



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

214

Dolencias preexistentes en el seguro de Salud: exclusiones o sobreprimas

Estudio realizado por: Jordi Martí Bernaus
Tutora: Silvia de Evan Cardona

**Tesis del Máster en Dirección de Entidades
Aseguradoras y Financieras**

Curso 2016/2017

Esta publicación ha sido posible gracias al patrocinio de ARAG SE, Sucursal en España



Cuadernos de Dirección Aseguradora es una colección de estudios que comprende las tesis realizadas por los alumnos del Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras de la Universidad de Barcelona desde su primera edición en el año 2003. La colección de estudios está dirigida y editada por el Dr. José Luis Pérez Torres, profesor honorífico de la Universidad de Barcelona, y la Dra. Mercedes Ayuso Gutiérrez, catedrática de la misma Universidad.

Esta tesis es propiedad del autor. No está permitida la reproducción total o parcial de este documento sin mencionar su fuente. El contenido de este documento es de exclusiva responsabilidad del autor, quien declara que no ha incurrido en plagio y que la totalidad de referencias a otros autores han sido expresadas en el texto.

Agradecimientos

Quisiera dedicar este trabajo a toda la gente que me ha apoyado tanto en la elaboración de este estudio como durante el Master en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras, en especial a mi tutora Silvia de Evan, por sus orientación y aportaciones en la elaboración de este trabajo y a mis actualmente tres jefes, Antonio, Vicente y Joan, por la paciencia que nos hemos demostrado.

Quisiera también dedicarlo a mis compañeros de Master; Cristina, Ian, Marta, Jordi, Ignasi, Marisa, Diana, Sergio, Jessica, Raúl, Francisco, Mireia, Oscar, Xavier Pérez, Carles y Xavier Pulpillo; de todos ellos he aprendido casi tanto o más como de las clases lectivas y junto con alguna que otra bebida espirituosa, me han dado la inspiración necesaria para estudiar el master y para elaborar este estudio.

Y finalmente, agradecer a mi hermano gemelo “malvado”, Jaume, que me ha substituido en las escenas peligrosas.

Resumen

En el ramo de asistencia Sanitaria en España se acostumbra a excluir a potenciales asegurados por los riesgos ligados a sus dolencias preexistentes, a diferencia de lo que sucede en otros ramos, en los que un mayor riesgo es cubierto por una prima mayor. El presente estudio pretende abordar la viabilidad de una posible sobreprima por aceptar los riesgos inherentes a algunas de estas dolencias así como una aproximación a su cálculo y su posible aplicación en el mercado actual.

Palabras Clave: Seguro de Asistencia Sanitaria, Dolencias Preexistentes, Exclusiones, Cálculo sobreprima.

Resum

En el ram d'assistència sanitària a Espanya s'acostuma a excloure potencials assegurats pels riscos lligats a les seves dolències preexistents, a diferència del que succeeix en altres rams, en els quals un major risc és cobert per una prima més gran. El present estudi pretén abordar la viabilitat d'una possible sobreprima per acceptar els riscos inherents a algunes d'aquestes malalties així com una aproximació al seu càlcul i la seva possible aplicació en el mercat actual.

Paraules Clau: Assegurança d'Assistència Sanitària, Malalties Preexistents, Exclusiones, Càlcul sobreprima.

Summary

In the field of health care insurance in Spain, it is customary to exclude potential insured for the risks linked to their preexisting medical conditions, unlike what happens in other sectors, where a higher risk is covered by a higher premium. The present study aims to address the feasibility of a possible overpressure by accepting the risks inherent in some of these ailments as well as an approximation to its calculation and its possible application in the current market.

Keywords: Health Care Insurance, Preexisting Medical Conditions, Exclusions, Overprimary Calculation.

Índice

1. Presentación del objetivo de la tesis.....	9
2. El Seguro de Asistencia sanitaria en España	11
2.1. Breve descripción del Sistema de Salud Español.....	11
2.2. Exclusiones Generales en las pólizas de Asistencia Sanitaria ...	12
2.3. Tipos de asegurados	13
2.4. Limitaciones a la oposición a la prórroga	13
3. Algunos conceptos previos	15
4. Selección de riesgo en Asistencia Sanitaria	19
4.1. Cuestionario de Salud	19
4.2. El Informe Médico	21
4.3. Detección de dolos a posteriori de la contratación	21
5. Volumen denegaciones y exclusiones	25
5.1. Datos sobre Denegaciones	25
5.2. Datos sobre Exclusiones	27
6. Clasificación de las causas de exclusión o denegación	29
6.1. Por “estilo de vida”.....	29
6.2. Permanentes.....	30
6.3. Temporales	31
7. Desarrollo teórico	33
8. Posibles fuentes de información sobre costes adicionales de dolencias pre- existentes.....	39
8.1. Fuentes externas de información:.....	39
8.1.1 Informes Globales sobre posibles sobrecostes.....	39
8.1.2 Información externa relativa a sobrecostes de determinadas dolencias.....	42
8.2. Fuentes internas de información en las compañías.....	45

8.2.1 Ejemplo de cálculo del sobrecoste de Dolencia Crónica: De los diabéticos en una compañía.....	46
8.2.2 Ejemplo de cálculo del sobrecoste de una Dolencia Temporal: De asegurados en procesos oncológicos.....	49
8.3. Conclusiones sobre las distintas fuentes.....	53
9. Conclusiones	55
9.1. Efectos en los agentes del sector.....	56
9.2. Dificultades en el cálculo de la sobreprima	56
9.3. ¿Cómo mitigar el sobre riesgo por dolencias preexistentes?...	58
9.4. Y sin embargo.....	59
9.4.1 Limitación de mercado potencial	59
9.4.2 Evolución futura, posibles alternativas a la sobreprima	59
9.5. Conclusiones finales.....	60
10. Bibliografía	61

Dolencias preexistentes en el seguro de Salud: exclusiones o sobreprimas

1. Presentación del objetivo de la tesis

Una oportunidad de mejora para el seguro de asistencia sanitaria es dar solución a los potenciales clientes con patologías que hoy no tienen oportunidad de contratar un seguro de salud, así como a los “clientes cautivos” dar la posibilidad de cambiar de compañía. Se considera así a aquellos asegurados que, al haber sufrido una dolencia mientras ha sido asegurado de una compañía, tiene muchas dificultades (cuando no imposibilidades ciertas) en cambiar de compañía debido a que la nueva compañía no lo aceptará en su selección de riesgo al tener “dolencias preexistentes”. Por otro lado también se le achaca que se niega el acceso al seguro sanitario privado a potenciales asegurados con dolencias no graves.

Eso ocurre porque es un derecho de las aseguradoras en ejercicio de la libertad de mercado el establecer normas de selección del riesgo como parte fundamental del seguro, necesaria para el equilibrio técnico del mismo. La mayor parte del sector, una vez detecta esas preexistencias, decide rechazar al asegurado o excluir algunas coberturas, lo que obliga a éste a quedarse en la compañía original, por muy descontento que esté con el servicio o con las primas que está pagando.

Pero ¿Qué pasaría si la nueva compañía en lugar de rechazar o excluir, aceptara al asegurado con una sobreprima? Si la función de las aseguradoras es cubrir ciertos riesgos a cambio de una prima ¿no es la existencia de una enfermedad previa simplemente un riesgo superior al resto de prestación asistencial, que podría cubrirse con una prima concreta? Dada las actuales tendencias médicas con disminuciones de recurrencias y recidivas de dolencias, la cronificación de enfermedades, etc, ¿sería rentable para las compañías aseguradas plantearse una sobreprima en lugar de una exclusión en el caso de ciertas dolencias preexistentes? ¿Y para el mercado (clientes, agentes, médicos...) en su conjunto? ¿Para qué tipo de dolencias?

El presente trabajo tiene como objetivo apuntar la respuesta a estas preguntas con base científica, basándose en modelos teóricos, información publicada y/o en análisis de datos de población asegurada y no asegurada en el seguro privado de salud.

Valoraremos qué fuentes son las más fiables y realizaremos algunos cálculos a título de ejemplo.

Concluiremos sobre el diagnóstico y la viabilidad de aplicación de soluciones al actual rechazo de clientes potenciales por razón de enfermedades preexistentes mediante la aplicación de sobreprimas, y analizaremos el impacto en los distintos agentes afectados.

Por último haré una valoración personal sobre el plan de ruta a alto nivel para la implantación del desarrollo de esta solución.

2. El Seguro de Asistencia sanitaria en España

El Seguro de Asistencia Sanitaria se fundamenta en base a un contrato mediante el cual a cambio del pago de una prima el asegurador se obliga a facilitar al asegurado la cobertura económica de la asistencia sanitaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones asumiendo el asegurador su coste mediante el pago directo a los prestadores de la asistencia sanitaria prestada al asegurado que sea necesaria como consecuencia de una enfermedad, intervención quirúrgica o lesión, asumiendo todos los gastos que le ocasione. Es por ello que al seguro de Asistencia Sanitaria se le denomina seguro de prestación de servicios.

2.1 Breve descripción del Sistema de Salud Español

Actualmente en España existe una cobertura “universal” pública prestada por el Sistema Nacional de Salud y sus correspondientes estructuras autonómicas equivalentes. A efectos prácticos esto significa que todos los habitantes del Estado Español tienen derecho a recibir todas aquellas prestaciones que garanticen su salud (dentro del catálogo de prestaciones definido) de forma gratuita (excepto los gastos de farmacia, que tienen un régimen especial de copago entre el usuario y la administración) y a través básicamente de la red de prestación pública (hospitales, centros de salud y profesionales).

Este hecho marca significativamente cualquier análisis sobre el seguro de asistencia sanitaria en España en contraposición a otros estados, puesto que:

a) A diferencia de lo que ocurre en otros países europeos (Holanda, Alemania,...) convierte la acción de contratar un seguro privado en totalmente voluntaria por parte del asegurado, puesto que ya existe una estructura pública que “garantiza” la asistencia sanitaria de la población, de forma gratuita para ella.

b) Por la misma razón, la cobertura del seguro privado se considera “complementaria” a la que ofrece el sector público, por lo que:

b.1) También se considera “voluntaria” por parte del asegurador, lo que le permite:

- b.1.1 Definir y delimitar sus coberturas en base a la libertad de mercado y la adecuación a la demanda, y limitar aquellos riesgos que considere que quedan suficientemente cubiertos por la cobertura pública.
- b.1.2 Realizar selección de riesgo en el momento de la contratación y rechazar o limitar la cobertura a posibles nuevos asegurados.

b.2) Obliga al asegurador a mantener o contratar una infraestructura privada (médicos, consultorios, hospitales) mas o menos “paralela” a la estructura pública a fin de poder prestar de forma privada las coberturas que su seguro cubra.

2.2 Exclusiones Generales en las pólizas de Asistencia Sanitaria

Relacionado con el punto b.1.1., con carácter general, en las pólizas de estos seguros se suelen enumerar las siguientes exclusiones:

- Las enfermedades o lesiones ya existentes al tiempo de celebrar el contrato.
- Ciertas prótesis y aparatos ortopédicos.
- Los daños nucleares o radioactivos.
- Las enfermedades o lesiones derivadas de guerras, actos de terrorismo, inundaciones, epidemias y cualquier otro evento de naturaleza catastrófica.
- Los tratamientos estéticos.
- Algunos trasplantes.
- Todos los procedimientos diagnósticos, quirúrgicos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente; los procedimientos y novedades no universalizados, ni consolidados en la práctica clínica habitual, los que hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles y los procedimientos de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades.
- Las consecuencias de la drogadicción y alcoholismo.
- Los accidentes amparados por el seguro obligatorio de vehículos a motor.
- Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica de cualquier deporte profesional.
- El intento de suicidio y los daños provocados de modo voluntario.
- Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, tales como organometría, acupuntura, homeopatía y similares.
- La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (SIDA).

2.3 Tipos de asegurados

Actualmente en el mercado español de seguros de salud se pueden diferenciar claramente 3 tipos de asegurados distintos:

- **Funcionarios:** Cubiertos por los acuerdos con las Mutualidades de funcionarios del estado (I.S.F.A.S. para los componentes de las Fuerzas Armadas, M.U.G.E.J.U. para el cuerpo funcional judicial y M.U.F.A.C.E. para el resto de los funcionarios). Estos acuerdos consisten en que los funcionarios (y sus hijos menores) pueden escoger para recibir sus prestaciones sanitarias entre el Sistema Nacional de Salud (como el común de los trabajadores) o a través del cuadro médico privado contratado por las compañías que hayan suscrito los conciertos con las mutualidades (Adeslas, Asisa, DKV)

Esta naturaleza especial obliga a las compañías concertadas a ofrecer las mismas coberturas que el sector público y en todo el territorio español y no permite hacer ningún tipo de selección de riesgo ni limitación de coberturas.

- **Privados Individuales:** Aquellos cubiertos por una póliza cuyo tomador es el propio asegurado o el cabeza de familia. Acostumbran a estar sujetos a selección de riesgo en el momento de la contratación, así como a periodos de carencias en algunas coberturas.

- **Privados Colectivos:** Mayoritariamente se trata de asegurados cubiertos por pólizas cuyo tomador es la empresa por la que trabajan. Dependiendo del volumen de asegurados, tienen suficiente poder de negociación como para forzar a la compañía aseguradora a prescindir de la selección de riesgo y a eliminar carencias. Esto solamente es posible porque, debido a la ley de los grandes números, el relativamente alto riesgo de asegurar las condiciones preexistentes de un individuo es mitigado debido a que aumenta el tamaño del grupo.

2.4 Limitaciones a la oposición a la prórroga

A diferencia de lo otros ramos de seguros, en el ramo de asistencia sanitaria y debido a la alta sensibilidad social al respecto, existe la costumbre arraigada por parte de las compañías de no ejercer su derecho a la oposición a la prórroga de una póliza por su alta siniestralidad.

Es decir, las compañías renuncian a dar de baja a los asegurados que, debido a la adquisición de una dolencia, generan muchos más gastos asistenciales que la prima anual que pagan.

Aunque ya era una costumbre arraigada en el sector, a fin de dejarlo normativamente claro, se redactó un ANEXO II al la GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DE SALUD redactado por UNESPA al que se han ido adhiriendo prácticamente todas las compañías relevantes que operan en este ramo.

A pesar de que la misma guía ya marca algunas limitaciones y excepciones a esta norma (si se ha engañado en la selección de riesgo, si hubiere un impago) y que permite resarcir a la compañía del aumento de gasto vía una posible subida de la prima, también incluye en el colectivo al que no se puede oponer la prórroga a los mayores de 65 años.

Este funcionamiento hace que el comportamiento de las pólizas de asistencia sanitaria sea distinto a las de otros ramos, teniendo vidas útiles más largas, limitando los traspasos entre compañías y provocando a veces disparidades de primas por la misma cobertura.

A efectos prácticos también significa que, a diferencia de otros sectores, las compañías tienen que calcular sus primas a los asegurados teniendo en cuenta que, en un futuro, no podrán excluir a ningún asegurado por su alta siniestralidad.

3. Algunos conceptos previos

- **Prima comercial**

Uno de los principios básicos del seguro es la determinación o cálculo de la prima, que es el precio que una compañía cobrará a cambio de la cobertura de ciertos riesgos que pueden afectar tanto a personas como a elementos económicos.

Aplicando la siguiente fórmula se obtienen las primas comerciales en el ramo de Asistencia Sanitaria:

$$P_i^{Com} = P_i^{Pura} + P^{AV} + (P_i^{Com} + Co_i) * (g^{Adm} + g^{Adq} + b_i^{Marg})$$

Donde:

$$P_i^{Com} = \frac{P_i^{Rgo} + P_i^{Rgo} * g^{Prest} + P^{AV} + Co_i * (g^{Adm} + g^{Adq} + b_i^{Marg})}{1 - (g^{Adm} + g^{Adq} + b_i^{Marg})}$$

P_i^{Com} es la prima comercial para el tramo de edad "i".

g^{Prest} es el recargo de gastos de gestión de prestaciones.

P_i^{Rgo} es la prima de riesgo para el tramo de edad "i".

Co_i es la participación media del asegurado para el tramo de edad "i" (copago).

P^{AV} es la prima de reaseguro de asistencia en viaje.

g^{Adm} es el recargo para gastos de administración.

g^{Adq} es el recargo para gastos de adquisición.

b_i^{Marg} es el margen de beneficio o excedente para el tramo de edad "i".

Para el objetivo de este trabajo consideramos conveniente utilizar la siguiente versión simplificada efectos prácticos, eliminando los efectos de Edad, copagos y asistencia en viaje, a los que no haremos demasiada referencia en este ejercicio, podemos resumirla en:

$$P'' = P + aP'' + \beta P'' + dP''$$

Donde,

P = Prima de Riesgo

a = % Gastos de Adquisición

β = % Gastos de Administración

d = % Margen de Beneficios

Aunque en realidad, los gastos de adquisición (comisiones) acostumbran a ser proporcionales a las primas, mientras los de administración lo son más al volumen de prestaciones, a efectos de simplificación consideraremos a ambos proporcionales a las Primas Comerciales.

Los ratios de gastos de Adquisición, de Administración y el % de Beneficios que usaremos serán la media del ramo que se desprende del informe sobre cuentas anuales del ramo que elabora ICEA, para el año 2016, es decir:

$$a = \% \text{ Gastos de Adquisición} = 8,48\%$$

$$\beta = \% \text{ Gastos de Administración} = 3,19\%$$

$$d = \% \text{ Margen de Beneficios} = 5,97\%$$

De donde se extrae que:

$$\text{Prima} = \text{Prima de riesgo} + 17,64\% \text{ Prima}$$

Aislado Prima Comercial:

$$\text{Prima de Riesgo} = 82,36\% \text{ Prima}$$

O lo que es lo mismo:

$$\text{Prima} = 121,4\% \text{ Prima de Riesgo.}$$

- **Gasto Asegurado Mes (o GAM):**

Se trata de una medida del gasto prestacional de Asistencia sanitaria consistente en medir la media del gasto de un asegurado en un mes.

$$\text{GAM} = \frac{\text{Coste de las prestaciones}}{\text{Número de personas expuestas al riesgo}}$$

Este cálculo se suele hacer sobre el total de las prestaciones, pero permite también hacer cálculos parciales, como por ejemplo, por gasto hospitalario o de Honorarios Médicos, de una especialidad, por tramo de edad o sexo o de un tipo de póliza (colectivos, etc...)

Se acostumbra a usar la medida mensual para poder compararla más fácilmente con la Prima media por asegurado, puesto que esta suele expresarse también siempre de forma mensual.

A efectos teóricos, por la ley de grandes números, se puede equiparar el GAM a la prima de riesgo en el sector de Asistencia Sanitaria, es decir, sería la P de la fórmula de la página anterior. Eso es debido que, debido a la elevada frecuentación del ramo, el riesgo futuro de uso de la póliza tiende a parecerse mucho a las tendencias ya registradas en el pasado respecto al gasto por asegurado para una misma edad y sexo.

- **Frecuencia**

Entenderemos el número medio de prestaciones sanitarias de una persona expuesta al riesgo:

$$Fr = \frac{\text{Número prestaciones sanitarias}}{\text{Número de personas expuestas al riesgo}}$$

Más incluso que lo comentado para el GAM, para este cálculo se suelen usar datos parciales por especialidad o incluso tipo de acto concreto (Consultas, actos quirúrgicos, ...), puesto que la heterogeneidad del tipo de actos cubiertos hace que los datos más agregados sean difícilmente utilizables.

