

SELECCION

Número 32
Año IX
Mayo 2005

VIDA



EL RIESGO DE CÚMULO EN SEGUROS PERSONALES

El riesgo de cúmulo en seguros personales

En la actividad aseguradora de ramos personales, nos referimos a la existencia de cúmulos cuando varias cabezas o riesgos individuales se encuentran expuestos a la vez a la posible ocurrencia de un mismo hecho cubierto por el asegurador.

Cualquier cartera de Vida o Accidentes, por pequeña que sea, está expuesta, en mayor o menor medida, a la existencia de estos cúmulos.

Según la clasificación tradicional, los cúmulos se dividen en cúmulos conocidos y cúmulos desconocidos. Los cúmulos conocidos de cabezas aseguradas se producen cuando damos cobertura a colectivos o grupos de personas, como pueden ser trabajadores de una misma empresa, familiares, personas que viajan juntas,... que van a estar expuestas, de forma evidente y en situaciones muy definidas, a peligros comunes.

El cúmulo desconocido se produce cuando, imprevisiblemente, una cantidad inusual de asegurados se ve afectada por un mismo siniestro.

Todos estamos expuestos a varios cúmulos a lo largo del día: en nuestra casa, en los medios de transporte, en la empresa...

Este enorme número de cúmulos que aparece en nuestro entorno hace que, aunque la probabilidad de que un siniestro afecte a varias cabezas sea pequeña, la casuística sea frecuente. Sólo hace falta echar un vistazo a los periódicos de cualquier día para ver siniestros que afectan a varias personas.

En Nacional de Reaseguros, llevamos años realizando un control de aquellos siniestros que afectan a cúmulos de personas en nuestra sociedad.



Cualquier cartera de Vida o Accidentes, por pequeña que sea, está expuesta, en mayor o menor medida, a la existencia de estos cúmulos.

De esta forma, según nuestros archivos, los siniestros que se han producido en nuestro país desde 1980, y en los que fallecieron 10 o más personas, han sido los siguientes:

FECHA	SINIESTRO	Nº de fallecidos
25/04/1980	Tenerife - Accidente Aéreo	146
15/07/1980	Soria - Choque de trenes	17
24/09/1980	Valencia - Accidente de autobús y tren	25
23/10/1980	Vizcaya - Explosión de Gas	51
19/03/1981	Murcia - Caída de grúa en un autobús	11
24/05/1981	España - Muertes debido a la Colza	25
24/09/1981	Valencia - Accidente de tren y autobús	27
29/09/1981	Toledo - Accidente choque camión y autobús	26
09/11/1981	Huesca - Colisión de un autobús contra un camión	11
01/08/1982	Asturias - Explosión de Gas	11
13/09/1982	Málaga - Accidente Aéreo	50
21/10/1982	Valencia - Rotura presa de Tous	40
26/08/1983	País Vasco - Inundaciones	80
27/11/1983	Madrid - Accidente Aéreo	181
07/12/1983	Madrid - Choque de Aviones	93
17/12/1983	Madrid - Incendio de la discoteca Alcalá 20	78
29/10/1984	Valladolid - Choque en cadena de seis vehículos	13
11/09/1984	La Gomera - Incendio Forestal.	24
25/02/1985	Vizcaya - Accidente Aéreo	148
12/04/1985	Madrid - Atentado Terrorista Islámico	18
26/05/1985	Algeciras - Choque de dos petroleros	32
14/07/1986	Madrid - Atentado terrorista ETA	12
25/03/1987	Lérida - Accidente de autobús y tren	15
17/06/1987	Barcelona - Atentado en Hipercor ETA	21
03/07/1987	Orense - Accidente de autobús	38
04/09/1987	Madrid - Incendio de los almacenes Arias -Bomberos-	10
11/12/1987	Zaragoza - Atentado ETA casa cuartel	11
25/03/1988	Lérida - Accidente de autobús y tren	15
14/11/1989	Málaga - Inundaciones	42
10/09/1989	Alicante - Explosión pirotécnica	10
28/11/1990	Zaragoza - Incendio de la discoteca "Flying"	43
29/05/1991	Vic - Atentado casa Cuartel ETA	10
10/05/1992	Vitoria - Accidente de autobús	17
07/07/1992	Móstoles - Incendio de un edificio	12
27/07/1992	Cuenca - Accidente de autobús y camión	10
19/08/1992	Castellón - Accidente de autobús	46

