La más grande expectativa de un agente de seguros es, sin duda, la concretización de un negocio, es decir, la emisión de una póliza que ha solicitado. En este aspecto, para los negocios que son propuestos a reaseguro facultativo, intervienen varios factores en la oportunidad de un negocio. Como ya lo dije, es necesario que las compañías reaseguradoras tengan la documentación suficiente que les permita valorar un riesgo y en este punto creo que habrá de detenernos un momento. Las grandes compañías reaseguradoras son extranjeras, con

su oficina matriz en Suiza, Canadá, Alemania, Holanda, etc., en donde la cultura y la forma de pensar es diferente a la latina; en Europa, por ejemplo, los contratantes saben que la información financiera es indispensable para altos montos de suma asegurada y el solicitante está consciente de ello sin poner objeción; también en el viejo continente las compañías aseguradoras no hacen investigación de sus solicitantes. Al presentarles a los reaseguradores internacionales un importante negocio mexicano ellos lo ven desde una óptica a veces distinta a la nuestra. Si para en el ambiente económico mexicano existen nombres de empresarios reconocidos, puede ser que los europeos jamás hayan oído hablar de ellos. Cabe hacer mención, por ejemplo, que en México acaba de ser expedida quizá la póliza más grande para un individuo en un negocio nuevo, por un monto de \$16'500,000 USD. Este es, por mucho, una cantidad muy alta respecto a las sumas contratadas en países más desarrollados que el nuestro.

La diferencia de horario, para efectos de las comunicaciones telefónicas o por fax, interviene en mayor o menor escala en la oportunidad de un dictamen. Estos también son factores que, aún siendo menores, influyen en la oportunidad de respuesta.

Los suscriptores encargados de la colocación en compañías reaseguradoras de los negocios facultativos, son responsables de la negociación para obtener el mejor tiempo de respuesta y las mejores condiciones de tarificación para los solicitantes.

Hay también que resaltar la importancia del agente en hacer un buen negocio, abierto a obtener la información necesaria para el cierre del mismo y sobre todo la sintonía que el profesional de seguros debe tener con las políticas y normas de suscripción de una empresa.

COMENTARIOS FINALES

A lo largo de este trabajo se desarrolló, a grandes rasgos, la importancia que tiene la selección de riesgos en el seguro de vida individual, considerando la calidad y el servicio como factores que deben ser aplicados en este proceso.

Como lo mencioné en la introducción, la selección de riesgos se compara con una artesanía creada de forma única. Por tal motivo, en el tratamiento de las solicitudes millonarias se percibe la carencia de una metodología para su dictamen; podría decir que existen elementos básicos de análisis y factores particulares de cada cliente que da a cada negocio su especificidad.

Hemos visto que la calidad y el servicio están dirigidos a la satisfacción del cliente, más aún, la calidad de la selección de riesgos es una gran responsabilidad de todo suscriptor. Con base en los resultados de siniestralidad presentados en el capítulo III estimo importante contar con herramientas que permitan detectar factores que intervengan en muertes por riesgos subjetivos, como lo son aquellos que ocasionan muertes debidas a accidentes de tráfico. En Estados Unidos y Canadá, las pruebas de laboratorio han sido un aspecto muy importante en la selección de riesgos. Una de estas pruebas es un indicador de abuso de alcohol conocida como CDT (Transferina con Deficiencia de

Carbohidratos). Esta prueba revela si el solicitante abusa en el consumo de bebidas alcohólicas. Si bien el alcoholismo no es un factor determinante en las muertes en accidentes de tránsito, sí favorece su ocurrencia. Esta prueba puede ser incluida dentro de los requisitos de selección o de acuerdo al criterio del suscriptor.

La prueba del CDT es un análisis que se toma en la muestra de sangre. Cuando los resultados revelan niveles elevados, el estudio refleja que se ha consumido de 4 a 5 copas diariamente y por un periodo de 2 a 3 semanas. El CDT se mantiene elevado de 2 a 4 semanas después de cesar la ingesta de grandes cantidades de alcohol. Médicos norteamericanos recomiendan esta prueba por ser la más exacta y confiable para la detección de abuso crónico de alcohol.