- **Coste Medio**

$$Cm = \frac{\text{Coste total de las prestaciones}}{\text{Número de prestaciones sanitarias}}$$

Por lo tanto, podemos deducir que el GAM es, en realidad, un producto de Frecuencia por Coste Medio.

Aun en el caso de considerar una misma cobertura asistencial, el G.A.M. puede tener una alta variabilidad dependiendo de una serie de factores bio-sociales ligados al asegurado mismo (Edad, Sexo, estilo de vida, profesión...), puesto que éstos afectan a la frecuencia con la que el asegurado requerirá de asistencia médica y de qué tipo de asistencia necesite.

A pesar de esto, limitaciones legales (la no discriminación por sexo) y operativas hacen que lo habitual sea que la prima comercial sólo discrimine por edad, ya sea en tramos uni-anuales o plurianuales.

Por otro lado, el GAM también puede variar mucho debido a que los costes medios no son homogéneos en el territorio, puesto que dependen de forma muy significativa de la oferta asistencial y la demanda en la zona, es decir del dispositivo asistencial desplegado, de la calidad de éstos, y de la fuerza negociadora que tengan las aseguradoras, originado en su mayor o menor cuota de mercado en la zona en cuestión.

Debido a esta dispersión territorial, es común que la zona sea un factor de tarificación y que (aunque cada vez menos), las compañías oferten primas distintas según el territorio.

4. Selección de riesgo en Asistencia Sanitaria

Este trabajo no va de la selección de riesgo en el ramo de Asistencia Sanitaria. Para eso, recomiendo la lectura de “Selección de riesgo en el Seguro de Salud”, tesis de FCO. JAVIER HERRERA RUIZ, para este Master en el curso 2009/2010, trabajo publicado en esta colección. Es más, como ya se verá, durante el presente capítulo, haré bastantes referencias a algunos conceptos expuestos en él.

Aun así, creo necesario hacer un pequeño resumen del proceso y la introducción de algunos conceptos:

4.1 Cuestionario de Salud

Es un documento a modo de formulario que acompaña a la solicitud de seguro, donde se reflejan la mayoría de datos (médicos, personales, profesionales, ...) del potencial asegurado con el que la aseguradora hace un diagnóstico y valoración previos del riesgo médico a asegurar.

En este punto, cabe ponerse un poco “legalistas” y exponer lo que poner en la Ley General del Seguro actualmente vigente, en concreto en el artículo 10.

Artículo 10.

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El artículo 10, modificado por la Ley 21/1990, de 19 de diciembre, limita el deber de declaración o comunicación del asegurado **a lo que el cuestionario contiene.** En definitiva, no hay un deber de declaración sino de respuesta del tomador, es decir, de lo que interesa de él al asegurador y que lógicamente le importa a efectos de valorar debidamente el riesgo. Por ello, el artículo 10 sólo le exige a contestar sobre lo que se le pregunta. Y ello significa, que si el asegurador no hace las preguntas oportunas al tomador éste se encuentra liberado de las consecuencias de ese deber. Por todo lo comentado, queda claro que las preguntas del cuestionario de Salud tienen una importancia vital en el proceso de Selección de Riesgo.

Por lo tanto, el cuestionario de Salud tiene que ser lo suficientemente “exhaustivo” como para tener toda la información necesaria para realizar la correcta valoración y selección de riesgo, pero, a la vez, tiene que ser lo suficientemente “reducido” como para que no represente una barrera administrativa a la comercialización de pólizas nuevas. En el punto medio está el equilibrio.

Ese cuestionario de salud es revisado por los Departamentos de Selección de Riesgo de las compañías de Seguros de asistencia, fundamentalmente por parte de médicos, que a partir de sus conocimientos y de unos criterios de selección de riesgos marcados por la dirección de la compañía, valoran los cuestionarios de Salud.

Las criterios de selección de riesgo acostumbran a ser amplios y exhaustivos y tienden a considerar prácticamente todas las posibles dolencias e incluso, en algún caso, distintos grados de gravedad de éstas. Y para cada uno de estos puntos, se propone rechazo total de la póliza, exclusión de algunas coberturas concretas o petición de información.

Teniendo en cuenta esto, los cuestionarios se clasifican de la siguiente manera:

- **Cuestionario Blanco:** Aceptación sin exclusiones. El Candidato no declara ninguna afección/dolencia en el cuestionario.
- **Cuestionario Rojo:** En espera de informe médico. Las declaraciones del Candidato en el Cuestionario de Salud obligan a una evaluación pormenorizada del Candidato por parte de Selección de Riesgo Médica con el fin de resolver la solicitud de Aseguramiento.
- **Cuestionario Verde:** Aceptación sin exclusiones. Las declaraciones del Candidato en el Cuestionario de Salud permiten resolver el cuestionario automáticamente sin necesidad de evaluación por Selección de Riesgo Médica.
- **Cuestionario Azul:** Aceptación con exclusiones. Las declaraciones del Candidato en el Cuestionario de Salud permiten resolver el cuestionario automáticamente sin necesidad de la evaluación de Selección de Riesgo Médica.
- **Cuestionario Negro:** Denegación directa. Las declaraciones del Candidato en el Cuestionario de Salud no permiten aceptarlo en la Compañía.

En los casos “blancos” no hay nada más que hacer, se acepta al asegurado sin más. En el caso de que el cuestionario no sea blanco, dependiendo de las respuestas al cuestionario, puede pasar directamente a “verde” (aceptado sin exclusiones) o a “negro” (si lo expuesto es tan claramente expuesto al riesgo que no hace falta mayor información para denegar completamente la incorporación de la póliza), pero lo más habitual es que se pase a “rojo” y se pida mayor información sobre la información incluida en el cuestionario, normalmente pidiendo un informe médico.

4.2 El Informe Médico

Con el fin de tener un conocimiento más exacto del riesgo cuando del cuestionario de Salud se desprenda la posible existencia de un riesgo agravado, las entidades realizan un análisis más estricto del riesgo, pidiendo un informe médico al asegurado. Ocasionalmente se puede someter al candidato a un reconocimiento médico, pero normalmente las compañías no lo realizan debido a que el coste de un reconocimiento no compensa con la posible reducción del riesgo derivada de su realización; es más eficiente basar la decisión en un informe médico aportado por el asegurado.

La aportación del informe médico requerido ha de ser aceptado por el asegurado, pero se integra en el deber precontractual, de tal suerte que la negativa del asegurado a aportar el informe cierra el proceso de selección, liberando al asegurador de cualquier compromiso para la celebración del contrato y, en consecuencia, de la emisión de la póliza.

El Informe Médico es un documento en el cual un médico reconocedor estudia, explora, analiza y aporta información sobre la respuesta que ha hecho que el cuestionario no quedase en blanco. Lo habitual es que el informe sea bajo petición del Dep. Selección de Riesgo de la compañía, pero a veces se aceptan informes no realizados “ad hoc” pero que aportan información sobre el posible riesgo. Siempre debe venir firmado por un médico debidamente identificado, con nombre y apellidos, con especialidad, número de colegiado, etc... Y normalmente constan de un historial médico donde se detallan pruebas realizadas, su resultado, posibles ingresos hospitalarios, un apartado de diagnóstico y otro de tratamiento. El informe debe venir fechado y ser relativamente reciente, como máximo 6 meses.

Este informe se destina al responsable de selección de riesgo de la entidad y es estrictamente confidencial, por lo tanto no corresponde al médico reconocedor la apreciación final del riesgo y su posible contratación, sino al asegurador, que es quien dispone de toda la información.

Una vez se recibe el informe médico, el Departamento de Suscripción valora si es procedente aceptar el asegurado completamente, rechazarlo o proponer exclusión de coberturas.

4.3 Detección de dolos a posteriori de la contratación

Por otro lado, es necesario comentar que la Selección de Riesgo no finaliza en el momento de la firma del contrato y la emisión del recibo: todas las compañías del sector tienen establecida de una manera u otra una política de detección de “Dolos”, que no deja de ser parte de la estrategia “antifraude” de cada empresa.

A parte de la implantación de periodos de carencias diferenciados por distintos tipos de actos (ingresos, pruebas diagnósticas) las compañías tienen detectados algunos actos que normalmente son indicadores de alguna patología previa. De

esta manera, cuando un asegurado con poca antigüedad en la compañía (entre el año y los 5 años) pide autorización de un acto de la lista, se disparan una serie de alarmas que normalmente acaban en la petición de un informe médico al asegurado para poder aprobar la autorización de ese acto.

Hay que tener en cuenta que esto sólo sucede en algunos actos que precisan de autorización por parte de la Compañía; La mayor parte de las prestaciones asistenciales que se pueda precisar (consultas, pruebas básicas, etc.) es accesible al asegurado sin control previo.

Si del informe se desprende la existencia de una patología previa al contrato de la póliza **de la que el asegurado estaba informado** pero que no declaró en el Cuestionario de Salud, se considera que se dio "Dolo" en la contratación del seguro de salud.

En este momento, la compañía comunica al asegurado la detección del Dolo y, por lo tanto, la nulidad de la póliza.

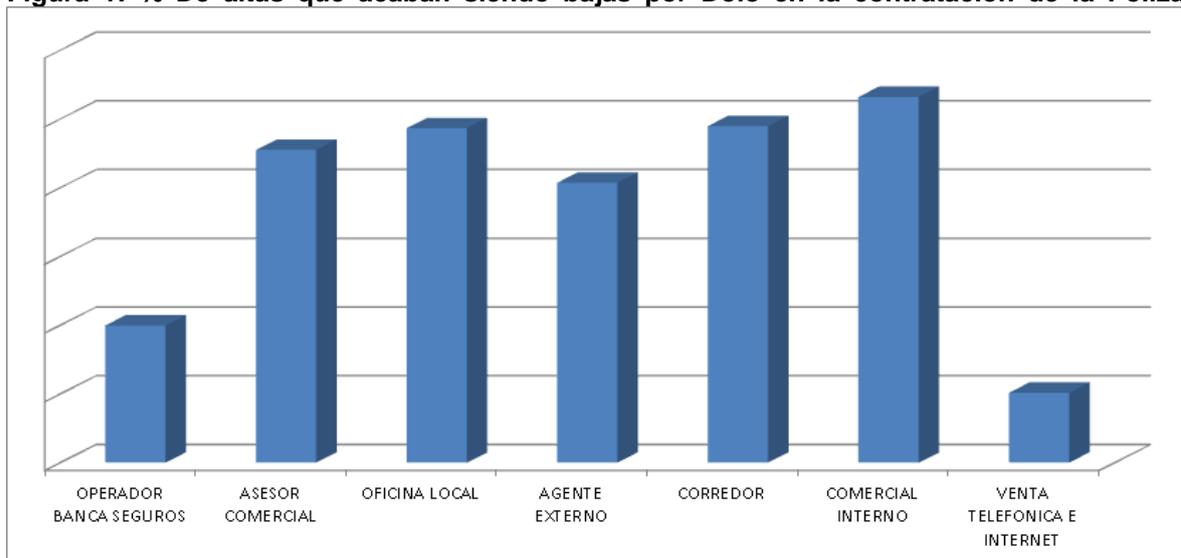
En caso de que la patología preexistente no declarada en el cuestionario, no hubiera provocado un rechazo si no una exclusión parcial, lo habitual en el sector es dar de baja la póliza en las circunstancias originales y proponer al asegurado una nueva póliza que recoja esas limitaciones a la cobertura. De no aceptarlo el asegurado, se le da de baja definitivamente.

En el ramo de Salud y su gestión es clave la detección de posibles Dolos por lo que se destinan recursos a ello tanto de personal como de sistemas y aplicaciones de detección de incidencias.

Probablemente se darían menos casos de dolo (y, por lo tanto, se podría reducir los recursos dedicados a su detección) si el asegurado no viera en el cumplimiento doloso del cuestionario una posible ventaja de tener coberturas que de otra manera le serían denegadas.

El porcentaje de dolos detectados sobre el total de pólizas con cuestionario de salud (recordemos que algunas pólizas colectivas no tienen cuestionario de salud) está en torno al 0,50% y puede variar dependiendo de muchos factores, de su análisis se detecta que la variable canal de comercialización es muy explicativa:

Figura 1: % De altas que acaban siendo bajas por Dolo en la contratación de la Póliza



Fuente: elaboración propia a partir de datos obtenidos de una extracción parcial de datos de Segurcaixa Adeslas

Curiosamente, en contra de lo que habitualmente se piensa, parece que los canales tradicionales más “mediados” (agentes externos, corredores) acumulan un % de dolos superior a los nuevos más directos (Venta Telefónica, Banca Seguro...)

Puesto que la detección del “Dolo” se realiza antes de la autorización del primer servicio del cual el asegurado no tiene cobertura, y dadas la dispersión de posibles actos que finalmente no se cubrirán tanto de inicio como a lo largo de la vida de la póliza, es muy difícil calcular el ahorro para las compañías que representa esa detección precoz, depende mucho de la enfermedad preexistente detectada.

5. Volumen denegaciones y exclusiones

Aunque no existen estadísticas a nivel de Sector sobre los ratios de denegación o exclusión, de datos parciales obtenidos de una muestra de tres compañías significativas del sector¹ se puede concluir que la proporción de asegurados que no pasan la selección de riesgo sería:

Figura 2: % de pólizas rechazadas o con exclusión propuesta

Clientes potenciales rechazados:	4%
Asegurados a los que se les propone una exclusión:	1%

Fuente: elaboración propia.

A pesar de que parecería que, dado la política de Selección de Riesgos pertenece al corpus central de las decisiones estratégicas de cada compañía, de los datos analizados no parece extraerse que haya mucha dispersión de estos datos entre las distintas compañías, quizá sólo en el número y causas de las exclusiones.

En todo caso, remarcamos que el análisis realizado no ha podido ser más que muy parcial y no se pueden extraer conclusiones definitivas sobre este punto importante del sector. Pero nos servirá para orientarnos en un posible análisis de las causas de rechazo y/o exclusión que se dan de forma más generalmente y la posibilidad de plantear una sobreprima que cubriese el exceso de riesgo la aceptación de enfermos con estas dolencias.

5.1 Datos sobre Denegaciones

Del mismo análisis parcial del sector hemos obtenido datos sobre las causas más habituales de “rechazo”; Como ya se ha comentado anteriormente, los rechazos y exclusiones se basan en una política de selección de riesgos que marca cada compañía para prácticamente casi cada posible dolencia que incremente el riesgo prestacional, e incluso con distintos niveles de gravedad para algunas dolencias. Esto complica también la obtención de datos comparables puesto que, por ejemplo el fichero con los criterios de selección de una de las compañías de las que hemos obtenido tenía prácticamente 4.000 criterios distintos, de selección, lo que requiere un gran trabajo de sistematización y tratamiento de la información.

En todos los casos los ficheros tratados solo contienen información estadística sin relacionar datos personales en el estricto cumplimiento de LOPD.

¹ Los datos que se dan a partir de este punto se han obtenido de una muestra concreta de colectivos asegurados en las tres de las cinco compañías más grandes del sector. Dada la sensibilidad de los datos (la política de selección de riesgo se considera estratégica) utilizo los datos de manera que no se puedan identificar esas políticas ni las compañías que lo suministraron.

Es por ello que nos hemos visto obligados a agrupar algunas de las causas de exclusión y/o denegación por tipo de dolencia (por ejemplo, Cardiopatía), aun teniendo en cuenta que estas agrupaciones recogen un montón de patologías diferentes con grados distintos de gravedad (Siguiendo con el ejemplo de la Cardiopatía, no es lo mismo ni tienen el mismo efecto en el riesgo prestacional futuro un infarto o una implantación de marcapasos, que un soplo o una arritmia)

En todo caso, y dado que el análisis tiene por objeto conocer qué patologías preexistentes provocan exclusiones totales o parciales, hemos sistematizado, agrupado y tratado la información y el resultado es el siguiente:

Figura 3: Principales causas de rechazo de potenciales clientes.

Cod	Descripción
1	Por IMC ⁽¹⁾
2	Depresión/Ansiedad
3	Pluripatología
4	Enfermedades ligadas a la Diabetes
5	Proceso en curso
6	Cardiopatía
7	Tumores y Neoplasias
8	Patología reumatológica
9	Traumatología
10	Alcoholismo, Tabaquismo o consumo de estupefacientes
11	Otras afectaciones Psiquiaticas
12	Enfermedad inflamatoria intestinal
	Otros

(1) Índice de Masa corporal

Fuente: elaboración propia

Las 5 primeras causas agruparían algo más del 50% de los rechazos de clientes potenciales.

Algunos comentarios a realizar sobre estos datos, antes de entrar en mayor detalle:

Dentro de “Pluripatología” se han contado todos aquellos cuestionarios que han presentado más de una dolencia que de por sí, ya hubiera provocado una exclusión o una denegación. En muchos casos no tenemos mayor información del tipo de dolencia, el médico sólo ha apuntado la existencia de dos o más dolencias excluyentes.

Algo parecido sucede con “Proceso en Curso”; se deniega la póliza por tener una dolencia en curso, pero en la mayor parte de los casos, desconocemos la gravedad del proceso, si se trata de una simple fractura traumatológica, de un proceso infeccioso, o uno oncológico.

5.2 Datos sobre exclusiones

Por otro lado, las enfermedades preexistentes que provocan más exclusiones parciales de coberturas de las pólizas serían las siguientes:

Figura 5: Principales causas de propuesta de exclusión de coberturas.

Cod	Descripción
1	Patologías respiratorias (Asma, ...)
2	Patologías relacionadas con epilepsia
3	Patologías relacionadas con TDHA/TDA
4	Traumatológicas
5	Patologías digestivas (celiaquia,...)
6	Oftalmología
7	Tiroides
8	Oído
9	Dolencias derivadas de Asperger o Autismo,...
10	Hernias
	Otros

Fuente elaboración propia

En este caso, la concentración es mayor puesto que en las 5 primeras causas se concentran prácticamente entre dos terceras y tres cuartas partes de las exclusiones parciales.

Normalmente, en estos casos se excluye de las coberturas todos aquellos medios diagnósticos, tratamientos médicos, quirúrgicos o rehabilitadores bajo cualquier método en patologías derivadas o relacionadas con la que ha causado la exclusión.

6. Clasificación de las causas de exclusión o denegación

Como se puede ver, tanto en el caso de rechazo como el de exclusiones podríamos separar las causas que serían “de estilo de vida”, de las “permanentes” y de las que podemos considerar “temporales”, de la siguiente manera:

6.1 Por “estilo de vida”

A parte de por dolencias existentes, otra causa de exclusiones o rechazos es el “estilo de vida”, especialmente los consumos de tabaco, alcohol u otros estupefacientes y el sobrepeso excesivo.

Sobre las adicciones, normalmente un cierto volumen de consumo declarado provoca exclusiones parciales o totales, especialmente si van ligadas a otros factores de riesgo (enfermedades coronarias, hipertensión,...)

El sobrepeso normalmente se mide con el Índice de Masa Corporal (IMC), que es una fórmula que divide el peso en kilos por el cuadrado de la altura en metros:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Estatura}^2}$$

Se considera que una persona tiene un peso “normal” si su IMC está por encima de 18 y por debajo de 25.

Hay que destacar que, no se pueden aplicar los mismos valores de IMC en niños y adolescentes debido a su constante crecimiento de estatura y desarrollo corporal, por lo que se obtiene un IMC respecto a su edad y sexo.