FECHA	SINIESTRO	Nº de fallecidos
02/08/1993	Asturias - Colisión de trenes	12
09/08/1995	Guadalajara - Inundaciones de Yebra	11
15/06/1995	Tarragona - Accidente de autobús	15
10/07/1995	Nimes (Francia) - Accidente de Autobús	22
31/08/1995	Asturias - Explosión de grisú – Minería	14
07/08/1996	Huesca - Inundaciones de Biescas	87
28/02/1996	Jaén - Accidente de autobús	29
05/11/1997	España - Temporal de Nieve y viento	22
16/03/1997	Gerona - Accidente camión – autobús	11
31/03/1997	Navarra - Accidente Ferroviario	18
03/07/1997	Valencia - Explosión en un Barco	18
15/07/1997	Toledo - Accidente furgoneta y microbús	10
06/11/1997	Extremadura - Inundaciones en Badajoz	21
17/11/1997	Melilla - Accidente de depósito de agua	11
26/04/1998	Alicante - Accidente de autobús	12
25/09/1998	Marruecos - Accidente Aéreo: Málaga - Melilla	38
08/10/1998	Gerona - Hundimiento embarcación de recreo	20
19/09/1999	Zaragoza - Accidente de autobús	32
06/07/2000	Soria - Accidente de autobús y camión	27
03/10/2000	Irlanda - Hundimiento del pesquero "Arosa"	12
03/01/2001	Lorca - Accidente Furgoneta y tren.	12
14/11/2001	Huelva - Accidente de Autobús	20
05/06/2003	Albacete - Accidente de tren en Chinchilla	19
26/03/2003	Turquía - Avión Yakolev estrellado - militares	62
11/03/2004	Madrid - Atentado terrorista	191
02/06/2004	Galicia - Hundimiento del barco pesquero O'Bahia	10
13/01/2005	Burgos - Explosión material inflamable	10
06/02/2005	Castellón - Todoilella - Intoxicación de gas	18

En muchos de estos accidentes, los supervivientes sufrieron lesiones de distinta consideración, algunas de las cuales supusieron la invalidez de los mismos.

En lo que se refiere al número de fallecidos, el peor año fue 1983 con 432 personas, mientras que el año 1997 fue el que registró más siniestros de estas características, 7.

De todos ellos los mayores siniestros han sido:

FECHA	SINIESTRO	Nº de fallecidos
11/03/2004	Madrid – Atentado terrorista	191
27/11/1983	Madrid- Accidente Aéreo	181
25/02/1985	Vizcaya- Accidente Aéreo	148
25/04/1980	Tenerife- Accidente Aéreo	146
07/12/1983	Madrid- Choque de Aviones	93

Las provincias con mayor frecuencia han sido:

PROVINCIAS	Nº de siniestros
Madrid	9
Comunidad Valenciana	8
Cataluña	7
Andalucía	7

Las causas más frecuentes que originaron los siniestros fueron:

CAUSAS	Nº de siniestros
Accidentes de autobuses	22
Accidentes aéreos	7
Atentados	6
Explosiones	6
Inundaciones	5

En términos globales, el número medio de personas afectadas es de 34,3 en cada siniestro. Sin embargo, esta cifra varía según la causa; así, en los accidentes aéreos, el número medio de personas afectadas por siniestro es de 102,5; mientras que en los accidentes de autobús la media es de 21,1.

