



# impacto de la Ley de Igualdad de Género en los seguros de salud

**Eduardo Sánchez Delgado**  
Economista, Actuario y Estadístico  
Director Actuarial de MAPFRE FAMILIAR

**Montserrat Álvarez Beleño**  
Actuario y Estadístico  
Jefe Departamento Actuarial y Estudios  
Técnicos de MAPFRE CAJA SALUD

## Introducción

La aplicación de la Directiva del Consejo 2004/113/CE, de 13 de diciembre, traspuesta al ordenamiento jurídico español mediante la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres<sup>1</sup>, implica la realización de una serie de modificaciones en los contratos de seguro, que afectan a las entidades aseguradoras, y, especialmente, a las compañías que operan en el ramo de la salud. En concreto, supone la modificación de determinados aspectos de la suscripción y de la tarificación de los contratos de seguro.

La Ley de Igualdad dedica cuatro artículos, del 69 al 72, a la igualdad en materia de bienes y servicios. Ya en el artículo 69 se advierte el espíritu de esta Ley:

*“Todas las personas físicas o jurídicas, ..., estarán obligadas, en sus actividades y en las transacciones consiguientes, al cumplimiento del principio de igualdad de trato entre mujeres y hombres, evitando discriminaciones, directas o indirectas, por razón de sexo”.*

Aunque no se puede perder de vista que la igualdad entre hombres y mujeres es un principio jurídico universal, reconocido en múltiples textos internacionales sobre derechos humanos, y es un principio fundamental en la Unión Europea<sup>2</sup>, no es menos cierto que, si se admite la máxima propuesta por el poeta y dramaturgo francés, “el establecer formas de

diferenciación y trato distintos, no genera necesariamente una desigualdad”. Pues la desigualdad sólo se vulnera cuando la diferencia no es el resultado de una justificación razonable y lógica, producto de un estudio serio de proporcionalidad entre los medios empleados y la medida considerada.

En este artículo se analiza si está justificada la utilización de diferencias en primas y prestaciones por razón de sexo, así como el impacto de la aplicación de la nueva Ley de Igualdad en los seguros de salud y las modificaciones necesarias para adaptar dichos seguros de salud a lo dispuesto en la nueva Legislación.

## El sexo como factor determinante del riesgo

Una de las consecuencias de la Ley de Igualdad ha sido la modificación del Reglamento de ordenación y supervisión de seguros privados<sup>3</sup>. Hasta su publicación, la prima de tarifa debía ajustarse a los principios de indivisibilidad, invariabilidad, suficiencia y equidad. A estos, la modificación del ROSSP incorpora también el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres. Todos estos principios, que fundamentan el seguro, representan una balanza difícil de equilibrar en la práctica aseguradora. El nuevo principio de igualdad puede colisionar con los de equidad y solidaridad, por lo que habrá que analizar la forma de contemplar el nuevo marco jurídico sin descompensar la armonía que debe reinar en los criterios reguladores del seguro.

*“La primera obligación de la igualdad es la equidad”.*

Víctor Hugo



<sup>1</sup> En lo sucesivo Ley de Igualdad.

<sup>2</sup> Art.º 111 del Tratado de Roma.

<sup>3</sup> Aprobado por Real Decreto 1.361/2007, de 19 de octubre. En lo sucesivo ROSSP.

En los últimos tiempos, los avances científicos, en el ámbito matemático y estadístico, han ofrecido a las entidades aseguradoras la posibilidad de contar con mecanismos que clasifiquen los riesgos, ofreciendo así una mejora del conocimiento de los factores que influyen en las variaciones de la siniestralidad. Al asegurador, no le ha pasado desapercibido que el género es un factor decisivo en las fluctuaciones económicas que suponen sus riesgos. Si bien puede pensarse que la utilización del conocimiento de los riesgos a través de los análisis técnico-actuariales beneficia a las compañías de seguros, lo cierto es que obtener una prima equitativa dota a la aseguradora de una mayor fortaleza a la hora de afrontar sus riesgos, con lo que el asegurado cuenta con un mayor respaldo financiero en caso de producirse el siniestro.

En los seguros de salud, las diferencias entre primas, al tener en cuenta el factor

de riesgo "sexo", se pueden agrupar en dos categorías distintas:

- ▶ Las derivadas por motivos obstétricos (embarazo y parto).
- ▶ Las motivadas por diferencias fisiológicas.

A continuación, se analizarán de modo independiente estos dos aspectos que generan diferencias en los niveles de gasto sanitario per cápita entre hombres y mujeres.

### Gastos de embarazo y parto

Las funciones reproductivas femeninas generan un conjunto de necesidades particulares en el uso de la atención sanitaria, referidas a la anticoncepción, embarazo, parto y puerperio. Es evidente que este tipo de gastos genera un incremento en los costes de salud de las mujeres con respecto a los hombres.