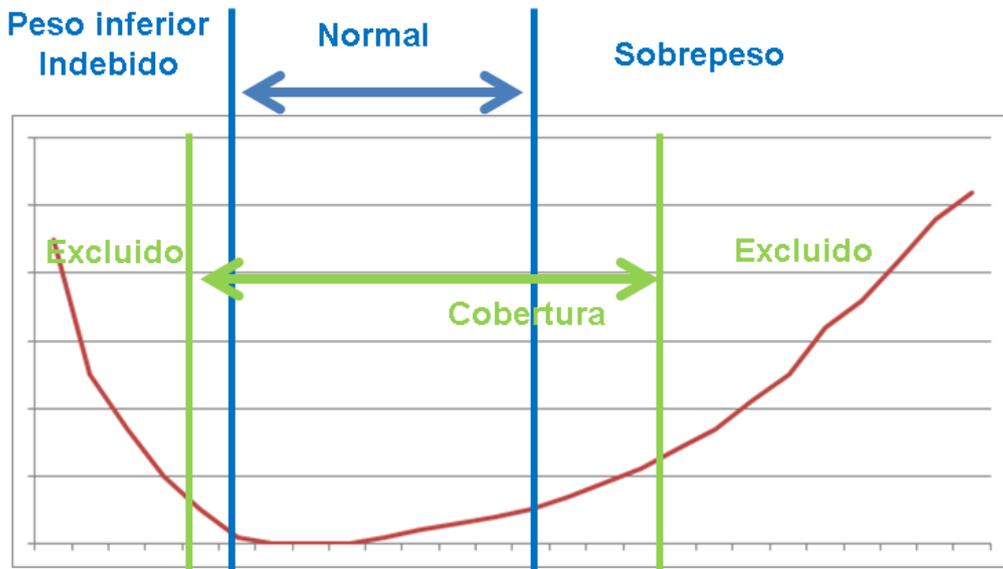
También se debe considerar que los datos son orientativos, puesto que, por ejemplo, personas deportistas que acumulen masa muscular acostumbran a indicar valores por encima del 25 sin dejar de considerarse sanos ni acarrear posibles riesgos para su salud futura.

Últimamente se intenta asociar este índice con otro que relaciona el perímetro abdominal con la altura (lo que demostraría acumulaciones de materia grasa en el abdomen) pero este nuevo índice también tiene limitaciones puesto que los tipos somáticos de hombres y mujeres son distintos y cada sexo tiende a acumular el sobrepeso en zonas distintas del cuerpo.

Aun así, la mayor parte de aseguradoras consideran este índice como indicador de sobrepeso y, por lo tanto de un mayor riesgo para la salud futura del posible asegurado y, por lo tanto, lo usan como limitador de la selección de riesgo en el momento de la captación de pólizas.

Se considera que exceder de lo “normal”, tanto por arriba como por abajo, aumenta el riesgo asistencial, especialmente si esos valores van asociados a otras enfermedades; coronarias y renales para el sobrepeso, de tipo nervioso o respiratorio para niveles bajos de IMC, pero de manera general podemos usar un esquema parecido a este:

Figura 7: Modelización comportamiento del Riesgo en la salud de distintos valores del Índice de Masa Corporal (IMC)



Fuente elaboración propia

Donde el eje vertical sería el nivel de riesgo, el horizontal los valores del índice de Masa corporal y la línea roja marcaría la curva de sobre riesgo sobre el que presentaría una persona sana.

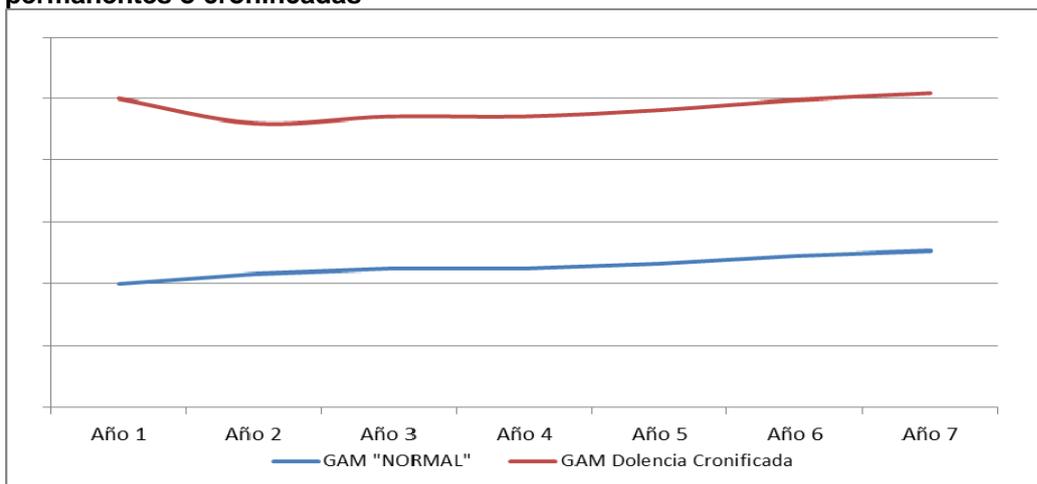
En el gráfico se puede observar que las compañías acostumbran a cubrir cierto grado de sobrepeso, siempre que éste se considere “saludable”. Las marcas son orientativas, no todas las compañías aseguran con los mismos índices de IMC.

6.2 Permanentes

Se trata de dolencias que provocan un incremento continuado y permanente del riesgo de necesitar asistencia sanitaria. En ellas se incluyen como es obvio las enfermedades crónicas (Diabetes, según que cardiopatías, asma, epilepsia...), pero también dolencias y operaciones que dejan secuelas crónicas en el paciente, especialmente algunas intervenciones quirúrgicas cardíacas, trasplantes, etc.

Resumiendo, se puede considerar que los pacientes de estas dolencias tienen un riesgo constantemente superior a lo largo del tiempo al resto de población, de manera que gráficamente, podríamos mostrarlo de la siguiente manera.

Figura 8: Modelización comportamiento del riesgo en la salud de asegurados con Dolencias permanentes o cronicadas



Fuente elaboración propia

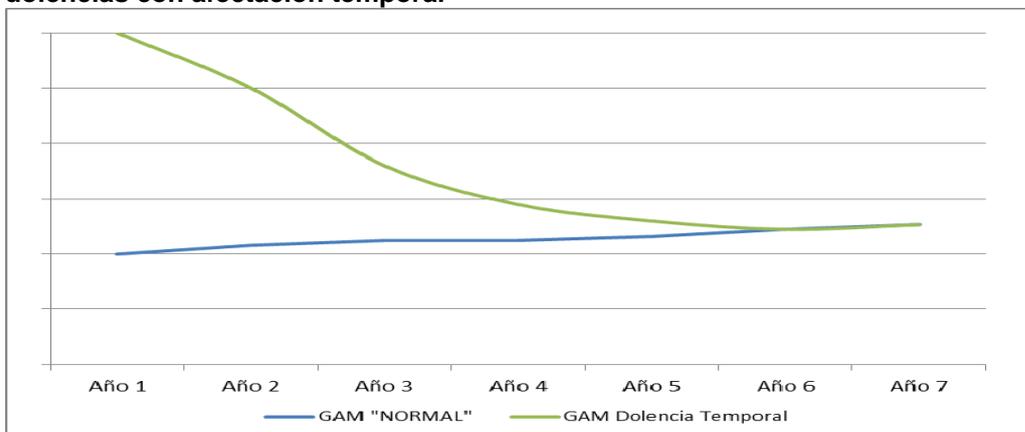
6.3 temporales

Estamos hablando de enfermedades o accidentes que a medio o largo plazo, diluyen el riesgo de uso del sistema prestacional de las compañías aseguradoras ya sea por recaídas o por curación propia del paciente. Especialmente hablamos de algunas intervenciones quirúrgicas, de fracturas traumatológicas, etc.. pero también podemos incluir ahí algunas enfermedades propias de la infancia (Trastornos del desarrollo...).

E incluso podemos incluir en este grupo algunas dolencias que si bien a corto plazo suponen un elevado coste sanitario, a medio o largo plazo, debido a la curación de tales procesos, el riesgo prestacional de esos asegurados se va igualando al resto. Estamos hablando de, por ejemplo, los procesos oncológicos, aunque ya entraremos en detalle más adelante.

La evolución del sobrecoste unitario de estos pacientes sería algo parecido a este.

Figura 9: Modelización comportamiento del Riesgo en la salud de asegurados con dolencias con afectación temporal



Fuente elaboración propia

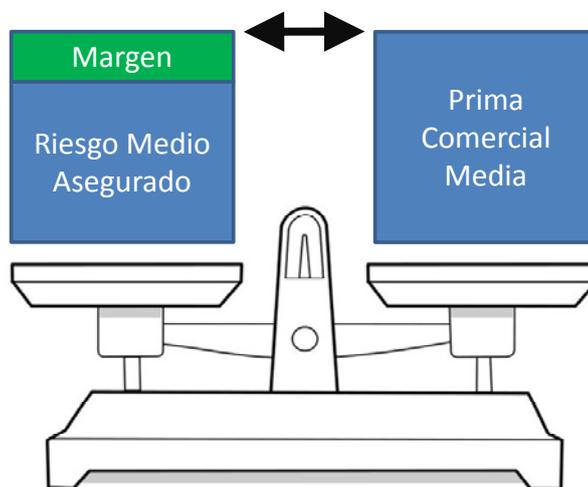
7. Desarrollo teórico

Como hemos estado comentando, las compañías que operan en el ramo en España generalmente excluyen las enfermedades preexistentes porque la política de suscripción es parte esencial del diseño del producto. La posibilidad de realizar esas exclusiones deviene de la libertad de mercado y del hecho que el asegurado tiene cobertura pública, (paga dos veces por la misma cobertura en otra red prestacional y con otras condiciones). Es libre de contratar el seguro privado y sigue teniendo el público.

Las compañías realizan esas exclusiones puesto que esas dolencias preexistentes aumentan el riesgo de una mayor frecuencia con la que el asegurado necesite cobertura asistencial médica y, además, de un mayor coste unitario de esas coberturas. Buscan el equilibrio para su cartera. Aceptar preexistencias supone empeorar el coste del colectivo total asegurado y redundan en empeoramiento de condiciones para captar clientes.

El sector de Asistencia Sanitaria en España es actualmente muy competitivo y desde hace unos cuantos años está sufriendo una guerra de precios que hace que la Prima Comercial Media por asegurado esté muy ajustada y sea considerada más un valor exógeno de la compañía que no un factor con el que se pueda operar.

Figura 10: Equilibrio entre Riesgo y Prima Comercial

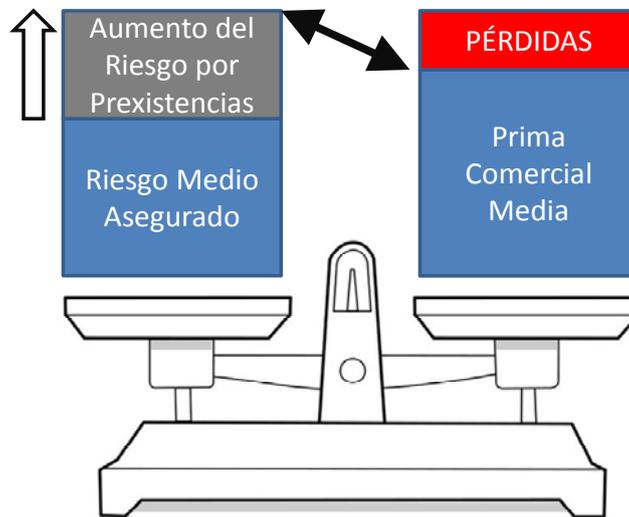


Fuente elaboración propia

Las compañías entienden que, en estas circunstancias, incluir esos asegurados, diluyendo su riesgo en el total de la compañía, haría aumentar su prima de riesgo, aumento que no podrían trasladar de forma paralela a la prima comercial general de la compañía en un mercado competitivo y, por lo tanto, derivaría en una erosión del margen hasta el punto de poderla poner en pérdidas.

Esto sucede porque, como hemos comentado en el punto 3, los únicos factores diferenciadores de prima comercial en el ramo de salud son la edad y el territorio (y no siempre), lo que hace que otros factores de riesgo se diluyan sólo entre estos dos.

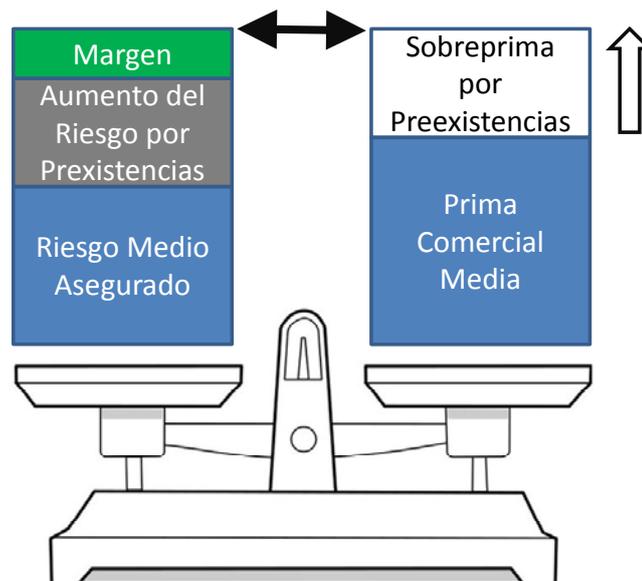
Figura 11: Desequilibrio financiero por aumento del riesgo por preexistencias.



Fuente elaboración propia

Sin embargo, existe otra vía; capacitación para poder diferenciar claramente los asegurados que aporten un mayor riesgo prestacional al presentar enfermedades preexistentes y ofrecer la posibilidad de ser asegurados de la compañía con todos los derechos, a través una sobreprima:

Figura 12: Reequilibrio financiero por cobro por sobreprima de enfermedades preexistentes.



Fuente elaboración propia

Este es el supuesto que analizaremos en este trabajo. Pero ¿Cómo se calcula esa sobreprima? ¿Cómo obtener datos sobre el riesgo de las preexistencias que nos ayude a calcular la sobreprima? ¿Todas las preexistencias serían “sobreprimables”?

Para calcular la posible sobreprima que cubra los riesgos de una enfermedad preexistente utilizaremos la fórmula resumida descrita en el punto 3.

$$P'' = P + aP'' + \beta P'' + dP''$$

Donde,

P = Prima de Riesgo

a = % Gastos de Adquisición

β = % Gastos de Administración

d = % Margen de Beneficios

Dónde finalmente hemos concluido que:

Prima Comercial = 121,4% Prima de Riesgo.

Como hemos comentado anteriormente, para el ramo de Salud consideramos la “prima de Riesgo” como el Gasto Asistencial por asegurado y mes (GAM). Pero lo que vamos a calcular es la sobreprima de un riesgo en concreto, por lo tanto, lo que necesitamos saber es el incremento de riesgo que provoca cada dolencia preexistente que queramos cubrir; a nuestros efectos, el aumento del GAM de una población concreta sobre la normal.

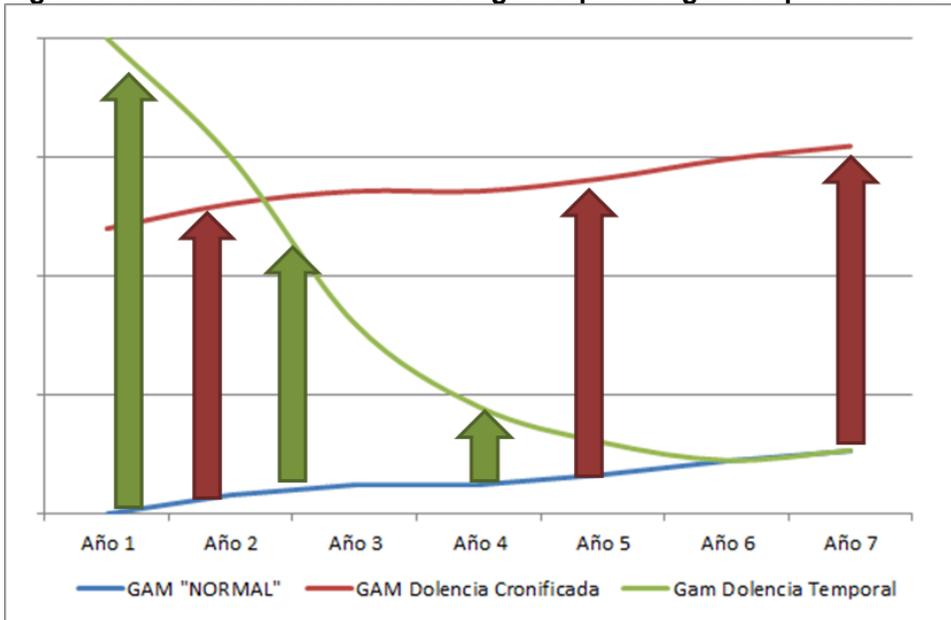
Es decir, debemos analizar el diferencial del gasto de los pacientes de una dolencia concreta sobre la población normal.

Ese diferencial tiene un importe y evolución diferente respecto al GAM dependiendo del tipo de dolencia causante de una posible exclusión, pero a efectos generales y tal y como hemos detallado en punto 6 se pueden distinguir tres grupos más generales de dolencias,

- Las que provocan aumentos crónicos del riesgo de mayor gasto (enfermedades crónicas, diabetes, dolencias previas que hay que hacer seguimientos...)
- Las que el mayor riesgo se limita en el tiempo (efectos de lesiones traumatológicas, posibilidad de recidivas de cáncer, ..)
- Las derivadas de “Estilo de vida”

Respecto a lo que serían dolencias físicas preexistentes propiamente dichas, la evolución del GAM esperado a lo largo del tiempo a partir de su detección, acostumbra a ser parecido a este:

Figura 13: Modelización del sobre riesgo temporal según el tipo de Dolencia



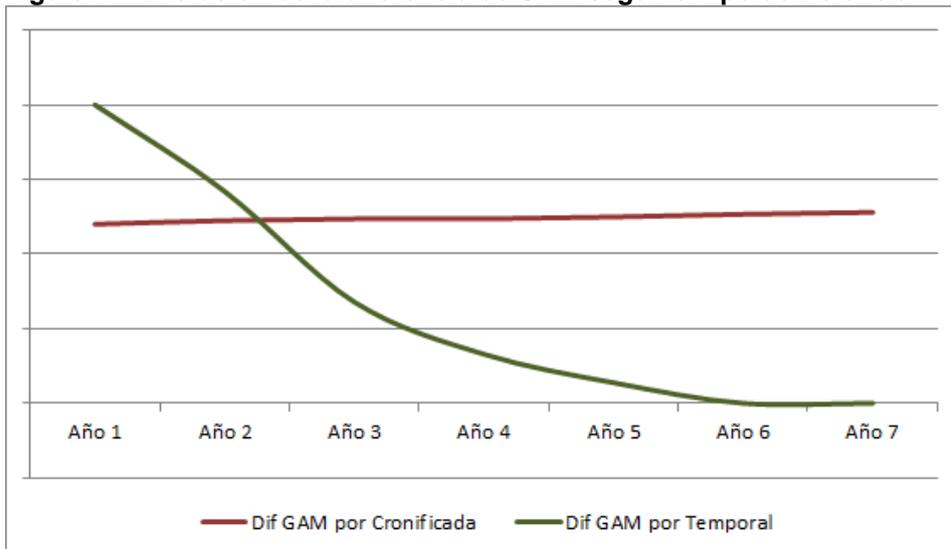
Fuente elaboración propia

El pico inicial de gasto de las enfermedades cronificadas se debe a que, normalmente, en el primer año de detección se realizan más pruebas de lo habitual a fin de diagnosticar correctamente la enfermedad y acotar sus efectos.