Tratamiento asegurador y reasegurador

Los aseguradores deberemos estar siempre vigilantes ante la presencia de posibles cúmulos, tanto a la hora de suscribir el riesgo como a la hora de proteger nuestra cartera.

Tal y como indicábamos al principio, nos encontramos con diferentes posibilidades: pólizas con cúmulo conocido de antemano, pólizas colectivas sin un riesgo especial de acumulación y pólizas de cúmulo desconocido.

PÓLIZAS DE CÚMULO CONOCIDO PREVIAMENTE:

Dentro de éstas se encuentran los equipos profesionales deportivos, colectivos de navegación aérea o marítima, seguros específicos de viaje...

Debemos tener cuidado con este tipo de pólizas, porque, además, suelen excluirse de los tratados básicos de reaseguro, con lo que es aconsejable proceder a realizar colocaciones de reaseguro especiales vía facultativa, o, en último caso, retenerlos, con el elevado riesgo que esto conlleva.

En Accidentes, a la hora de suscribir hay que tener en cuenta la delimitación clara del cúmulo máximo probable, fijado con hipótesis realistas, considerando la posibilidad de desplazamientos en medios de transportes públicos o privados. Además, no debemos pasar por alto las reuniones o los congresos de miembros del colectivo, y tendremos que

analizar los grupos de asegurados expuestos a un mismo riesgo en el centro de trabajo.

Siempre que sea posible, intentaremos fijar un importe máximo de indemnización por póliza.

En Vida, el reparto de riesgo se hace por cabeza, algo que habrá que tener en cuenta para determinar la cesión, así como el hecho de si la retención por cabeza se encuentra dentro de nuestras posibilidades de asunción del riesgo o no.

PÓLIZAS COLECTIVAS PERO SIN UN RIESGO ESPECIAL DE ACUMULACIÓN:

Dentro de este apartado se encuentra la mayoría de las pólizas colectivas de empresas. No requieren un tratamiento especial y están incluidas dentro de las coberturas básicas de los contratos de reaseguro. Cuando los capitales por asegurado son elevados, se suele poner un cúmulo máximo por póliza para acotar el siniestro.

El problema surge con la parte retenida, ya que, al afectar un mismo siniestro a varias cabezas en un momento puntual, vamos a tener una siniestralidad no esperada, ni deseada. Para evitar esto deberemos proteger nuestra retención como indicamos en el siguiente punto.

PÓLIZAS DE CÚMULO DESCONOCIDO:

El asegurador sabe que existe la posibilidad de que se produzca este tipo de siniestros, pero desconoce la magnitud que éstos pueden tener. Sus pólizas están canalizadas por sus contratos básicos, que cubren la acumulación que se produce por encima de la retención, y hasta el límite de capacidad por persona estipulado en el tratado.

El problema surge para el asegurador en su propia retención, que necesita una cobertura complementaria que solucione este aspecto.

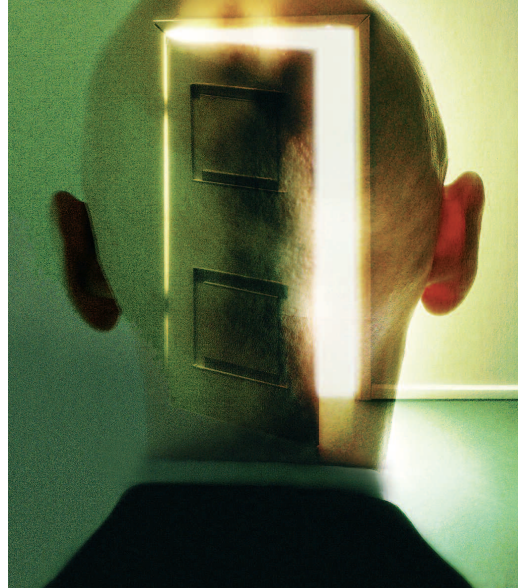
En estos casos se realiza una protección de reaseguro no proporcional, que cubre los excesos de pérdida en la retención de la cedente, por encima de una prioridad pactada, y hasta el límite prefijado. Esta cobertura funcionaría siempre que los cúmulos no sean calificados como conocidos, al excluirse en lista anexa al tratado de reaseguro.