Por otro lado, las muertes causadas por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida tiene un impacto en la siniestralidad de una cartera seleccionada como lo reflejan las estadísticas de Grupo Nacional Provincial. Cuando hablé sobre las cifras de 1993 comenté que un común denominador de los fallecidos por esta causa fue el ser hombres solteros mayores de 32 años. Obviamente esto no quiere decir que todos los hombres con estas características estén mayormente expuestos a este riesgo por tener problemas de identidad; sin embargo, estimo conveniente que de acuerdo a ciertos perfiles se profundice, a través de una investigación vía campo, sobre la asegurabilidad del candidato, independientemente de la suma asegurada solicitada. Es una realidad que se elevará el costo para la compañía de seguros por este concepto,

pero con un caso que se logre detener para evitar un siniestro prematuro, este gasto es justificado.

Estas dos consideraciones: la prueba del CDT y el informe confidencial vía campo a hombres solteros mayores de 32 años, desde el punto de vista de selección no médica, permitirán estar más atentos a riesgos subjetivos.

Ahora bien, en el capítulo IV, al mostrar los resultados de las encuestas sobre calidad y servicio, pareciera que la compañía aseguradora en referencia ha logrado la satisfacción de sus clientes, pensar así sería caer en el error de que no hay nada por mejorar en el proceso. Una empresa, de acuerdo a la nueva gestión de productividad, deberá romper con argumentos como "ya prestamos un servicio de buena calidad", o bien, "es más importante la calidad del producto que del servicio".

Si bien es cierto que la muestra de asegurados refleja un servicio satisfactorio, existen también necesidades de mejora que no deben echarse en saco roto, aspectos que deben ser cuidados en el proceso y que cité al referir las encuestas realizadas a agentes.

Como era de esperarse, una de las principales necesidades es la oportunidad de la emisión en los casos de negocios facultativos, que como sabemos requieren una selección más a detalle. Poco facilita su emisión la entrega de documentación incompleta y la demora para la obtención de información adicional.

Considero que esta situación puede ser superada si la fuerza productora estuviera más convencida de la importancia de los requisitos de selección. Desgraciadamente existen algunos agentes que en un negocio, se preocupan más por la comisión que recibirán en la venta del seguro y no consideran el compromiso que la compañía adquiere al aceptar el riesgo; afortunadamente la mayoría no piensa así. Este aspecto sugiero se aborde a través de capacitación y conscientización a la fuerza productora en beneficio de otorgar un mejor servicio.

Tanto la documentación incompleta como la adicional que sea requerida en los casos facultativos, pudieran ser registradas por medio de un sistema que permitiera una consulta rápida del status de cada negocio y, apoyados en la comunicación electrónica, mantener constantemente informado al personal de las oficinas de servicio, la situación de cada negocio propuesto a reaseguro facultativo.

En mi opinión lo anterior puede ser de ayuda para mejorar el servicio de suscripción, seguramente habrá más cosas por hacer en este terreno que permita satisfacer las expectativas de los candidatos a un seguro de vida.

BIBLIOGRAFIA

Diversas publicaciones internas de compañías
Reaseguradoras sobre Selección de Riesgos:

* "Fundamentación de la Selección en el Seguro de Vida."
Münchener Rückversicherung-Gesellschaft.

* "Financial Underwriting.
A comprehensive Guide."
Münchener Rückversicherung-Gesellschaft.

* "Guía de Selección".
Gerling-Konzern Globale.
Rückversicherungs- Aktiengesellschaft

* Experiencia de Siniestralidad de Grupo Nacional Provincial 1993.

Material recopilado en pláticas impartidas por:

- La Suiza de Reaseguros.
- Nederlandse Reassurantie Groep N.V.

* Boletines I-93 y I-94 de Hemotex (de México), S.A. de C.V. con el tema:
Transferrina Carbohidrato Deficiente (CDT).

* "IMPACTO DE LA MUERTE ACCIDENTAL EN LOS NEGOCIOS DE SEGUROS DE VIDA". Publicación de la Asociación Mexicana de Actuarios, A.C. y la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C. Marzo 1994.

* Gitlow, Howard S.; "PLANIFICACION PARA LA CALIDAD, LA PRODUCTIVIDAD Y UNA POSICION COMPETITIVA". Ediciones Ventura S.A. de C.V 1991.

* Deming, W. Edwards; "CALIDAD, PRODUCTIVIDAD Y COMPETIVIDAD". Ediciones Díaz de Santos S.A. 1989.