Las enfermedades “temporales” aunque a nivel individual tienen cierto riesgo de repetición al cabo de los años, a nivel colectivo la ley de los grandes números hace que con los años, el exceso de gasto que provoca estas enfermedades vaya desapareciendo y el GAM igualándose al general de los asegurados.

Analizando directamente el diferencial de gasto medio por asegurado:

Figura 14: Evolución de la diferencia de GAM según el tipo de Dolencia



Fuente elaboración propia

Las causadas por lo que llamaríamos “Estilo de Vida”, es decir, las adicciones (alcohol, tabaco) y el sobrepeso, aun ser consideradas “enfermedades” de manera generalizada (las dos primeras están en la relación de enfermedades de la OMS y la tercera se considera uno de los factores más determinante en la aparición de muchas enfermedades) tienen cierto cariz de “voluntariedad”; Es decir, es opinión bastante común que el individuo puede, a partir de su fuerza de voluntad y muchas veces, con ayuda de terceros, reducir su consumo de tóxicos o su sobrepeso. De conseguirlo, y aun teniendo en cuenta las posibles secuelas que consumos excesivos previos pueda tener en la salud del paciente, el riesgo de padecer enfermedades se iría reduciendo hasta equipararse al de una persona no consumidora y/o en niveles normales de peso.

Es por ello que el diferencial de riesgo con una persona “sana” no depende tanto del tiempo como de una serie de factores relacionados con la voluntad propia y posibles controles externos.

Por lo tanto, todo dependerá de cómo calcular el “sobre riesgo” que cada una de estos tipos de dolencias representan sobre un asegurado normal. Pero ¿de dónde sacar esa información?

8. Posibles fuentes de información sobre costes adicionales de dolencias pre-existentes

Tal y como hemos comentado en el punto 5 existen multitud de posibles dolencias pre-existentes que pueden causar una denegación o una exclusión parcial de coberturas. No tiene mucho sentido buscar información objetiva del aumento de costes que genera cada una de esas dolencias, puesto que, en muchos casos, su prevalencia entre la población no las hace lo suficientemente significativas como para que existan fuentes externas o internas que muestren datos razonables sobre el aumento de costes que estas enfermedades representan.

Es por ello que la búsqueda de fuentes se ha centrado, sobretodo, en 5 de las razones más frecuencia dentro de las que en el punto 5 hemos detectado como causa de denegación y exclusión. Esto es:

- Índice de Masa Corporal
- Depresión
- Diabetes
- Asma
- Procesos Oncológicos (o Tumores y Neoplasias)

8.1 Fuentes externas de información

Existen una serie de fuentes externas a la compañía que pueden ayudar a calcular la sobreprima en algunas enfermedades preexistentes. Las clasificaremos por fuentes con información global y por fuentes específicas por dolencias.

8.1.1 Informes Globales sobre posibles sobrecostes

Hemos buscado si existe algún estudio que a nivel global, nos de ya directamente, la prima a cobrar por parte de una aseguradora por cubrir una dolencia preexistente. Dado que, como ya hemos comentado anteriormente, no es una política aplicada por las aseguradoras en España, no ha sido posible encontrar un estudio parecido a nivel estatal, puesto que es una práctica que no se da, y por lo tanto, no hay datos.

Analizando otros mercados europeos conocidos, hemos comprobado que tampoco es una estrategia generalizada, aunque existen algunas compañías que aseveran poder cubrir según que dolencias preexistentes a cambio de una sobreprima; DKV en Alemania (pero no da información de precios) o General and Medical's en Inglaterra (habla de un sobrecoste de aprox 1.000 € al año para una serie de enfermedades crónicas, como glaucoma, asma, fiebre del heno, diabetes, hipertensión, eczema o psoriasis). Probablemente al no ser un tema generalizado, no hemos encontrado ningún estudio a nivel europeo o de algún país concreto que nos oriente en este sentido.

Sin embargo, si contamos con algunos datos referidos a Estados Unidos debido a los cambios introducidos en los sistemas Medicare y Medicaid por parte de las distintas administraciones:

Durante el mandato del presidente Obama se modificó el sistema de manera que las compañías aseguradoras debían aceptar a todos los asegurados al mismo precio **independientemente de la existencia de una dolencia pre-existente**, lo que desde el punto de vista de las compañías aseguradoras era “injusto” puesto que les obligaba a cubrir estos riesgos con las primas del resto de los asegurados.

En los primeros meses de la administración Trump se ha intentado aprobar una modificación de la ley de manera que aunque la compañía seguiría obligada a aceptar al asegurado podría cobrar una sobreprima en ciertos casos de dolencias pre-existentes. Aunque la medida aun no ha entrado en vigor, ya varias entidades externas al sector han hecho algunos cálculos al respecto, por ejemplo la Center for American Progress a calculado la siguiente tabla de sobre riesgos para enfermedades pre-existentes mas comunes en caso de una persona de 40 años.

Figura 15: Estimación de sobreprima en Estados Unidos para una persona de 40 años según la dolencia preexistente que declare.

TABLE 1
Estimates of premium surcharges for a 40-year-old individual with selected health conditions

Condition	Surcharge as a share of standard premium	Surcharge, in dollars	Surcharge adjusted for invisible risk pool, in dollars
Metastatic cancer	3,500%	\$142,650	\$140,510
Lung, brain, and other severe cancers	1,790%	\$72,980	\$71,880
Colorectal, breast (age 50 and younger), kidney, and other cancers	703%	\$28,660	\$28,230
Diabetes without complication	137%	\$5,600	\$5,510
Rheumatoid arthritis and specified autoimmune disorders	652%	\$26,580	\$26,180
Major depressive and bipolar disorders	208%	\$8,490	\$8,370
Drug dependence	502%	\$20,450	\$20,140
Autistic disorder	135%	\$5,510	\$5,420
Seizure disorders and convulsions	179%	\$7,300	\$7,190
Congestive heart failure	459%	\$18,720	\$18,440
Acute myocardial infarction	1,422%	\$57,960	\$57,090
Asthma	106%	\$4,340	\$4,270
Stage 4 chronic kidney disease	286%	\$11,650	\$11,470
Completed pregnancy with no or minor complications	425%	\$17,320	\$17,060

Note: Surcharge as a share of standard premium assumes that \$4,020 is the standard rate for coverage for individuals who are healthy at the time of application.

Source: Authors' calculations based on Centers for Medicare and Medicaid Services, "March 31, 2016, HHS-Operated Risk Adjustment Methodology Meeting: Discussion Paper" (2016), available at <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Forms-Reports-and-Other-Resources/Downloads/RA-March-31-White-Paper-032416.pdf>.



Fuente: Artículo publicado en la web www.americanprogress.org

Aunque estos datos pueden darnos una idea de por donde van los tiros, no son aplicables al estado español por dos razones básicas:

- Como se ha comentado al inicio de este trabajo; en Estados Unidos no existe una cobertura alternativa por parte del estado, por lo que existiría más riesgo de sobrecoste para la compañía en el caso de una dolencia concreta, al no haber una “alternativa pública gratuita”.
- Probablemente relacionado con la inexistencia de un sistema público, o por otras razones mucho más complicadas de explicar, los costes unitarios del sistema médico americano son muchísimo más elevados que en España, en algunos casos de una relación de hasta 10 a 1. Además, esta relación no es homogénea en todos los casos (de ser así podrían ser aplicables los % de la tabla anterior) si no que la diferencias de costes en actos complejos (operaciones, tratamientos,...) tienden a ser mucho más elevados que en actos simples, como consultas o algunas pruebas.

Lo mismo sucedería con algunos informes que en las últimas décadas se han realizado en Estados Unidos que relacionan un incremento del Índice de Masa Corporal (IMC) con un aumento de los costes unitarios. El más conocido y usado en bibliografía posterior es del Dr. Quesenberry et Al (Obesity, health services use, and health care costs among members of a health maintenance organization) del año 1.998 en el que se concluía que había una correlación entre el IMC y las tasas anuales de días de hospitalización, el número y el coste de visitas de pacientes externos, los costos de farmacia ambulatoria y servicios de laboratorio, y los costos totales.

En relación con el IMC, de 20 a 24,9, (lo que es considerado sano), el tramo con IMC de 30 a 34,9 tenía unos costes anuales medios totales un 25% mayor, y el tramo más alto (aquellos con IMC de 35 o mayor) un 44%. La asociación entre el IMC con la enfermedad cardíaca coronaria, con la hipertensión y con la diabetes explica en gran medida esta elevación de los costes.

Pero a pesar de la “rotundidad” de los datos, no serían utilizables en el caso de querer cobrar una sobreprima a los asegurados españoles en cuyo cuestionario de salud presentaran valores altos de este índice. Las razones principales son:

- Como hemos comentado anteriormente, son cálculos realizados en Estados Unidos con sus costes no comparables a los nuestros, no sólo por ser mucho más elevados, si no incluso por el diferente uso del sistema sanitario derivado de culturas distintas.
- Incluyen costes de medicación, algo que acostumbra a quedar fuera de las coberturas habituales de las pólizas de asistencia sanitaria en España.
- Los datos son de ya hace casi 20 años y la ciencia médica ha ido avanzando bastante en este tiempo, lo que genera lo que en el sector se

conoce como “deslizamiento operativo” de los costes. Es decir, la aparición de nuevos medios de diagnóstico o de tratamiento, normalmente más caros, que substituyen a los que había en 1.998 hace suponer que la relación actual entre el coste de unos tramos y otros habrá variado bastante, toda vez que la actividad a la que tenderán los de tramos altos será más cara, en términos unitarios, que hace 20 años.

8.1.2 Información externa relativa a sobrecostes de determinadas dolencias

En el sistema sanitario español existe cierta tendencia a la creación de equipos de trabajos mixtos (entre hospitales públicos y privados, universidades, consultoras e incluso farmacéuticas) que periódicamente publican análisis de costes unitarios, directos e indirectos de ciertas enfermedades.

La principal utilidad de los estudios de coste de la enfermedad radica en poder identificar y medir una parte del impacto de dicha dolencia en términos económicos, facilitando su valoración por parte de los decisores públicos, que cuentan con presupuestos limitados para realizar una asignación racional y eficiente de sus recursos entre sus diferentes opciones de inversión. Es decir, están pensados más para la gestión del gasto público en Sanidad que no en una posible cobertura por el sector privado.

En el caso de las enfermedades crónicas de alta prevalencia, como es el caso de la diabetes, la hipertensión, etc., cuantificar la magnitud social y económica es relevante para poder diseñar, priorizar y aplicar políticas preventivas y asistenciales de la manera más equitativa y eficiente posible.

Hemos encontrado unos cuantos informes de estos relacionados con distintas enfermedades crónicas, como por ejemplo, Asma, Epilepsia, e incluso Depresión, (relacionados todos en la Bibliografía), pero para no extendernos demasiado en este análisis, nos centraremos en la dolencia quizá mejor analizada en el Estado Español. La Diabetes:

Sobre la Diabetes Melitus (la diabetes más habitual, un 90% de los casos, también conocida Diabetes tipo 2) se han realizado distintos estudios a nivel tanto nacional como internacional para tratar de estimar el coste que supone la diabetes para la sociedad o para el sistema sanitario, obteniéndose resultados muy dispares. La variabilidad en la metodología utilizada para cuantificar los costes de la diabetes dificulta la extrapolación de resultados y conclusiones, lo que puede provocar que no se tomen las decisiones más adecuadas a nivel de gestión. La dispersión de resultados se debe, sobretodo a la inclusión o no de algunos costes sociales indirectos (bajas laborales, etc.) en el análisis de costes.

Por ejemplo, hemos revisado algunos de los informes sobre costes de la diabetes en España y hemos encontrado los siguientes cálculos:

Figura 16: Resumen de los distintos estudios sobre sobrecostes de la Diabetes publicados en España.

Autores	Año Publicación	Coste Diabeticos	Coste No Diabéticos	Comentarios
Mata	2013	3.469,64	2.225,04	Incluye Gastos sociales por pérdidas laborables
Crespo	2013	1.827,77		
Lopez-Bastida	2016	1.741,00		
Ballesta	2006	3.701,29		Incluye Gastos sociales por pérdidas laborables
Oliva	2004	1.898,90	1.106,42	
Mata	2002	1.937,51		
Lopez-Bastida	2002	1.125,73		Incluye Gastos sociales por pérdidas laborables

Valores actualizados a 2016

Fuente: Elaboración propia sobre Los distintos estudios, relacionados en la bibliografía

Como se puede observar, hay una elevada variabilidad entre los costes unitarios calculados para los diabéticos, debido principalmente a si incluyen costes sociales o no. De no incluirlos, los costes ya se asemejan más, de los 1741 € de Crespo a los 1.937 de Mata 2002, sólo un 11% de variabilidad.

A los efectos del cálculo de una sobreprima que cubriera los riesgos sanitarios de una enfermedad, nos interesan especialmente aquellos estudios nacionales que calculen los costes sanitarios totales de los pacientes de esa enfermedad. Es decir, enfermedades como la diabetes tienen una repercusión en las prestaciones sanitarias tanto de forma directa (la detección y tratamiento de la propia diabetes) como indirecta, debido a que el tener esta enfermedad provoca un aumento de la prevalencia de otras dolencias, como enfermedades vasculares o incluso traumatológicas o psicológicas. Por lo tanto, debemos poder calcular el coste total prestacional de un diabético frente al que no lo es.

Es importante obtener coste unitario prestacional sin costes farmacológicos incluidos, puesto que no acostumbran a estar dentro de las coberturas de las compañías aseguradoras de asistencia sanitaria. Así podemos compararlo con el coste medio de un asegurado normal de la compañía, es decir, con el GAM anualizado.

Del informe sobre el Ramo de Salud 2016 elaborado por ICEA y haciendo un cálculo global para los asegurados de Asistencia sanitaria (sin reembolsos) nos saldría el siguiente gasto medio.

Figura 17: Cálculo del GAM medio del sector para 2016

	A 31/12/2016
Número asegurados medios 2016	8.666.095
I. 4. Importe de prestaciones pagadas. Total Salud	5.163.924.413,57
Gasto Medio Asegurado	595,88
Gasto Asegurado Mes (GAM)	49,66

Fuente: Elaboración propia sobre datos del informe ICEA sobre el ramo de Salud 2016

Ahora podemos hacer la comparativa de los distintos estudios con el Gasto Medio de un asegurado diabético (excluidos los gastos farmacéuticos) y la de los asegurados medios.

Figura 18: Comparación sobrecostes diabetes según estudios sobre el coste de un asegurado medio.

Autores	Año Publicación	Coste Diabeticos	Gasto Medio Asegurado 2016	Relación con G.Asegurado medio Seguro Salud 2016
Mata	2013	1.433,43	595,88	140,6%
Crespo	2013	1.132,60	595,88	90,1%
Lopez-Bastida	2016	1.079,42	595,88	81,1%
Oliva	2004	1.139,34	595,88	91,2%
Mata	2002	1.162,51	595,88	95,1%
			Promedio	99,6%

(Hemos calculado los costes directos excluyendo gastos farmacológicos)

Fuente elaboración propia

Como se puede observar, los resultados obtenidos difieren bastante del dato que habíamos obtenido para los Estados Unidos (un 137%).

La razón principal se debe a que, como se ha comentado anteriormente, los costes unitarios en ese país son mucho más elevados que en España.

En todo caso, este dato hay que relativizarlo, puesto que, como se dice al principio de este punto, todos estos estudios están realizados desde la perspectiva del Sistema Público de Salud; Y por muchas razones, los costes medios del Sistema Público son bastante más elevados que el sistema privado, del que se nutren las aseguradoras para prestar sus servicios sanitarios a los asegurados;

La principal razón es que en el sistema privado hay libre competencia, lo que empuja los precios hacia abajo. Aunque también hay que considerar la posibilidad de ineficiencias en los hospitales públicos que empujen sus costes medios hacia arriba.

Y estamos comparando precios medios de un diabético en el sector público con precios medios de un asegurado normal en el sector privado, lo que puede no ser comparable.

En todo caso, si eliminamos el Estudio Mata del 2013, por salirse mucho de la media, obtenemos que:

Figura 19: Comparación sobrecostes diabetes según estudios sobre el coste de un asegurado medio, excluyendo el más desviado.

Autores	Año Publicación	Coste Diabeticos	Gasto Medio Asegurado 2016	Relación con G.Asegurado medio Seguro Salud 2016
Crespo	2013	1.132,60	595,88	90,1%
Lopez-Bastida	2016	1.079,42	595,88	81,1%
Oliva	2004	1.139,34	595,88	91,2%
Mata	2002	1.162,51	595,88	95,1%
				89,4%

Fuente elaboración propia

8.2 Fuentes internas de información en las compañías

Dada la elevada frecuencia en la que se dan los siniestros en el ramo de salud (entendiendo siniestros a cualquier acto médico que se realiza un asegurado y que representa un desembolso económico para la compañía), las compañías atesoran un enorme volumen de datos sobre las prestaciones de salud que sería posible explotar.

Como base mínima, cada compañía guarda en sus sistemas la fecha del acto, su naturaleza, la especialidad a la que pertenece, el coste, los datos del asegurado y los datos del prestador.

De esta manera, si conseguimos diferenciar los asegurados con una patología concreta, podemos analizar sus costes medios y compararlos con los de los asegurados generales, ver su sobrecoste y, por lo tanto, calcular el sobre riesgo y por lo tanto sobreprima a cobrar en caso de aceptar a alguien con esa patología preexistente.

Pero el problema reside aquí: ¿Cómo identificamos a esos asegurados?

De tener la enfermedad declarada previamente, dado que actualmente no son aceptados por la compañía, no están registrados y por lo tanto no hay datos de ellos. Por poner un ejemplo, si alguien declara un IMC de 35, no se acepta su aseguramiento, por lo que difícilmente tendremos gastos de ese asegurado que nos permitan compararlo con los del resto de asegurados.

Sólo hay dos posibilidades de tener datos de esas dolencias por parte de las compañías: por los asegurados que son aceptados sin cuestionario de salud (funcionarios, colectivos de empresa cerrados) y por las patologías adquiridas o declaradas una vez ya el asegurado ha sido aceptado y ha superado los periodos de carencia.

Sucede que en el primero de los casos (los colectivos a los que se les permite asegurarse sin declaración de salud) al no existir ésta, la empresa no tiene una fuente directa de esa información que le permita diferenciar asegurados.

Siguiendo el ejemplo anterior, si se ha asegurado a un funcionario con un IMC de 35, como no ha tenido que hacer declaración de Salud, la compañía no tiene registrado ese dato.

Y tanto en un caso como en otro, de forma generalizada, y no sólo por las limitaciones marcadas por la LOPD si no incluso por la practicidad en la gestión de los datos, no se tienen datos de patologías concretas de los asegurados ni de sus hábitos de vida. Es decir, una vez alguien se ha asegurado en una compañía, ésta no analiza la evolución de su IMC, ni registra si ha sido diagnosticado de, por ejemplo, una diabetes o de un trastorno depresivo. Sólo registra acto a acto las prestaciones que ese asegurado va demandando al Cuadro Médico de cada compañía.