A partir del año 2001 estas coberturas, que en algunos momentos se llegaron a dar con tasas muy bajas, han tenido una importante restricción en capacidad, con unos precios más ajustados a la realidad y un claro predominio de la demanda sobre la oferta existente.

Nacional de Reaseguros pone a disposición de las cedentes toda la experiencia, adquirida a lo largo de su amplia trayectoria, para la cotización y cobertura de estos riesgos especiales.



Problemas mentales y seguro de vida



En la selección de riesgos, y lo que es aún mucho más frecuente, en la valoración de los siniestros, resulta fácil encontrarnos con problemas de tipo psicológico o psiquiátrico.

Al estudiar los problemas mentales, debemos tener en cuenta las siguientes ideas básicas:

- 1- En principio, los problemas mentales no se van a especificar o declarar prácticamente nunca de forma definida.
- 2- En general, los mayores problemas que tienen las entidades aseguradoras con las personas que presentan trastornos mentales aparecen, fundamentalmente, en las garantías de invalidez. Debemos tener en cuenta, además, que los individuos que padecen alteraciones mentales presentan una altísima incidencia de problemas de invalidez o discapacidad laboral, apoyados, en buena parte, por los servicios de la Seguridad Social, que muy a menudo dictaminan una incapacidad debido a lo variable y heterogéneo de los cuadros clínicos que presentan estos enfermos.
- 3- La selección o clasificación de los riesgos depende fundamentalmente de la sagacidad y del sentido de sospecha del médico que realiza el reconocimiento, y la única ocasión para valorar o evitar la contratación de personas con alto riesgo surge, precisamente, en el momento inicial, una vez estudiado el dictamen o informe del médico reconocedor.

A continuación, y para iniciar el contacto con este tema, presentamos algunos casos clínicos típicos:

CASO 1 Mujer de 36 años; de profesión, limpiadora, que desea contratar una póliza que incluya garantía de vida, invalidez y accidente. Presenta un índice de masa corporal de 32,5 (por encima de 30 se considera sobrepeso manifiesto u obesidad), sufre dolores en espalda y rodillas y declara no tomar medicación. El resto de la exploración física es perfectamente normal.

CASO 2 Varón de 42 años que, según el médico reconocedor, presenta durante la exploración un estado de tensión importante. La tensión arterial es de 140/95 y el

pulso, de 100 lpm. Declara necesitar todas las noches para dormir un comprimido de orfidal desde hace unos 5 años. El resto de la historia o de la exploración es anodina o no añade nada de interés.

Muy probablemente el médico selector de una entidad de seguros estimará que no hay mayor problema, y considerará estos datos como riesgos normales o, a lo sumo, añadirá una pequeña sobremortalidad, en el primer caso por sobrepeso y en el segundo por hipertensión.

Sin embargo, en ambos casos se producirán siniestros por invalidez antes de cumplirse un año desde la contratación. Y lo lamentable es que se podrían haber anticipado, incluso con los escasos datos presentados.

Antes de analizar estos casos y las situaciones que nos encontramos en la realidad del día a día, comentaremos con más detalle los tres principios señalados:

DECLARACIÓN

Lo normal es que la mayor parte de los problemas de tipo mental que se observan en la práctica (ansiedad, depresión, problemas psicóticos o neuróticos...) queden únicamente en la sospecha del médico reconocedor, y que, por falta de estudio o de tiempo, no sean transcritos a la hoja o formulario de reconocimiento, por lo que no serán valorados con posterioridad. En nuestra opinión, existen una serie de preguntas que el médico debe realizar de manera directa al candidato, de forma que no sólo se pueda valorar la respuesta, sino también el modo en que se expresa la persona, su grado de duda o su falta de concreción. Si la persona en cuestión responde que toma medicamentos "para los nervios" o se transcribe la expresión "estrés por exceso de trabajo", estaremos obteniendo pistas incompletas que sólo serán válidas si se amplían y se especifican, dado que dicha contestación puede no significar nada en algunas personas, mientras que en otras puede suponer un problema serio.