Pero existen algunos actos concretos que funcionan como indicadores de la existencia de una patología concreta. Por ejemplo, las Tiras Reactivas son sensores tipo microchips que permiten realizar con una gota de sangre capilar las determinaciones de glucemia, fundamentales para controlar la salud de los Diabéticos. Por lo que si detectamos todos los asegurados que han usado este instrumento, localizamos a la mayor parte de los diabéticos de entre los asegurados de la compañía.

O por poner otro ejemplo la mayor parte de los procesos oncológicos, neoplasias, tumores etc., actualmente son tratados en algún momento del proceso, con un tratamiento quimioterápico.

A título de ejemplo del trabajo que se podría realizar, tomaremos el primer caso, las tiras reactivas, para calcular el sobrecoste de una dolencia crónica (la diabetes) y el segundo caso lo usaremos para analizar la evolución del gasto medio por asegurado que ha sufrido un proceso oncológico respecto al gasto del resto de asegurados, lo que sería la evolución de una dolencia con efectos temporales en el riesgo prestacional.

8.2.1 Ejemplo de cálculo del sobrecoste de Dolencia Crónica: De los diabéticos en una compañía²

El primer paso es detectar los asegurados de la compañía que en un periodo en concreto, han pedido acceso a las tiras reactivas. De cara a simplificar el análisis, hemos obtenido los últimos 5 años:

Figura 20: Asegurados con petición de uso de tiras reactivas en los últimos 5 años

	2011	2012	2013	2014	2015
Asegurados con Tiras	18578	21246	22251	24019	24995

Fuente elaboración propia

² Todos los cálculos realizados en este apartado se han hecho sobre una base parcial extraída de datos de SegurCaixaAdeslas, pero ha sido parcialmente modificada a fin de no mostrar información sensible de la compañía.

Una vez hemos detectado esos asegurados, obtenemos el total del coste de las prestaciones que han necesitado, tanto en honorarios médicos como en pruebas diagnósticas o en ingresos quirúrgicos, independientemente de si están ligados directamente a la diabetes o no:

Figura 21: Asegurados con petición de uso de tiras reactivas en los últimos 5 años con su coste anual.

	2011	2012	2013	2014	2015
Asegurados con Tiras	18578	21246	22251	24019	24995
Gasto Total	20.297.440,29	23.831.898,76	25.604.732,96	26.717.895,88	27.666.289,98

Fuente elaboración propia

Calculamos su gasto asegurado mes (GAM) y lo comparamos con el general del resto de asegurados, calculado a partir de las series históricas publicadas por ICEA, y obtenemos el sobre-riesgo que esta dolencia genera a la compañía por la existencia de estos asegurados.

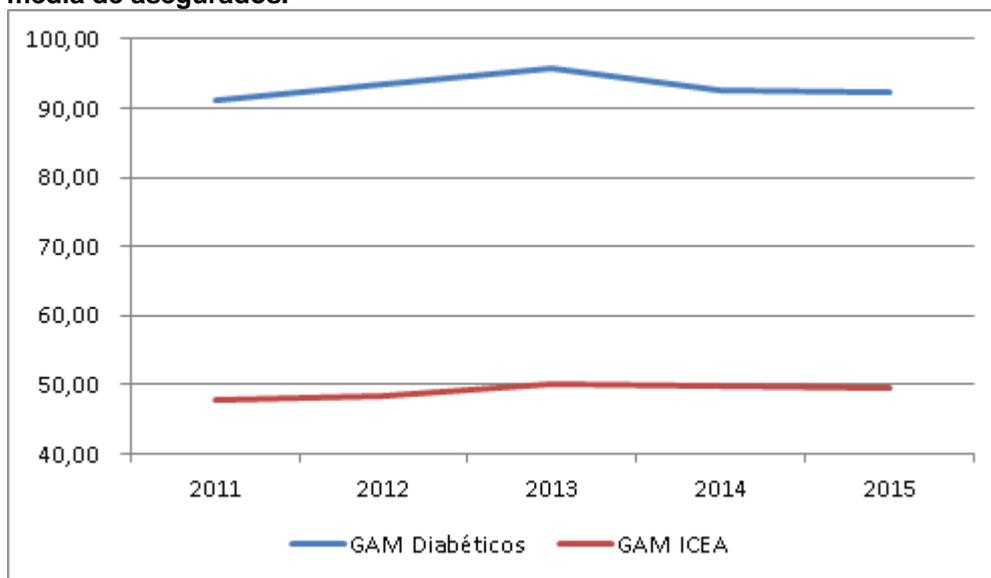
Figura 22: Cálculo del Gasto Asegurado Mes de los usuarios de Tiras comparado con los asegurados medios (ICEA)

	2011	2012	2013	2014	2015	Promedio
Asegurados con Tiras	18578	21246	22251	24019	24995	
Gasto Total	20.297.440,29	23.831.898,76	25.604.732,96	26.717.895,88	27.666.289,98	
Gasto asegurado Anual	1.092,55	1.121,71	1.150,72	1.112,37	1.106,87	
GAM Diabéticos	91,05	93,48	95,89	92,70	92,24	93,07
GAM ICEA	47,71	48,51	50,06	49,74	49,40	49,09
Sobre Riesgo	90,8%	92,7%	91,6%	86,4%	86,7%	89,6%

Fuente elaboración propia

De forma gráfica, obtendríamos un dibujo muy parecido al que vimos más de forma teórica en el punto 7

Figura 23: Gráfico de la evolución del GAM de los diabéticos del estudio, sobre el de la media de asegurados.



Fuente elaboración propia

Con estos resultados, cogiendo el sobre riesgo medio sobre el GAM del 2016 (expuesto en página 41) y aplicando la fórmula ya detallada en el punto 7 (página 33) obtenemos que la prima media sería de:

$$\text{GAM}_{2016} \times \text{Sobrerriesgo} = \text{Prima de Riesgo Diabéticos}$$

O lo que es lo mismo

$$49,66 \times 1,896 = 94,15 \text{ €}$$

Y si Prima Comercial = 121,4% Prima de Riesgo.

$$\text{Prima Comercial Diabéticos} = 94,15 \times 121,4\% = 114,30 \text{ €}$$

A tener en cuenta que, como ya se ha comentado en el punto 3, lo habitual en las compañías no es tener una prima nivelada, si no tenerla por edades.

Dado que la siniestralidad en el caso de la diabetes es diferente dependiendo de la edad (cuando más mayor, mas propensión al gasto) habría que hacer un análisis detallado del gasto asegurado mes por tramo de edad (es posible realizarlo con los datos obtenidos para este ejercicio, pero no creemos conveniente extenderse tanto).

8.2.2 Ejemplo de cálculo del sobrecoste de una Dolencia Temporal: De asegurados en procesos oncológicos³

Al igual que en el punto anterior, el primer paso es detectar todos aquellos asegurados con gasto por tratamiento quimioterápico (aunque existen procesos oncológicos que son tratados exitosamente con otro tipo de terapias).

En este caso, interesa saber cuando se inicia el proceso para ver la evolución del gasto de cada asegurado a lo largo de los años, por lo que, detectaremos también cuando fue la primera sesión que se realizó, entiendo que ésta se aproximará al momento del diagnóstico.

Dado que nos interesa ver correctamente la evolución, en este caso obtenemos datos de una serie histórica un poco más larga.

En el primer cuadro, vemos la evolución anual del número de los asegurados que empezaron su proceso en un año en concreto y que continuaron siendo asegurados de la compañía en los siguientes años:

Figura 24: Asegurados con tratamientos quimioterápicos, según año de inicio y año de prestación.

Año Inicio	Año Prestación														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2001	762	640	468	394	337	303	272	250	235	222	208	192	178	166	161
2002		864	750	589	481	423	393	366	341	315	286	273	245	233	218
2003			1038	911	699	580	499	449	411	381	359	333	310	283	266
2004				1243	1057	777	632	546	488	448	406	368	338	315	291
2005					1344	1142	859	714	624	555	512	481	442	413	381
2006						1381	1212	927	796	694	628	579	525	490	459
2007							1527	1325	1035	884	779	708	632	591	543
2008								1686	1483	1139	945	832	749	685	608
2009									1875	1646	1292	1110	943	857	779
2010										2411	2056	1612	1298	1127	1009
2011											2122	1838	1372	1160	1010
2012												2140	1837	1407	1182
2013													2695	2338	1807
2014														2682	2363
2015															2503

Fuente elaboración propia

Posteriormente, calculamos el gasto total por cada uno de esos asegurados en los distintos años:

³ Como en la nota 2, cálculos realizados sobre unos datos modificados a fin de no mostrar información sensible, extraídos de la base de datos de SegurCaixaAdeslas.

Figura 25: Gasto total anual de los asegurados de la tabla anterior.

Año Inicio	Año Prestación														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2001	2.128.677	1.169.955	570.105	433.591	299.144	246.421	200.846	192.526	135.209	142.082	139.353	109.147	108.791	87.775	95.581
2002		2.696.161	1.483.741	735.305	500.569	431.170	386.814	319.059	280.615	224.833	202.021	176.516	152.628	142.556	132.936
2003			3.435.662	2.077.818	1.109.872	832.499	622.871	462.277	372.187	290.330	270.624	255.985	218.798	170.739	148.301
2004				4.274.917	2.185.572	1.153.799	926.279	701.091	529.948	355.539	315.881	290.528	255.959	204.723	171.603
2005					4.655.087	3.244.510	1.495.260	1.087.377	927.275	726.607	658.550	463.292	351.349	316.497	263.934
2006						5.153.162	2.865.101	1.395.966	1.061.874	785.218	681.570	598.351	463.134	355.714	349.514
2007							5.521.581	3.204.961	1.619.632	1.226.810	904.048	694.863	573.341	476.630	428.110
2008								6.529.242	3.731.348	1.910.091	1.364.665	1.052.367	867.337	700.365	575.640
2009									7.615.620	4.273.293	2.239.267	1.563.904	1.259.024	977.286	832.354
2010										9.763.001	5.860.343	3.004.641	2.002.493	1.415.965	1.252.159
2011											8.933.327	4.931.084	2.453.602	1.606.758	1.302.320
2012												9.143.389	5.064.956	2.455.387	1.697.205
2013													11.598.598	6.627.214	3.354.265
2014														11.850.228	6.921.725
2015															11.695.258

Fuente elaboración propia

Con esto, calculamos el Gasto Asegurado Mes de los pacientes oncológicos por cada año posterior al inicio del tratamiento

Figura 26: Gasto asegurado mes de los asegurados de la tabla de la figura 24.

Año Inicio	Año Prestación														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2001	232,8	152,3	101,5	91,7	74,0	67,8	61,5	64,2	47,9	53,3	55,8	47,4	50,9	44,1	49,5
2002		260,0	164,9	104,0	86,7	84,9	82,0	72,6	68,6	59,5	58,9	53,9	51,9	51,0	50,8
2003			275,8	190,1	132,3	119,6	104,0	85,8	75,5	63,5	62,8	64,1	58,8	50,3	46,5
2004				286,6	172,3	123,7	122,1	107,0	90,5	66,1	64,8	65,8	63,1	54,2	49,1
2005					288,6	236,8	145,1	126,9	123,8	109,1	107,2	80,3	66,2	63,9	57,7
2006						311,0	197,0	125,5	111,2	94,3	90,4	86,1	73,5	60,5	63,5
2007							301,3	201,6	130,4	115,6	96,7	81,8	75,6	67,2	65,7
2008								322,7	209,7	139,7	120,3	105,4	96,5	85,2	78,9
2009									338,5	216,3	144,4	117,4	111,3	95,0	89,0
2010										337,4	237,5	155,3	128,6	104,7	103,4
2011											350,8	223,6	149,0	115,4	107,5
2012												356,1	229,8	145,4	119,7
2013													358,6	236,2	154,7
2014														368,2	244,1
2015															389,4

Fuente elaboración propia

Comparamos este dato con el GAM del total de asegurados de la compañía⁴

Figura 27: Gasto asegurado mes del sector.

Año Inicio	Año Prestación														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
GAM	37,47	37,85	38,62	39,01	39,33	39,73	40,13	41,59	43,41	44,46	47,71	48,51	50,06	49,74	49,40

Fuente elaboración propia sobre datos de informes anuales de ICEA.

Y obtenemos un triangulo con el porcentaje de “sobrecoste anual” por los enfermos oncológicos.

⁴ Como en el caso del punto anterior, hemos usado el GAM calculado sobre los datos facilitados por los informes anuales de ICEA

Figura 28: % Sobrecoste de los asegurados oncológicos según el año de inicio de tratamiento quimioterápico

Año Inicio	Año Prestación														
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2001	521,3%	302,5%	162,9%	135,1%	88,1%	70,6%	53,3%	54,3%	10,4%	20,0%	17,0%	-2,3%	1,8%	-11,4%	0,1%
2002		587,1%	326,9%	166,7%	120,5%	113,8%	104,4%	74,7%	58,0%	33,8%	23,4%	11,1%	3,7%	2,5%	2,9%
2003			614,2%	387,2%	236,4%	201,1%	159,2%	106,3%	73,8%	42,8%	31,7%	32,0%	17,5%	1,1%	-6,0%
2004				634,7%	338,1%	211,5%	204,4%	157,3%	108,5%	48,8%	35,9%	35,6%	26,1%	8,9%	-0,5%
2005					633,9%	496,0%	261,5%	205,1%	185,2%	145,4%	124,6%	65,5%	32,3%	28,4%	16,9%
2006						682,7%	390,9%	201,7%	156,1%	112,1%	89,5%	77,5%	46,9%	21,6%	28,4%
2007							650,9%	384,6%	200,4%	160,1%	102,7%	68,6%	51,0%	35,1%	33,0%
2008								675,9%	383,0%	214,3%	152,2%	117,3%	92,8%	71,3%	59,7%
2009									679,6%	386,6%	202,7%	142,0%	122,3%	91,0%	80,2%
2010										659,0%	397,8%	220,2%	156,8%	110,5%	109,3%
2011											635,3%	360,9%	197,7%	132,1%	117,5%
2012												633,9%	359,0%	192,4%	142,2%
2013													616,5%	374,9%	213,1%
2014														640,2%	394,1%
2015															688,2%

Fuente elaboración propia

Si reagrupamos los datos teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde el inicio del primer tratamiento:

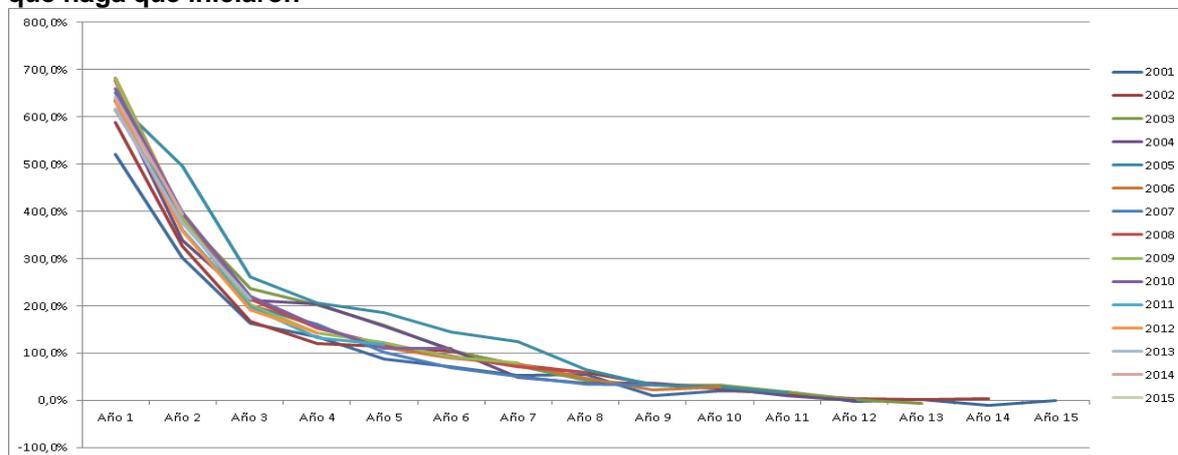
Figura 29: % Sobrecoste de los asegurados oncológicos agrupado según los años que hace que iniciaron el tratamiento quimioterápico

	Años Transcurridos desde primera Sesión														
	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Año 6	Año 7	Año 8	Año 9	Año 10	Año 11	Año 12	Año 13	Año 14	Año 15
2001	521,3%	302,5%	162,9%	135,1%	88,1%	70,6%	53,3%	54,3%	10,4%	20,0%	17,0%	-2,3%	1,8%	-11,4%	0,1%
2002	587,1%	326,9%	166,7%	120,5%	113,8%	104,4%	74,7%	58,0%	33,8%	23,4%	11,1%	3,7%	2,5%	2,9%	
2003	614,2%	387,2%	236,4%	201,1%	159,2%	106,3%	73,8%	42,8%	31,7%	32,0%	17,5%	1,1%	-6,0%		
2004	634,7%	338,1%	211,5%	204,4%	157,3%	108,5%	48,8%	35,9%	35,6%	26,1%	8,9%	-0,5%			
2005	633,9%	496,0%	261,5%	205,1%	185,2%	145,4%	124,6%	65,5%	32,3%	28,4%	16,9%				
2006	682,7%	390,9%	201,7%	156,1%	112,1%	89,5%	77,5%	46,9%	21,6%	28,4%					
2007	650,9%	384,6%	200,4%	160,1%	102,7%	68,6%	51,0%	35,1%	33,0%						
2008	675,9%	383,0%	214,3%	152,2%	117,3%	92,8%	71,3%	59,7%							
2009	679,6%	386,6%	202,7%	142,0%	122,3%	91,0%	80,2%								
2010	659,0%	397,8%	220,2%	156,8%	110,5%	109,3%									
2011	635,3%	360,9%	197,7%	132,1%	117,5%										
2012	633,9%	359,0%	192,4%	142,2%											
2013	616,5%	374,9%	213,1%												
2014	640,2%	394,1%													
2015	688,2%														
Promedio	636,9%	377,3%	206,3%	159,0%	126,0%	98,6%	72,8%	49,8%	28,4%	26,4%	14,3%	0,5%	-0,6%	-4,3%	0,1%

Fuente elaboración propia

Que en gráfico quedaría de la siguiente manera:

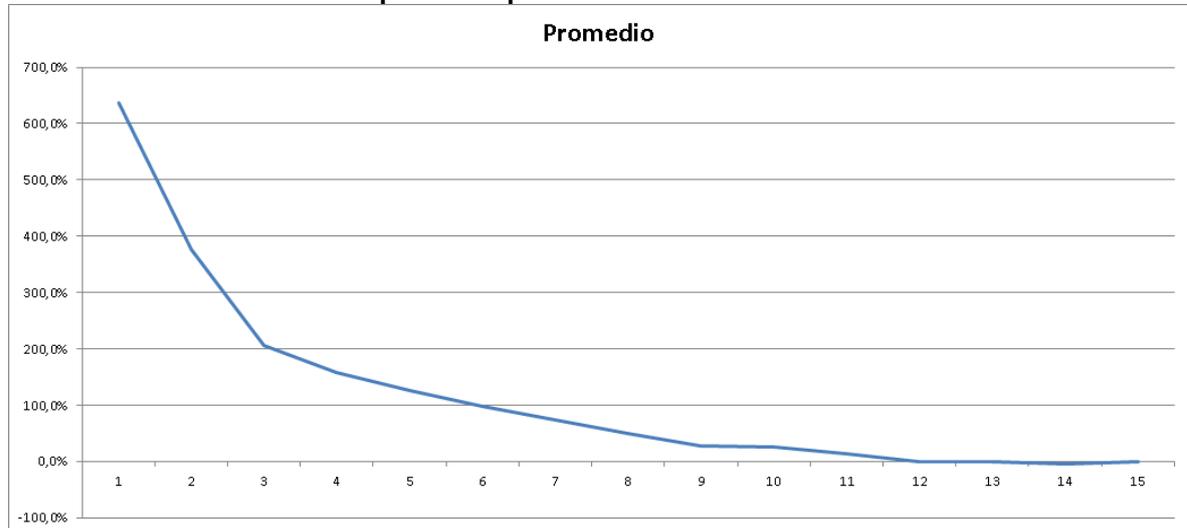
Figura 30: Representación Gráfica del Sobrecoste de asegurados oncológicos según años que haga que iniciaron



Fuente elaboración propia

Con esto, podemos calcular la media de sobrecoste por cada año transcurrido y creamos una línea de promedio:

Figura 31 Representación Gráfica de la media del sobrecoste por cada año transcurrido desde inicio del tratamiento quimioterápico



Fuente elaboración propia

Si estos sobrecostos los aplicamos al GAM y a éste la fórmula para obtener la Prima a emitir de la página 33, quedaría que el precio mensual a cobrar a un paciente oncológico tendría esta evolución respecto a los años transcurridos desde el diagnóstico de la enfermedad.