GARANTÍAS DE INVALIDEZ

Los trastornos mentales, hasta hace relativamente poco tiempo, conllevaban una alta mortalidad, algo que había

que tener muy en cuenta a la hora de valorar los riesgos. La dejadez y el abandono personal, la desnutrición asociada o el hacinamiento en clínicas psiquiátricas provocaban una alta incidencia de complicaciones infecciosas y de todo tipo que, a medio y largo plazo, anticipaban la edad del fallecimiento.

Sin embargo, la eficacia de la medicación ha producido un cambio muy espectacular en este sentido; hoy en día, gracias a la atención familiar y al uso de los nuevos medicamentos, se ha prolongado mucho la vida media. Aun así, tenemos que seguir considerando que las personas afectadas por un problema mental tendrán una mayor incidencia de suicidios y problemas accidentales.

Hay que tener en cuenta que la vertiente por la que las entidades van a sufrir mayores pérdidas es el seguro complementario de invalidez. En numerosos casos los pacientes con una inadaptación mental, y en un alto grado las personas deprimidas (la patología más frecuentemente observada), van a amplificar o exagerar cualquier sintomatología de una forma manifiesta y a veces involuntaria. Cualquier dolor de cabeza, de espalda o cuello se va a convertir en una fuente de consultas o de peregrinación de especialista en especialista que, al final, y dada la respuesta pobre o mínima a los diferentes tratamientos, va a declararse como causa de invalidez absoluta o total.

En frecuentes ocasiones nos encontraremos con diagnósticos poco específicos, tales como “fatiga crónica” o “fibromialgia”, que no van a limitar en absoluto la vida media de la persona, pero que, con un dictamen que concluya este tipo de diagnóstico, junto a una invalidez firme de la Seguridad Social, harán muy difícil, por no decir imposible, la denegación de la categoría de siniestro.

En principio, las personas con sobrepeso, aquellas a las que se les ha diagnosticado en varias ocasiones alteraciones como las mencionadas (fibromialgia o síndrome de fatiga crónica) o las que usan medicación frecuente para algias o dolores que no tienen una base bien definida deben rechazarse desde el punto de vista de la invalidez.

También aquellas que muestran signos de inmadurez o desequilibrio en su actitud o comportamiento, aquellas que consumen o han consumido recientemente drogas (hachís, cocaína, éxtasis...), que fuman más de 30 cigarrillos al día o que no aclaran específicamente el consumo semanal de alcohol.

LA SELECCIÓN DE LOS RIESGOS

El médico o la persona que se entrevista con el candidato debe averiguar cuál es el consumo actual y previo de tabaco y alcohol en sus diferentes formas, así como si existe una medicación para el control del estado nervioso, el insomnio, las cefaleas.... Éstas son preguntas que, en

general, están en todos los formularios de entidades de seguros; pero nosotros insistimos en que el médico debe realizárselas directamente al candidato para poder captar el grado de franqueza o seguridad con que éste responde, ya que, sobre todo, en relación con el consumo de alcohol asociado a problemas mentales, hay una disparidad muy notable entre lo que se declara y la realidad. Si hay necesidad de tomar medicación que actúe sobre el sistema nervioso, en cualquiera de sus formas, se deberá insistir en si el candidato ha sido tratado por algún especialista en psiquiatría o si ha estado hospitalizado. También se deben anotar las medicaciones previas y hacer un breve resumen de las relaciones que existen con los miembros directos de su familia o en su situación laboral.

Comprendemos que todo esto es una sobrecarga para los médicos reconocedores, pero únicamente disponemos de ellos para evitar la alta siniestralidad por invalidez que observamos en la actualidad.