Figura 32: Cálculo de una prima Comercial según el sobre riesgo por año transcurrido desde el inicio del tratamiento quimioterápico.

		% Sobre riesgo	GAM 2016	Prima de Riesgo	Multiplicador	Prima Comercial
Años Transcurridos desde primera Sesión	Año 1	736,9%	49,66	365,94	121,4%	444,26
	Año 2	477,3%	49,66	237,04	121,4%	287,76
	Año 3	306,3%	49,66	152,09	121,4%	184,64
	Año 4	259,0%	49,66	128,61	121,4%	156,13
	Año 5	226,0%	49,66	112,23	121,4%	136,25
	Año 6	198,6%	49,66	98,65	121,4%	119,76
	Año 7	172,8%	49,66	85,82	121,4%	104,18
	Año 8	149,8%	49,66	74,37	121,4%	90,29
	Año 9	128,4%	49,66	63,74	121,4%	77,38
	Año 10	126,4%	49,66	62,76	121,4%	76,19
	Año 11	114,3%	49,66	56,74	121,4%	68,89
	Año 12	100,0%	49,66	49,66	121,4%	60,29
	Año 13	100,0%	49,66	49,66	121,4%	60,29
	Año 14	100,0%	49,66	49,66	121,4%	60,29
	Año 15	100,0%	49,66	49,66	121,4%	60,29

Fuente elaboración propia

Hay que considerar que el cálculo realizado es excesivamente generalizado para una dolencia tan especial como los procesos oncológicos como para considerarlo base para una supuesta sobreprima; Éstos procesos engloban una gran diversidad de dolencias (melanomas, tumores, cáncer de mama, de páncreas, de pulmón, de próstata, cerebrales) que por su propia naturaleza deberían ser considerados individualizadamente, debido a que su posible evolución y sus tratamientos y, por lo tanto los costes y la duración de éstos, difieren mucho entre sí. También hay que tener en cuenta que los tratamientos y la posibilidad de curación dependerán mucho del estadio de la enfermedad en el momento en que se detecta.

Al igual que en el punto anterior, los cálculos deberían bajarse, además, a nivel de tramos de edad para alinearlos a las políticas de precios habituales de las compañías.

8.3 Conclusiones sobre las distintas fuentes

Del análisis realizado, podemos sacar algunas conclusiones:

- 1) No existe información a nivel global que nos ayude a calcular el sobre riesgo que aporta un asegurado con una dolencia preexistente concreta, todo lo más hay algún cálculo realizado en otros países que no nos sirve puesto que el diferente dispositivo asistencial y el mix de público/privado hace que los costes unitarios no sean aplicables a la misma dolencias en España.
- 2) Existen informes nacionales que calculan los costes unitarios, tanto directos como indirectos de alguna dolencia crónica lo que los hace comparables con los costes de alguien sin esas dolencias. El problema es que la base de estos estudios es el Sistema Público de Salud, cuyos costes no siempre son comparables con los del dispositivo prestacional privado que tienen concertado las aseguradoras. Aun así se pueden obtener datos orientativos.
- 3) Quizá la mejor fuente de información sean los análisis que cada compañía pueda hacer sobre su propia base de datos de gasto prestacional. El principal problema es que es muy difícil detectar los pacientes de ciertas dolencias a fin de poder analizar su gasto comparativo con el asegurado medio debido a la estructura de los datos así las limitaciones impuestas por la legislación de protección de datos.
- 4) Hay otro punto a tener en cuenta; en los tres casos hemos podido detectar informes sobre costes unitarios de algunas dolencias con elevada frecuencia (diabetes, cáncer) o con fuerte impacto social (Trastornos Depresivos). Teniendo en cuenta que las compañías tienen entre 2.000 y 4.000 criterios distintos de selección de riesgo, es imposible obtener datos para calcular las posibles sobreprimas para cada uno de estos criterios.

Aun así, siguiendo el ejemplo que hemos podido comparar distintas fuentes para una sola dolencia, la diabetes, podemos obtener la siguiente tabla de resultados.

Figura 33: Comparativa de cálculos de sobre riesgo para posibles asegurados con diabetes.

Fuente	Tipo	Sobre riesgo para Posibles asegurados con Diabetes
Informe Center for American Progress (EEUU)	Fuente Externa Global	137,0%
Promedio Relación con G.A.M Seguro Salud 2016	Fuente Externa Específica	89,4%
Relación GAM Diabéticos de una Cía vs Resto	Fuente Interna	89,6%

Fuente elaboración propia

Dado que los universos de posibles asegurados y los costes unitarios son distintos por cada país, por la distinta titularidad del dispositivo asistencial y, sobretodo, por los acuerdos económicos que haya llegado cada compañía de seguros de asistencia sanitaria, cabe suponer que la fiabilidad de los datos como base para el cálculo de una sobreprima para cubrir una dolencia preexistente concreta irá aumentando cuanto más cercana a las características de la cartera y el cuadro médico de la compañía sean.

Por lo tanto, parece lógico suponer que la mejor fuente de datos debería ser la propia de la empresa, siempre y cuando ésta fuera lo suficientemente completa como para poder determinar la dolencia exacta, su grado de gravedad y los costes totales de los asegurados con estas dolencias.

En caso contrario, podría ser viable el desarrollo de repositorios comunes de datos sobre ciertas dolencias a nivel sectorial, quizá liderado por ICEA.

9. Conclusiones

Lo primero que hace una compañía aseguradora a la hora de tarificar un contrato de seguro, es detectar todos los factores del riesgo que está comprometiéndose a cubrir.

De cada uno de estos riesgos establecerá un coste medio y una frecuencia o probabilidad de que ocurra. Es la base de la prima de riesgo.

Las compañías de seguros establecen su política de suscripción como parte fundamental de su producto para alcanzar el equilibrio de la propuesta de valor al cliente (que se ofrece a cambio de qué precio). , ante un riesgo concreto que saben acarreará un elevado coste futuro tienen la disyuntiva entre rechazar completamente la póliza, excluir el riesgo concreto que puede generar ese siniestro, o cobrar una sobreprima que cubra los gastos que pudiera ocasionar ese siniestro.

En el ramo de salud en España lo más habitual es a partir de unos criterios de selección que tienen en cuenta unos 4.000 riesgos (entendiendo estos como posibles enfermedades preexistentes y sus distintos grados de gravedad), se decide aceptar el riesgo, rechazarlo o hacer una exclusión parcial de alguna cobertura. No es habitual que la compañía considere la posibilidad de cubrir ese aumento del riesgo de posibilidad de mayor gasto prestacional con el cobro de una sobreprima.

Dadas las recientes tendencias al envejecimiento, el aumento de esperanza de vida y la cronificación de ciertas enfermedades, este comportamiento de las compañías provoca la exclusión de un sector cada vez más importante de la población que tiene alta sensibilidad a la salud y suponen por tanto un segmento importante del mercado al que dar solución

Por otro lado, la renuncia de las compañías de seguros de salud a la oposición a la prórroga por siniestralidad excesiva consigue no expulsar a los asegurados que, por desgracia, han adquirido ciertas dolencias. Pero la certeza de la denegación en los traspasos entre compañías (por la actual selección de riesgos) hace que estos asegurados queden en cierto modo “cautivos” de la compañía en la que tuvieron el siniestro, dejándoles sin acceso a primas competitivas del mercado.

En el caso de que se substituyera la denegación (o la exclusión parcial) por una posible sobreprima, no se eliminarían totalmente las barreras de entrada y/o traspaso al mercado de asegurados con dolencias preexistentes, pero si dejarían de ser dicotómicas (o dentro o fuera) y sería el asegurado, con la información necesaria, el que decidiera si entrar o no en una compañía pagando un sobrecoste conocido.

9.1 Efectos en los agentes del sector

A nuestro entender, esto tendría unos efectos beneficiosos para todos los agentes del sector, puesto que:

- Los asegurados tendrían más libertad para contratar pólizas y para moverse de una compañía a otra.
- Las Compañías aumentarían su facturación, puesto que tendrían más asegurados y, además, a mayor prima y darían solución a más clientes y acceso a la medicina privada.
- Eso serviría también para los agentes y mediadores, puesto que les abriría posibilidades hasta ahora cerradas y además, al ser primas más elevadas, si van a porcentaje se llevarían mayor comisión.
- Un aumento de facturación de las compañías repercutirá en un mayor margen directo si se ha calculado correctamente los riesgos y la sobreprima.
- Además, para éstas se simplificaría mucho los procesos de control de prestaciones excluidas, al reducir el número de asegurados en estas condiciones. Por otro lado posibilitaría destinar menos recursos a la detección de dolos, puesto que reduciría (que no eliminaría) los incentivos a “mentir” en el cuestionario de salud por parte de los clientes potenciales. No los eliminaría puesto que seguiría existiendo un incentivo económico (la sobreprima).
- Finalmente, incluso el sector privado de salud (Médicos y Hospitales) obtendría algún beneficio, puesto que pacientes que actualmente sólo pueden ser atendidos por el sector público al ser rechazados por las compañías, podrían acceder a dispositivo prestacional de las compañías aseguradoras. . El sector prestador privado recibiría más recursos y se descargaría el gasto en el sector público.

9.2 Dificultades en el cálculo de la sobreprima

Aun así, una vez analizadas las posibles dolencias preexistentes que actualmente causan denegación, se llega a la conclusión que aunque todo es calculable y todo tipo de dolencias y gravedad sería posiblemente cubrible con una sobreprima lo suficientemente alta, en algunos casos de enfermedades graves (leucemias, cánceres en proceso, trasplantados,...) ésta sería tan elevada que sería prácticamente imposible pagar al ser aplicable en una vida media reducida. Y más, teniendo en cuenta que siempre habrá dos posibilidades más para cualquier paciente; Ir al servicio gratuito del Servicio Público de Salud o, si tiene la suficiente capacidad económica, ir por libre a la entidad sanitaria privada que elija y pagarle directamente.

El principal problema que detectamos en el caso de querer ofrecer una sobreprima que cubra un riesgo concreto es cómo calcularla.

En el presente análisis ya se han expuesto posibles fuentes de información de dónde obtener los datos necesarios para poder calcularla. Pero también se han expuesto las limitaciones que tienen éstas.

Una de las limitaciones principales es que no es posible obtener información de costes por cada uno de los aproximadamente 4.000 criterios distintos de selección de riesgo. Como hemos podido ver, para algunos de los más comunes (Índice de Masa Corporal, Diabetes, Procesos Oncológicos pasados, Depresión, Asma....) pueden existir algunas fuentes externas o se pueden obtener algunos datos internos de la compañía. Pero es prácticamente imposible obtener información sobre dolencias tan poco relevantes y, por lo tanto, tan poco analizadas como la Gastropatosis o la Leucoplasia de la cavidad oral, que también causan exclusiones.

Por lo tanto, parece lógico suponer que, de no mejorar mucho la calidad de los datos prestacionales, estas sobreprimas sólo se podrían calcular para algunas dolencias preexistentes, normalmente, las más prevalentes.

Pero incluso en estos casos ya hemos comentado en el punto 8 la dificultad para obtener datos que relacionen costes y existencia de un riesgo sanitario. Ni tan siquiera en el caso de tirar de fuentes internas, no es posible, por ejemplo poder relacionar la variación de frecuencias y de costes medios prestacionales a distintos niveles de IMC, puesto que;

- a) Si han declarado niveles altos en la selección de riesgo, no han entrado en la compañía y, por lo tanto no han generado gasto qué analizar.
- b) Si han entrado en la compañía (al pertenecer a colectivos que no precisan de cuestionario de salud) o han adquirido esta situación mientras han sido asegurados de la compañía, ésta no ha obtenido nunca el dato del nivel de IMC y, por lo tanto, no lo tiene en su base de datos.

Una manera de conseguir tener datos que no se obtengan directamente del análisis de las prestaciones sería pedirlo, voluntariamente, a los asegurados; Actualmente las principales compañías del sector (Adeslas, Sanitas, DKV, Asisa..) tienen operativos (o en proceso de estarlo) proyectos on-line en el que se intenta acompañar a los asegurados en la consecución de ciertos objetivos de vida saludable, tales como bajar peso, tener una vida menos sedentaria o una alimentación más sana. La mayor parte de estos proyectos necesitan de la voluntad del asegurado, que debe apuntarse voluntariamente, y requieren cierta información del estado general de salud (peso, altura, edad), de hábitos de vida o incluso, en algún caso, información médica más precisa (resultados de analíticas, existencia de ciertas patologías, etc....)

Salvaguardando las premisas marcadas por la legislación sobre protección de datos y aun teniendo en cuenta que esta información estaría sesgada, puesto que, por lógica, a estos proyectos se apuntan gente preocupada por su estado de

salud, cuando a nosotros nos interesaría tener datos de todo tipo de asegurados, se podrían aplicar técnicas de análisis de Big Data y cruzándolo con los datos prestacionales de cada asegurado, se obtendría una mejor calidad de datos para poder analizar los costes prestacionales según la condición médica de cada asegurado.

9.3 ¿Cómo mitigar el sobre riesgo por dolencias preexistentes?

Una de las conclusiones que se extraen de la lectura de los estudios sobre costes de ciertas dolencias es que la existencia de controles periódicos reduce la prevalencia de enfermedades concomitantes y, por lo tanto, la frecuencia y el coste de las prestaciones de estos pacientes.

Eso permite plantear que la aseguradora que cobrara una sobreprima podría mitigar el sobre riesgo adquirido por las dolencias preexistentes a partir de planes de seguimiento y de control. E incluso se podría ligar el valor de la sobreprima al seguimiento del plan concreto.

Por ejemplo, a un asegurado con un Índice de Masa Corporal superior a los límites habituales se le podría cobrar una sobreprima X el primer año por tener ese sobrepeso e ir reduciéndolo en caso de que, siguiendo planes establecidos por la compañía y con el seguimiento de nutricionistas y endocrinos, fuera reduciendo su peso para acercarse a los IMC aceptados por la compañía. E incluso podría llegarse al punto de haber reducido tanto el sobrepeso que quedara exento de sobreprima al quedar en valores normalmente aceptados de IMC.

Algo parecido podría hacerse con los diabéticos; tal y como indica el estudio de Mata del 2013, el nivel de control es un condicionante sustancial del coste medio del paciente. Estiman que el coste anual promedio de un paciente mal controlado es en torno a un 25% más elevado que el de un paciente con un buen control de la enfermedad. Eso permitiría reducir la sobreprima a aquellos asegurados que siguieran unos controles establecidos por la compañía.

A parte de los proyectos on-line que hemos comentado anteriormente, las grandes aseguradoras del sector (Adeslas, DKV, Sanitas, Asisa...) poseen un dispositivo prestacional propio o ligado fuertemente a ellas que les permitiría pivotar sobre él este tipo de planes sin que les supusiera un excesivo coste.

Todo lo desarrollado hasta este punto nos hace pensar que, aunque con dificultades más de bondad de los datos sobre los que hacer los cálculos que de otro tipo, las compañías del sector podrían plantearse cubrir los riesgos inherentes a ciertas dolencias preexistentes con una sobreprima correctamente calculada. Y a priori, parece que una solución de este tipo podría ser bien vista tanto por aquellos asegurados que actualmente quedan fuera del sector, como por aquellos que quedaron cautivos en una compañía después de adquirir una dolencia.

También parece que una solución así permitiría aumentar su facturación sin resentir el resultado económico y que incluso otros agentes del sector (mediadores, médicos y hospitales) podrían beneficiarse de una política de este tipo.

9.4 Y sin embargo...

9.4.1 Limitación de mercado potencial

Aunque en la última “Memòria d’Entitats d’assegurança sanitària lliure de Catalunya 2014” que publica la Generalitat se habla de que aproximadamente el 35% de las primas emitidas en Catalunya correspondían a pólizas colectivas de salud, la sensación es que actualmente existe prácticamente un 50% de asegurados cuya póliza no ha sido contratada de forma individual, ya sean funcionarios o ya sean pólizas de empresas que cubren a sus empleados y familiares de éstos.

Como se ha comentado el primer capítulo, tanto unos como otros no acostumbran a pasar un cuestionario de salud, por lo que prácticamente para la mitad del mercado (y con cierta tendencia creciente, debido a la expansión de los planes de retribución flexible entre las empresas) no sería aplicable ni una selección de riesgo ni una posible sobreprima.

Pero es que incluso dentro del segmento individual de las pólizas existen numerosos productos con coberturas restringidas, especialmente de prestaciones hospitalarias, a las que no tendría mucho sentido cobrar sobreprima, una vez ya se excluye el posible riesgo de coste prestacional al no cubrir la parte importante del gasto sanitario, el generado en ingresos hospitalarios.

Lo que entre una cosa y la otra reduce el mercado potencial de una posible sobreprima por dolencia preexistente a no más del 30% del total.

9.4.2 Evolución futura, posibles alternativas a la sobreprima

Hace un par de décadas, cuando el peso de las pólizas colectivas no era tan elevado y las primas medias lo permitían, las selecciones de riesgos en el ramo de salud eran mucho más rigurosas, incluyendo a veces hasta una revisión médica y con criterios de exclusión mucho más drásticos.

Con el paso de los años, algunos de estos criterios se han ido suavizando, entre otras causas, a veces por presión social del entorno. Por ejemplo, sucedió con las primas diferenciadas entre hombre y mujeres, que era prácticamente una idea fundacional del sector, al considerarse que éstas aportaban más gasto y más riesgos a partir de su edad fértil. Sin embargo, a partir de las leyes de Igualdad de los años 2003 a 2010, se igualaron las primas por sexo.

O con la edad máxima de contratación, durante muchos años fijada en 65 prácticamente para todo el sector, y que sin embargo en los últimos años tiene cierta tendencia a la alta, hasta ver casos puntuales en los que se aceptan

asegurados nuevos con 75 años. O incluso mayores, si van acompañados de más asegurados de menor edad.

Esto nos hace pensar que es posible que en los próximos años la misma sociedad fuerce a las compañías a una revisión de los criterios de selección, a su simplificación e incluso a la salida de alguna “dolencia preexistente” de la lista de las que actualmente provocan denegaciones y/o exclusiones, especialmente de éstas últimas: Dado que, aunque existen riesgos ciertos añadidos a la salud (y por lo tanto, sobre costes) en pacientes con dolencias como la Celiaquía o el Autismo, con un fuerte componente social, es probable que, con el tiempo, se acaben asumiendo como asegurables.

Cabe considerar que el sobre riesgo adquirido por la eliminación de una dolencia preexistente de los criterios de selección no sólo se puede cubrir cobrando una sobreprima individual al afectado: A pesar de estar en un mercado libre muy competitivo a nivel de precios, en realidad, es práctica en algunas compañías, la revisión de sus criterios de selección a fin de valorar el coste beneficio de diluir el sobrecoste de una dolencia concreta con un ligero aumento de las primas para todos los asegurados y ampliar el mercado asegurable. En compañías con carteras grandes ese incremento repartido entre todos los asegurados en cartera puede llegar a ser de céntimos de Euros.

9.5 Conclusiones finales

Aun con todo lo acabado de exponer, considero que existe cierta oportunidad para el cobro de sobreprima por dolencia preexistente en algunos casos específicos, especialmente en aquellos a los que se puedan ligar planes de control, seguimiento e incluso actividades que redujeran el riesgo y que comercialmente serían vistos como preocupación por parte de la compañía por la salud y bienestar de los asegurados. En concreto, creo que sería posible para algunos grados de IMC, para diabéticos no graves, para pacientes que han tenido algún trastorno depresivo, e incluso para pacientes oncológicos después de cierto tiempo transcurrido desde el último episodio.

Cuando una compañía se hace un planteamiento del estilo de cobrar una sobreprima por tener una enfermedad preexistente no sólo debe valorar los criterios técnicos, sino también deberá analizar otros factores de responsabilidad social que redundan finalmente en una mayor sostenibilidad comercial.

No conviene olvidar que en este tipo de seguro está por medio la salud de las personas.

¿Pura ética o criterio comercial? Sea lo que sea, lo que no quiere la compañía es dar la sensación de que está aplicando un recargo a un asegurado enfermo grave que a consecuencia de su patología está ocasionando un importante gasto sanitario. Pero si ese recargo lo relaciona a la individualización de la prestación a base de controles y seguimientos que, además, revertirían en una mitigación del riesgo, se le daría la vuelta a esa imagen y se convertiría en un argumento comercial más para la compañía.

10. Bibliografía

Cita de artículo:

-“Selección de riesgo en el Seguro de Salud Seguros de Asistencia Sanitaria” Estudio realizado por: FCO. JAVIER HERRERA RUIZ, Tutor: CRISTINA GARCIA SANCHEZ-PUERTA Tesis del Master en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras Curso 2009/2010

-“Los seguros de salud en la reforma de la Ley de Contrato de Seguro”, Cuadernos de SEAIDA, nº 6, págs. 33 y ss., citado por MARTÍNEZ-GIJÓN MACHUCA, P

- “impacto de la Ley de Igualdad de Género en los seguros de salud” : EDUARDO SÁNCHEZ DELGADO, Economista, Actuario y Estadístico Artículo publicado en la revista Trébol (interna de Mapfre) número 47 // 2 - 2008

-“El seguro de asistencia sanitaria: Algunas cuestiones relevantes en el ordenamiento jurídico español” Trabajo de Fin de Máster en Derecho Privado Patrimonial: Elaborado por: SARA CEBALLOS PADRÓN Dirigido por: Dra. Dña. Isabel García Martín (Salamanca, 2013)

- “Obesidad: la epidemia del siglo XXI” (B.MORENO ESTEBAN, S.MONEREO MEGÍAS J. ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, Ediciones Díaz de Santos)

- “Estudios de coste de la diabetes tipo 2: una revisión de la literatura”. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Economía y Competitividad. HIDALGO Á.; OLIVA, J.; RUBIO, M., ZOZAYA, N.; VILLORO, R.; GARCÍA, S.,

- “Coste actual de la diabetes mellitus en España: el estudio eCostes DM2”. MATA M. Suplemento extraordinario Diabetes Práctica. Jornadas de actualización terapéutica. Diabetes tipo 2. 2013;6.

-“Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España” (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes) CRESPO C, BROSAB M, SORIA-JUANC A, LOPEZ-ALBAD A, LÓPEZ-MARTÍNEZ N, SORIA B. Avances en Diabetología. 2013;29(6):182-189.

- “Costs, outcomes and challenges for diabetes care in Spain”. LOPEZ-BASTIDA J, BORONAT M, MORENO JO, SCHURER W. Globalization and health. 2013;9:17.

- . Economic cost associated with type II diabetes in Spanish patients. BALLESTA M, CARRAL F, OLVEIRA G, GIRON JA, AGUILAR M. The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care. Dec 2006;7(4):270-275.

- . “Direct health care costs of diabetic patients in Spain”. OLIVA J, LOBO F, MOLINA B, MONEREO S. Diabetes care. Nov 2004;27(11):2616-2621.

- “The cost of type 2 diabetes in Spain: the CODE-2 study”. MATA M, ANTONANZAS F, TAFALLA M, SANZ P. Gaceta sanitaria / S. E. S. P. A. S. Nov-Dec 2002;16(6):511-520

- “The social and economic cost of diabetes mellitus” LOPEZ BASTIDA J, SERRANO AGUILAR P, DUQUE GONZALEZ B. Atención primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Feb 28 2002;29(3):145-150.

- “Uso de recursos sanitarios y pérdida de productividad en pacientes con trastornos depresivos atendidos en atención primaria: Estudio InterDep” ; FERNANDO CABALLERO-MARTÍNEZ FERNANDO LEÓN-VÁZQUEZ ALFREDO PAYÁ-PARDO ANTONIO DÍAZ-HOLGADO ; Dirección Académica de Medicina Universidad Francisco de Vitoria

- "La repercusión económica de las enfermedades crónicas: El coste de la epilepsia infantil en el año 2000" A. ARGUMOSA, J.L. HERRANZ Servicio de Neuropediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

- "Coste económico del paciente asmático en España (estudio AsmaCost 2009)" EVA MARTÍNEZ-MORAGÓN A. JOAN SERRA-BATLLÉS B, ALFREDO DE DIEGO C, MARTA PALOP D, PERE CASAN E, CARLOS RUBIO-TERRÉS F, CONCEPCIÓN PELLICER G y por el grupo de investigadores del estudio asmacost

Cita de libro:

-Conociendo el Seguro. Teoría General del Seguro :J.L. Pérez Torres, Barcelona, 2002

Cita de informe (autor corporativo):

UNESPA. Manual de Tramitación de Siniestros de Automóviles. Madrid. Editorial Aseguradora, 2004.

GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS DE SALUD UNESPA 7 de julio 2016

- "Estudio de costes y carga de la depresión en Cataluña (CostDep-2006)" (www.gencat.cat/salut) Edición: Departamento de Salud Coordinación editorial: Plan director de salud mental y adicciones, Dirección General de Regulación, Planificación y Recursos Sanitarios, Departamento de Salud

-INFORMES ICEA El Seguro de Salud. Año 2016 (1,9 MB)

-INFORMES ICEAS Histórico Primas, Prestaciones y Asegurados de Salud

-Memòria d'Entitats d'assegurança sanitària lliure de Catalunya 2014 Departament de Salut, Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària

Fuente de internet:

-Latest ACA Repeal Plan Would Explode Premiums for People with Pre-Existing Conditions (By Sam Berger and Emily Gee Posted on April 20, 2017, 11:14 am)
<https://www.americanprogress.org/issues/healthcare/news/2017/04/20/430858/latest-aca-repeal-plan-explode-premiums-people-pre-existing-conditions/>

Otros Documentos:

-Condicionado General de póliza de Asistencia Sanitaria de:

- o SecurCaixa Adeslas
- o Sanitas
- o DKV
- o Asisa
- o Mapfre

-Cuestionarios de Salud para pólizas de Asistencia Sanitaria de:

- o SecurCaixa Adeslas
- o DKV
- o Asisa
- o Mapfre

Jordi Martí Bernaus

Nacido en Barcelona un 10 de agosto del 1969, estudié ESADE obteniendo el título de licenciado en Empresariales y Master en Administración de Empresas en el año 1993

Después de dedicar parte de mi carrera profesional a ámbitos tan diversos como la auditoria o la gestión del ciclo del agua (con experiencias internacionales) recalé en Segurcaixa Adeslas (por aquel entonces, sólo Adeslas) en el 2004.

Desde entonces, he ocupado cargos que han ido variando de nombre y que han hecho que me encargara de cosas tan diversas como la subscripción, la emisión de la facturación, políticas de cobro, la gestión con Agentes, la negociación de primas con pólizas colectivas, ... Pero principalmente me he dedicado a parte de la gestión, control y pago de las prestaciones médicas de nuestros asegurados.

Actualmente ocupo el puesto de Adjunto al Director de la Zona Noreste.

COLECCIÓN “CUADERNOS DE DIRECCIÓN ASEGURADORA”
Máster en Dirección de Entidades Aseguradoras y Financieras
Facultad de Economía y Empresa. Universidad de Barcelona

PUBLICACIONES

- 1.- Francisco Abián Rodríguez: “Modelo Global de un Servicio de Prestaciones Vida y su interrelación con Suscripción” 2005/2006
- 2.- Erika Johanna Aguilar Olaya: “Gobierno Corporativo en las Mutualidades de Seguros” 2005/2006
- 3.- Alex Aguyé Casademunt: “La Entidad Multicanal. Elementos clave para la implantación de la Estrategia Multicanal en una entidad aseguradora” 2009/2010
- 4.- José María Alonso-Rodríguez Piedra: “Creación de una plataforma de servicios de siniestros orientada al cliente” 2007/2008
- 5.- Jorge Alvez Jiménez: “innovación y excelencia en retención de clientes” 2009/2010
- 6.- Anna Aragonés Palom: “El Cuadro de Mando Integral en el Entorno de los seguros Multirriesgo” 2008/2009
- 7.- Maribel Avila Ostos: “La tele-suscripción de Riesgos en los Seguros de Vida” 2009/2010
- 8.- Mercé Bascompte Riquelme: “El Seguro de Hogar en España. Análisis y tendencias” 2005/2006
- 9.- Aurelio Beltrán Cortés: “Bancaseguros. Canal Estratégico de crecimiento del sector asegurador” 2010/2011
- 10.- Manuel Blanco Alpuente: “Delimitación temporal de cobertura en el seguro de responsabilidad civil. Las cláusulas claims made” 2008/2009
- 11.- Eduard Blanxart Raventós: “El Gobierno Corporativo y el Seguro D & O” 2004/2005
- 12.- Rubén Bouso López: “El Sector Industrial en España y su respuesta aseguradora: el Multirriesgo Industrial. Protección de la empresa frente a las grandes pérdidas patrimoniales” 2006/2007
- 13.- Kevin van den Boom: “El Mercado Reasegurador (Cedentes, Brokers y Reaseguradores). Nuevas Tendencias y Retos Futuros” 2008/2009
- 14.- Laia Bruno Sazatornil: “L’ètica i la rentabilitat en les companyies asseguradores. Proposta de codi deontològic” 2004/2005
- 15.- María Dolores Caldés Llopis: “Centro Integral de Operaciones Vida” 2007/2008
- 16.- Adolfo Calvo Llorca: “Instrumentos legales para el recobro en el marco del seguro de crédito” 2010/2011
- 17.- Ferran Camprubí Baiges: “La gestión de las inversiones en las entidades aseguradoras. Selección de inversiones” 2010/2011
- 18.- Joan Antoni Carbonell Aregall: “La Gestió Internacional de Sinistres d’Automòbil amb Resultat de Danys Materials” 2003-2004
- 19.- Susana Carmona Llevadot: “Viabilidad de la creación de un sistema de Obra Social en una entidad aseguradora” 2007/2008
- 20.- Sergi Casas del Alcazar: “El PLAN de Contingencias en la Empresa de Seguros” 2010/2011
- 21.- Francisco Javier Cortés Martínez: “Análisis Global del Seguro de Decesos” 2003-2004
- 22.- María Carmen Ceña Nogué: “El Seguro de Comunidades y su Gestión” 2009/2010
- 23.- Jordi Cots Paltor: “Control Interno. El auto-control en los Centros de Siniestros de Automóviles” 2007/2008
- 24.- Montserrat Cunillé Salgado: “Los riesgos operacionales en las Entidades Aseguradoras” 2003-2004
- 25.- Ricard Doménech Pagés: “La realidad 2.0. La percepción del cliente, más importante que nunca” 2010/2011
- 26.- Luis Domínguez Martínez: “Formas alternativas para la Cobertura de Riesgos” 2003-2004

- 27.- Marta Escudero Cutal: "Solvencia II. Aplicación práctica en una entidad de Vida" 2007/2008
- 28.- Salvador Esteve Casablanca: "La Dirección de Reaseguro. Manual de Reaseguro" 2005/2006
- 29.- Alvaro de Falguera Gaminde: "Plan Estratégico de una Correduría de Seguros Náuticos" 2004/2005
- 30.- Isabel M^a Fernández García: "Nuevos aires para las Rentas Vitalicias" 2006/2007
- 31.- Eduard Fillet Catarina: "Contratación y Gestión de un Programa Internacional de Seguros" 2009/2010
- 32.- Pablo Follana Murcia: "Métodos de Valoración de una Compañía de Seguros. Modelos Financieros de Proyección y Valoración consistentes" 2004/2005
- 33.- Juan Fuentes Jassé: "El fraude en el seguro del Automóvil" 2007/2008
- 34.- Xavier Gabarró Navarro: ""El Seguro de Protección Jurídica. Una oportunidad de Negocio"" 2009/2010
- 35.- Josep María Galcerá Gombau: "La Responsabilidad Civil del Automóvil y el Daño Corporal. La gestión de siniestros. Adaptación a los cambios legislativos y propuestas de futuro" 2003-2004
- 36.- Luisa García Martínez: "El Carácter tuitivo de la LCS y los sistemas de Defensa del Asegurado. Perspectiva de un Operador de Banca Seguros" 2006/2007
- 37.- Fernando García Giral: "Control de Gestión en las Entidades Aseguradoras" 2006/2007
- 38.- Jordi García-Muret Ubis: "Dirección de la Sucursal. D. A. F. O." 2006/2007
- 39.- David Giménez Rodríguez: "El seguro de Crédito: Evolución y sus Canales de Distribución" 2008/2009
- 40.- Juan Antonio González Arriete: "Línea de Descuento Asegurada" 2007/2008
- 41.- Miquel Gotés Grau: "Assegurances Agràries a Banca Seguros. Potencial i Sistema de Comercialització" 2010/2011
- 42.- Jesús Gracia León: "Los Centros de Siniestros de Seguros Generales. De Centros Operativos a Centros Resolutivos. De la optimización de recursos a la calidad de servicio" 2006/2007
- 43.- José Antonio Guerra Díez: "Creación de unas Tablas de Mortalidad Dinámicas" 2007/2008
- 44.- Santiago Guerrero Caballero: "La politización de las pensiones en España" 2010/2011
- 45.- Francisco J. Herencia Conde: "El Seguro de Dependencia. Estudio comparativo a nivel internacional y posibilidades de desarrollo en España" 2006/2007
- 46.- Francisco Javier Herrera Ruiz: "Selección de riesgos en el seguro de Salud" 2009/2010
- 47.- Alicia Hoya Hernández: "Impacto del cambio climático en el reaseguro" 2008/2009
- 48.- Jordi Jiménez Baena: "Creación de una Red de Agentes Exclusivos" 2007/2008
- 49.- Oriol Jorba Cartoixà: "La oportunidad aseguradora en el sector de las energías renovables" 2008/2009
- 50.- Anna Juncá Puig: "Una nueva metodología de fidelización en el sector asegurador" 2003/2004
- 51.- Ignacio Lacalle Goría: "El artículo 38 Ley Contrato de Seguro en la Gestión de Siniestros. El procedimiento de peritos" 2004/2005
- 52.- M^a Carmen Lara Ortíz: "Solvencia II. Riesgo de ALM en Vida" 2003/2004
- 53.- Haydée Noemí Lara Téllez: "El nuevo sistema de Pensiones en México" 2004/2005
- 54.- Marta Leiva Costa: "La reforma de pensiones públicas y el impacto que esta modificación supone en la previsión social" 2010/2011
- 55.- Victoria León Rodríguez: "Problemàtica del aseguramiento de los Jóvenes en la política comercial de las aseguradoras" 2010/2011
- 56.- Pilar Lindín Soriano: "Gestión eficiente de pólizas colectivas de vida" 2003/2004

- 57.- Victor Lombardero Guarner: "La Dirección Económico Financiera en el Sector Asegurador" 2010/2011
- 58.- Maite López Aladros: "Análisis de los Comercios en España. Composición, Evolución y Oportunidades de negocio para el mercado asegurador" 2008/2009
- 59.- Josep March Arranz: "Los Riesgos Personales de Autónomos y Trabajadores por cuenta propia. Una visión de la oferta aseguradora" 2005/2006
- 60.- Miquel Maresch Camprubí: "Necesidades de organización en las estructuras de distribución por mediadores" 2010/2011
- 61.- José Luis Marín de Alcaraz: "El seguro de impago de alquiler de viviendas" 2007/2008
- 62.- Miguel Ángel Martínez Boix: "Creatividad, innovación y tecnología en la empresa de seguros" 2005/2006
- 63.- Susana Martínez Corveira: "Propuesta de Reforma del Baremo de Autos" 2009/2010
- 64.- Inmaculada Martínez Lozano: "La Tributación en el mundo del seguro" 2008/2009
- 65.- Dolors Melero Montero: "Distribución en bancaseguros: Actuación en productos de empresas y gerencia de riesgos" 2008/2009
- 66.- Josep Mena Font: "La Internalización de la Empresa Española" 2009/2010
- 67.- Angela Milla Molina: "La Gestión de la Previsión Social Complementaria en las Compañías de Seguros. Hacia un nuevo modelo de Gestión" 2004/2005
- 68.- Montserrat Montull Rossón: "Control de entidades aseguradoras" 2004/2005
- 69.- Eugenio Morales González: "Oferta de licuación de patrimonio inmobiliario en España" 2007/2008
- 70.- Lluís Morales Navarro: "Plan de Marketing. División de Bancaseguros" 2003/2004
- 71.- Sonia Moya Fernández: "Creación de un seguro de vida. El éxito de su diseño" 2006/2007
- 72.- Rocío Moya Morón: "Creación y desarrollo de nuevos Modelos de Facturación Electrónica en el Seguro de Salud y ampliación de los modelos existentes" 2008/2009
- 73.- María Eugenia Muguertza Goya: "Bancaseguros. La comercialización de Productos de Seguros No Vida a través de redes bancarias" 2005/2006
- 74.- Ana Isabel Mullor Cabo: "Impacto del Envejecimiento en el Seguro" 2003/2004
- 75.- Estefanía Nicolás Ramos: "Programas Multinacionales de Seguros" 2003/2004
- 76.- Santiago de la Nogal Mesa: "Control interno en las Entidades Aseguradoras" 2005/2006
- 77.- Antonio Nolasco Gutiérrez: "Venta Cruzada. Mediación de Seguros de Riesgo en la Entidad Financiera" 2006/2007
- 78.- Francesc Ocaña Herrera: "Bonus-Malus en seguros de asistencia sanitaria" 2006/2007
- 79.- Antonio Olmos Francino: "El Cuadro de Mando Integral: Perspectiva Presente y Futura" 2004/2005
- 80.- Luis Palacios García: "El Contrato de Prestación de Servicios Logísticos y la Gerencia de Riesgos en Operadores Logísticos" 2004/2005
- 81.- Jaume Paris Martínez: "Segmento Discapacitados. Una oportunidad de Negocio" 2009/2010
- 82.- Martín Pascual San Martín: "El incremento de la Longevidad y sus efectos colaterales" 2004/2005
- 83.- Montserrat Pascual Villacampa: "Proceso de Tarificación en el Seguro del Automóvil. Una perspectiva técnica" 2005/2006
- 84.- Marco Antonio Payo Aguirre: "La Gerencia de Riesgos. Las Compañías Cautivas como alternativa y tendencia en el Risk Management" 2006/2007
- 85.- Patricia Pérez Julián: "Impacto de las nuevas tecnologías en el sector asegurador" 2008/2009
- 86.- María Felicidad Pérez Soro: "La atención telefónica como transmisora de imagen" 2009/2010