Comentario sobre los Casos Clínicos

Se trata de dos casos habituales que, con pequeñas variaciones, observamos frecuentemente.

En el **primer caso**, ante un sobrepeso importante en una mujer joven que se quejaba con frecuencia de dolores en espalda y rodilla, se podría haber cuestionado la existencia de una depresión (posible causa, al menos parcialmente, de su sobrepeso). Esta depresión fue la causa de un siniestro declarado poco tiempo después de que la póliza tomara efecto, y se habría podido detectar si se hubiera indagado sobre la medicación que, según el informe base para la invalidez, venía tomando la joven desde hacía varios años.

En el diagnóstico final se mencionaban, entre otras alteraciones, varios grados de discopatía o alteraciones intervertebrales y fibromialgia.

En el **segundo caso**, un varón de 42 años que tomaba lorazepam desde hacía años, se diagnosticó, aproximadamente un año después de tomar efecto la póliza, un estado de ansiedad severa o neurosis de ansiedad que no respondía al tratamiento, y que le imposibilitaba por completo para su trabajo habitual como agente de ventas. Se habría podido anticipar una situación inicial “muy difícil” y poco adecuada para asegurar garantías complementarias, si se hubieran obtenido datos como que consumía más de dos paquetes de cigarrillos al día, que había tenido dos accidentes de tráfico en los últimos dos años o que se había separado de su mujer e hijos unos meses antes de firmar el contrato de seguro.

PRINCIPIOS BÁSICOS SOBRE PATOLOGÍAS FRECUENTES

DEPRESIÓN:

La depresión profunda o severa diagnosticada como tal por un especialista en psiquiatría tiene una elevada incidencia en la mortalidad general. Sin embargo, muchas veces, cuando el paciente declara haber tenido “una depre” o una mala racha...estamos ante situaciones que limitan con las reacciones normales de la mayoría de los individuos.

La “depresión auténtica o mayor” es más grave, y provoca un mayor número de suicidios y de discapacidades en personas del sexo femenino y en aquellas que tienen una cobertura familiar escasa o que presentan un consumo alto de alcohol.

ESQUIZOFRENIA:

Con las medicaciones antipsicóticas actuales, muchos esquizofrénicos se encuentran adaptados al medio y pueden realizar labores productivas. Sin embargo, el índice de suicidios y de accidentes es elevado en las primeras fases posteriores al establecimiento del diagnóstico. Por ello, es prudente no asegurar durante los dos años después del diagnóstico inicial.

En pacientes estables y con buen seguimiento, dependiendo del cuadro clínico, es necesario añadir una sobremortalidad que generalmente oscila entre +25 y +100%. En principio, no es aconsejable asegurar a personas por debajo de los 30 años que no sean capaces de mantener un trabajo productivo. Los seguros complementarios no suelen asegurarse, y, en caso de que se aseguren, se limita el capital cubierto.

NEUROSIS DE ANSIEDAD:

Ésta es una patología muy frecuente y que no suele declararse en el momento de la contratación de la póliza o del reconocimiento médico.



Hace unos años no se consideraba especialmente importante, pero en la actualidad se señala como un factor de alto riesgo para el suicidio o como etapa que puede derivar hacia la depresión profunda o el alcoholismo, con lo cual se solapan las causas de morbilidad y mortalidad aumentadas. En general, estos pacientes consumen medicación de forma continuada. Las causas del incremento de las neurosis de ansiedad y de las depresiones, sobre todo en jóvenes, no son claras, pero, casi con total seguridad, se relacionan con el ritmo acelerado y la despersonalización sufrida en las grandes ciudades.

INTENTO DE SUICIDIO:

Cuando ha habido un intento de suicidio o más de una hospitalización por problemas psiquiátricos, se deberá posponer cualquier consideración de seguro hasta contar con un informe completo del especialista en psiquiatría.