- 87.- Marco José Piccirillo: "Ley de Ordenación de la Edificación y Seguro. Garantía Decenal de Daños" 2006/2007
- 88.- Irene Plana Güell: "Sistemas d'Informació Geogràfica en el Sector Assegurador" 2010/2011
- 89.- Sonia Plaza López: "La Ley 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal" 2003/2004
- 90.- Pere Pons Pena: "Identificación de Oportunidades comerciales en la Provincia de Tarragona" 2007/2008
- 91.- María Luisa Postigo Díaz: "La Responsabilidad Civil Empresarial por accidentes del trabajo. La Prevención de Riesgos Laborales, una asignatura pendiente" 2006/2007
- 92.- Jordi Pozo Tamarit: "Gerencia de Riesgos de Terminales Marítimas" 2003/2004
- 93.- Francesc Pujol Niñerola: "La Gerencia de Riesgos en los grupos multisectoriales" 2003-2004
- 94.- M^a del Carmen Puyol Rodríguez: "Recursos Humanos. Breve mirada en el sector de Seguros" 2003/2004
- 95.- Antonio Miguel Reina Vidal: "Sistema de Control Interno, Compañía de Vida. Bancaseguros" 2006/2007
- 96.- Marta Rodríguez Carreiras: "Internet en el Sector Asegurador" 2003/2004
- 97.- Juan Carlos Rodríguez García: "Seguro de Asistencia Sanitaria. Análisis del proceso de tramitación de Actos Médicos" 2004/2005
- 98.- Mónica Rodríguez Nogueiras: "La Cobertura de Riesgos Catastróficos en el Mundo y soluciones alternativas en el sector asegurador" 2005/2006
- 99.- Susana Roquet Palma: "Fusiones y Adquisiciones. La integración y su impacto cultural" 2008/2009
- 100.- Santiago Rovira Obradors: "El Servei d'Assegurances. Identificació de les variables clau" 2007/2008
- 101.- Carlos Ruano Espí: "Microseguro. Una oportunidad para todos" 2008/2009
- 102.- Mireia Rubio Cantisano: "El Comercio Electrónico en el sector asegurador" 2009/2010
- 103.- María Elena Ruíz Rodríguez: "Análisis del sistema español de Pensiones. Evolución hacia un modelo europeo de Pensiones único y viabilidad del mismo" 2005/2006
- 104.- Eduardo Ruiz-Cuevas García: "Fases y etapas en el desarrollo de un nuevo producto. El Taller de Productos" 2006/2007
- 105.- Pablo Martín Sáenz de la Pascua: "Solvencia II y Modelos de Solvencia en Latinoamérica. Sistemas de Seguros de Chile, México y Perú" 2005/2006
- 106.- Carlos Sala Farré: "Distribución de seguros. Pasado, presente y tendencias de futuro" 2008/2009
- 107.- Ana Isabel Salguero Matarín: "Quién es quién en el mundo del Plan de Pensiones de Empleo en España" 2006/2007
- 108.- Jorge Sánchez García: "El Riesgo Operacional en los Procesos de Fusión y Adquisición de Entidades Aseguradoras" 2006/2007
- 109.- María Angels Serral Floreta: "El lucro cesante derivado de los daños personales en un accidente de circulación" 2010/2011
- 110.- David Serrano Solano: "Metodología para planificar acciones comerciales mediante el análisis de su impacto en los resultados de una compañía aseguradora de No Vida" 2003/2004
- 111.- Jaume Siberta Durán: "Calidad. Obtención de la Normativa ISO 9000 en un centro de Atención Telefónica" 2003/2004
- 112.- María Jesús Suárez González: "Los Poolings Multinacionales" 2005/2006
- 113.- Miguel Torres Juan: "Los siniestros IBNR y el Seguro de Responsabilidad Civil" 2004/2005
- 114.- Carlos Travé Babiano: "Provisiones Técnicas en Solvencia II. Valoración de las provisiones de siniestros" 2010/2011
- 115.- Rosa Viciano García: "Banca-Seguros. Evolución, regulación y nuevos retos" 2007/2008
- 116.- Ramón Vidal Escobosa: "El baremo de Daños Personales en el Seguro de Automóviles" 2009/2010

- 117.- Tomás Wong-Kit Ching: "Análisis del Reaseguro como mitigador del capital de riesgo" 2008/2009
- 118.- Yibo Xiong: "Estudio del mercado chino de Seguros: La actualidad y la tendencia" 2005/2006
- 119.- Beatriz Bernal Callizo: "Póliza de Servicios Asistenciales" 2003/2004
- 120.- Marta Bové Badell: "Estudio comparativo de evaluación del Riesgo de Incendio en la Industria Química" 2003/2004
- 121.- Ernest Castellón Texidó: "La edificación. Fases del proceso, riesgos y seguros" 2004/2005
- 122.- Sandra Clusella Giménez: "Gestió d'Actius i Passius. Inmunització Financera" 2004/2005
- 123.- Miquel Crespí Argemí: "El Seguro de Todo Riesgo Construcción" 2005/2006
- 124.- Yolanda Dengra Martínez: "Modelos para la oferta de seguros de Hogar en una Caja de Ahorros" 2007/2008
- 125.- Marta Fernández Ayala: "El futuro del Seguro. Bancaseguros" 2003/2004
- 126.- Antonio Galí Isus: "Inclusión de las Energías Renovables en el sistema Eléctrico Español" 2009/2010
- 127.- Gloria Gorbea Bretones: "El control interno en una entidad aseguradora" 2006/2007
- 128.- Marta Jiménez Rubio: "El procedimiento de tramitación de siniestros de daños materiales de automóvil: análisis, ventajas y desventajas" 2008/2009
- 129.- Lorena Alejandra Libson: "Protección de las víctimas de los accidentes de circulación. Comparación entre el sistema español y el argentino" 2003/2004
- 130.- Mario Manzano Gómez: "La responsabilidad civil por productos defectuosos. Solución aseguradora" 2005/2006
- 131.- Àlvar Martín Botí: "El Ahorro Previsión en España y Europa. Retos y Oportunidades de Futuro" 2006/2007
- 132.- Sergio Martínez Olivé: "Construcción de un modelo de previsión de resultados en una Entidad Aseguradora de Seguros No Vida" 2003/2004
- 133.- Pilar Miracle Vázquez: "Alternativas de implementación de un Departamento de Gestión Global del Riesgo. Aplicado a empresas industriales de mediana dimensión" 2003/2004
- 134.- María José Morales Muñoz: "La Gestión de los Servicios de Asistencia en los Multirriesgo de Hogar" 2007/2008
- 135.- Juan Luis Moreno Pedroso: "El Seguro de Caución. Situación actual y perspectivas" 2003/2004
- 136.- Rosario Isabel Pastrana Gutiérrez: "Creació d'una empresa de serveis socials d'atenció a la dependència de les persones grans enfocada a productes d'assegurances" 2007/2008
- 137.- Joan Prat Rifá: "La Previsió Social Complementaria a l'Empresa" 2003/2004
- 138.- Alberto Sanz Moreno: "Beneficios del Seguro de Protección de Pagos" 2004/2005
- 139.- Judith Safont González: "Efectes de la contaminació i del estils de vida sobre les assegurances de salut i vida" 2009/2010
- 140.- Carles Soldevila Mejías: "Models de gestió en companyies d'assegurances. Outsourcing / Insourcing" 2005/2006
- 141.- Olga Torrente Pascual: "IFRS-19 Retribuciones post-empleo" 2003/2004
- 142.- Annabel Roig Navarro: "La importancia de las mutualidades de previsión social como complementarias al sistema público" 2009/2010
- 143.- José Angel Ansón Tortosa: "Gerencia de Riesgos en la Empresa española" 2011/2012
- 144.- María Mercedes Bernués Burillo: "El permiso por puntos y su solución aseguradora" 2011/2012
- 145.- Sònia Beulas Boix: "Prevención del blanqueo de capitales en el seguro de vida" 2011/2012
- 146.- Ana Borràs Pons: "Teletrabajo y Recursos Humanos en el sector Asegurador" 2011/2012
- 147.- María Asunción Cabezas Bono: "La gestión del cliente en el sector de bancaseguros" 2011/2012

- 148.- María Carrasco Mora: "Matching Premium. New approach to calculate technical provisions Life insurance companies" 2011/2012
- 149.- Eduard Huguet Palouzie: "Las redes sociales en el Sector Asegurador. Plan social-media. El Community Manager" 2011/2012
- 150.- Laura Monedero Ramírez: "Tratamiento del Riesgo Operacional en los 3 pilares de Solvencia II" 2011/2012
- 151.- Salvador Obregón Gomá: "La Gestión de Intangibles en la Empresa de Seguros" 2011/2012
- 152.- Elisabet Ordóñez Somolinos: "El sistema de control Interno de la Información Financiera en las Entidades Cotizadas" 2011/2012
- 153.- Gemma Ortega Vidal: "La Mediación. Técnica de resolución de conflictos aplicada al Sector Asegurador" 2011/2012
- 154.- Miguel Ángel Pino García: "Seguro de Crédito: Implantación en una aseguradora multirramo" 2011/2012
- 155.- Genevieve Thibault: "The Costumer Experience as a Sorce of Competitive Advantage" 2011/2012
- 156.- Francesc Vidal Bueno: "La Mediación como método alternativo de gestión de conflictos y su aplicación en el ámbito asegurador" 2011/2012
- 157.- Mireia Arenas López: "El Fraude en los Seguros de Asistencia. Asistencia en Carretera, Viaje y Multirriesgo" 2012/2013
- 158.- Lluís Fernández Rabat: "El proyecto de contratos de Seguro-IFRS4. Expectativas y realidades" 2012/2013
- 159.- Josep Ferrer Arilla: "El seguro de decesos. Presente y tendencias de futuro" 2012/2013
- 160.- Alicia García Rodríguez: "El Cuadro de Mando Integral en el Ramo de Defensa Jurídica" 2012/2013
- 161.- David Jarque Solsona: "Nuevos sistemas de suscripción en el negocio de vida. Aplicación en el canal bancaseguros" 2012/2013
- 162.- Kamal Mustafá Gondolbeu: "Estrategias de Expansión en el Sector Asegurador. Matriz de Madurez del Mercado de Seguros Mundial" 2012/2013
- 163.- Jordi Núñez García: "Redes Periciales. Eficacia de la Red y Calidad en el Servicio" 2012/2013
- 164.- Paula Núñez García: "Benchmarking de Autoevaluación del Control en un Centro de Siniestros Diversos" 2012/2013
- 165.- Cristina Riera Asensio: "Agregadores. Nuevo modelo de negocio en el Sector Asegurador" 2012/2013
- 166.- Joan Carles Simón Robles: "Responsabilidad Social Empresarial. Propuesta para el canal de agentes y agencias de una compañía de seguros generalista" 2012/2013
- 167.- Marc Vilardebó Miró: "La política de inversión de las compañías aseguradoras ¿Influirá Solvencia II en la toma de decisiones?" 2012/2013
- 168.- Josep María Bertrán Aranés: "Segmentación de la oferta aseguradora para el sector agrícola en la provincia de Lleida" 2013/2014
- 169.- María Buendía Pérez: "Estrategia: Formulación, implementación, valoración y control" 2013/2014
- 170.- Gabriella Fernández Andrade: "Oportunidades de mejora en el mercado de seguros de Panamá" 2013/2014
- 171.- Alejandro Galcerán Rosal: "El Plan Estratégico de la Mediación: cómo una Entidad Aseguradora puede ayudar a un Mediador a implementar el PEM" 2013/2014
- 172.- Raquel Gómez Fernández: "La Previsión Social Complementaria: una apuesta de futuro" 2013/2014
- 173.- Xoan Jovaní Guiral: "Combinaciones de negocios en entidades aseguradoras: una aproximación práctica" 2013/2014
- 174.- Àlex Lansac Font: "Visión 360 de cliente: desarrollo, gestión y fidelización" 2013/2014

- 175.- Albert Llambriçh Moreno: "Distribución: Evolución y retos de futuro: la evolución tecnológica" 2013/2014
- 176.- Montserrat Pastor Ventura: "Gestión de la Red de Mediadores en una Entidad Aseguradora. Presente y futuro de los agentes exclusivos" 2013/2014
- 177.- Javier Portalés Pau: "El impacto de Solvencia II en el área de TI" 2013/2014
- 178.- Jesús Rey Pulido: "El Seguro de Impago de Alquileres: Nuevas Tendencias" 2013/2014
- 179.- Anna Solé Serra: "Del cliente satisfecho al cliente entusiasmado. La experiencia cliente en los seguros de vida" 2013/2014
- 180.- Eva Tejedor Escorihuela: "Implantación de un Programa Internacional de Seguro por una compañía española sin sucursales o filiales propias en el extranjero. Caso práctico: Seguro de Daños Materiales y RC" 2013/2014
- 181.- Vanesa Cid Pijuan: "Los seguros de empresa. La diferenciación de la mediación tradicional" 2014/2015.
- 182.- Daniel Ciprés Tiscar: "¿Por qué no arranca el Seguro de Dependencia en España?" 2014/2015.
- 183.- Pedro Antonio Escalona Cano: "La estafa de Seguro. Creación de un Departamento de Fraude en una entidad aseguradora" 2014/2015.
- 184.- Eduard Escardó Lleixà: "Análisis actual y enfoque estratégico comercial de la Bancaseguros respecto a la Mediación tradicional" 2014/2015.
- 185.- Marc Esteve Grau: "Introducción del Ciber Riesgo en el Mundo Asegurador" 2014/2015.
- 186.- Paula Fernández Díaz: "La Innovación en las Entidades Aseguradoras" 2014/2015.
- 187.- Alex Lleyda Capell: "Proceso de transformación de una compañía aseguradora enfocada a producto, para orientarse al cliente" 2014/2015.
- 188.- Oriol Petit Salas: "Creación de Correduría de Seguros y Reaseguros S.L. Gestión Integral de Seguros" 2014/2015.
- 189.- David Ramos Pastor: "Big Data en sectores Asegurador y Financiero" 2014/2015.
- 190.- Marta Raso Cardona: "Comoditización de los seguros de Autos y Hogar. Diferenciación, fidelización y ahorro a través de la prestación de servicios" 2014/2015.
- 191.- David Ruiz Carrillo: "Información de clientes como elemento estratégico de un modelo asegurador. Estrategias de Marketing Relacional/CRM/Big Data aplicadas al desarrollo de un modelo de Bancaseguros" 2014/2015.
- 192.- Maria Torrent Caldas: "Ahorro y planificación financiera en relación al segmento de jóvenes" 2014/2015.
- 193.- Cristian Torres Ruiz: "El seguro de renta vitalicia. Ventajas e inconvenientes" 2014/2015.
- 194.- Juan José Trani Moreno: "La comunicación interna. Una herramienta al servicio de las organizaciones" 2014/2015.
- 195.- Alberto Yebra Yebra: "El seguro, producto refugio de las entidades de crédito en épocas de crisis" 2014/2015.
- 196.- Jesús García Riera: "Aplicación de la Psicología a la Empresa Aseguradora" 2015/2016
- 197.- Pilar Martínez Beguería: "La Función de Auditoría Interna en Solvencia II" 2015/2016
- 198.- Ingrid Nicolás Fargas: "El Contrato de Seguro y su evolución hasta la Ley 20/2015 LOSSEAR. Hacia una regulación más proteccionista del asegurado" 2015/2016
- 199.- María José Páez Reigosa: "Hacia un nuevo modelo de gestión de siniestros en el ramo de Defensa Jurídica" 2015/2016
- 200.- Sara Melissa Pinilla Vega: "Auditoría de Marca para el Grupo Integra Seguros Limitada" 2015/2016
- 201.- Teresa Repollés Llecha: "Optimización del ahorro a través de soluciones integrales. ¿cómo puede la empresa ayudar a sus empleados? 2015/2016
- 202.- Daniel Rubio de la Torre: "Telematics y el seguro del automóvil. Una nueva póliza basada en los servicios" 2015/2016

- 203.- Marc Tarragó Diego: "Transformación Digital. Evolución de los modelos de negocio en las compañías tradicionales" 2015/2016
- 204.- Marc Torrents Fábregas: "Hacia un modelo asegurador peer-to-peer. ¿El modelo asegurador del futuro?" 2015/2016
- 205.- Inmaculada Vallverdú Coll: "Fórmulas modernas del Seguro de Crédito para el apoyo a la empresa: el caso español" 2015/2016
- 206.- Cristina Alberch Barrio: "Seguro de Crédito. Gestión y principales indicadores" 2016/2017
- 207.- Ian Bachs Millet: "Estrategias de expansión geográfica de una entidad aseguradora para un mercado específico" 2016/2017
- 208.- Marta Campos Comas: "Externalización del servicio de asistencia" 2016/2017
- 209.- Jordi Casas Pons: "Compromisos por pensiones. Hacia un nuevo modelo de negociación colectiva" 2016/2017
- 210.- Ignacio Domenech Guillén: "El seguro del automóvil para vehículos sostenibles, autónomos y conectados" 2016/2017
- 211.- María Luisa Fernández Gómez: "Adquisiciones de Carteras de Seguros y Planes de Pensiones" 2016/2017
- 212.- Diana Heman Hasbach: "¿Podrán los Millennials cobrar pensión?: una aplicación al caso de México" 2016/2017
- 213.- Sergio López Serrano: "El impacto de los Ciberriesgos en la Gerencia de Riesgos Tradicional" 2016/2017
- 214.- Jordi Martí Bernaus: "Dolencias preexistentes en el seguro de Salud: exclusiones o sobreprimas" 2016/2017
- 215.- Jéscica Martínez Ordóñez: "Derecho al honor de las personas jurídicas y reputación online" 2016/2017
- 216.- Raúl Monjo Zapata: "La Función de Cumplimiento en las Entidades Aseguradoras" 2016/2017
- 217.- Francisco José Muñoz Guerrero: "Adaptación de los Productos de Previsión al Ciclo de Vida" 2016/2017
- 218.- Mireia Orenes Esteban: "Crear valor mediante la gestión de siniestros de vida" 2016/2017
- 219.- Oscar Pallisa Gabriel: "Big Data y el sector asegurador" 2016/2017
- 220.- Marc Parada Ricart: "Gerencia de Riesgos en el Sector del Transporte de Mercancías" 2016/2017
- 221.- Xavier Pérez Prado: "Análisis de la mediación en tiempos de cambio. Debilidades y fortalezas. Una visión de futuro" 2016/2017
- 222.- Carles Pons Garulo: "Solvencia II: Riesgo Catastrófico. Riesgo Antropógeno y Reaseguro en el Seguro de Daños Materiales" 2016/2017
- 223.- Javier Pulpillo López: "El Cuadro de Mando Integral como herramienta de gestión estratégica y retributiva" 2016/2017