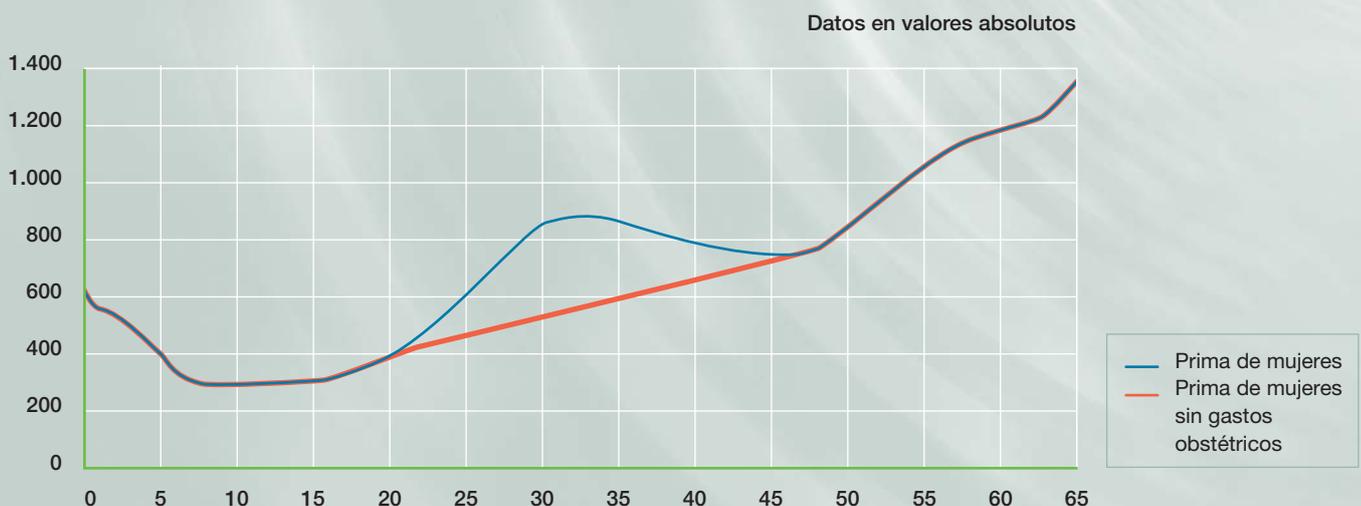
Una prueba de las diferencias de tarifa de los seguros de salud, derivado de la eliminación de los gastos de embarazo y parto, se puede apreciar en el gráfico 1.

Tal como se puede observar en el gráfico 1, las mujeres entre 20 y 43 años ven incrementados sus niveles de gasto sanitario por el embarazo y el parto. En estas edades, se aprecia una *joroba*, con un máximo situado entre los 31 y los 33 años. Si se elimina de la curva el coste sanitario obstétrico, desaparece la *joroba*, de modo que se tiene un incremento lineal del coste en las edades comprendidas entre los 20 y los 43 años.

### Diferencias fisiológicas

Las mujeres, en comparación con los hombres, presentan unas tasas más altas de morbilidad y discapacidad a lo largo de la vida y, por su mayor

**Gráfico 1. Primas comerciales anuales de mujeres con y sin gastos obstétricos año 2008**  
Asistencia sanitaria



Fuente: elaboración propia.



longevidad, tienen mayores probabilidades de sufrir enfermedades crónicas asociadas a la edad.

Un reciente estudio publicado por ICEA en colaboración con UNESPA<sup>4</sup> revela que existen diferencias significativas en los costes sanitarios de las mujeres con respecto a los hombres, distintas de los gastos derivados del embarazo y el parto. En el citado trabajo colaboraron cinco entidades de seguros de salud, con un grado de penetración en el mercado español superior al 50% de las primas del ramo, en los tres años analizados.

Según el referido estudio<sup>5</sup>, se demuestra que las diferencias promedio, para las entidades analizadas, en el coste sanitario per cápita, por sexo hasta los 75 años de edad, son de un 22,66% para los productos de asistencia

sanitaria y de un 21,44% para los de reembolso de gastos. En los gráficos 2 y 3 se representan, para un producto de asistencia sanitaria, el coste per cápita diferenciando por sexos, sin gastos obstétricos, así como las diferencias de gasto en términos relativos.

A la vista de los resultados obtenidos, se observan diferencias significativas entre el gasto unitario por sexos, pero que dependen también de la edad. Esas diferencias presentan tres patrones de comportamiento distintos:

- ▶ Hasta los 12 años, el comportamiento entre sexos es similar, si bien la mujer muestra un nivel de gasto inferior al de los hombres.
- ▶ A partir de 12 años, y hasta los 65 años, para ambos sexos el gasto

aumenta con la edad, siendo las mujeres las que presentan un valor más alto para este rango de edades.

- ▶ En el último tramo de edad, a partir de los 65 años, es el sexo masculino quien presenta mayor gasto sanitario que las mujeres.

### Impacto de la ley de igualdad en la tarificación

Una vez cuantificadas las diferencias en el nivel de gasto unitario en salud por edad y sexo, se analiza el impacto derivado de la aplicación de la Ley de Igualdad.

La nueva normativa permite la excepcionalidad, recogida a través del desarrollo reglamentario, de **aplicar tarifas distintas basadas en el factor sexo**, sin incluir los gastos de parto y embarazo<sup>6</sup>. Las



<sup>4</sup> Véase ICEA (2007).

<sup>5</sup> *Ibid.*

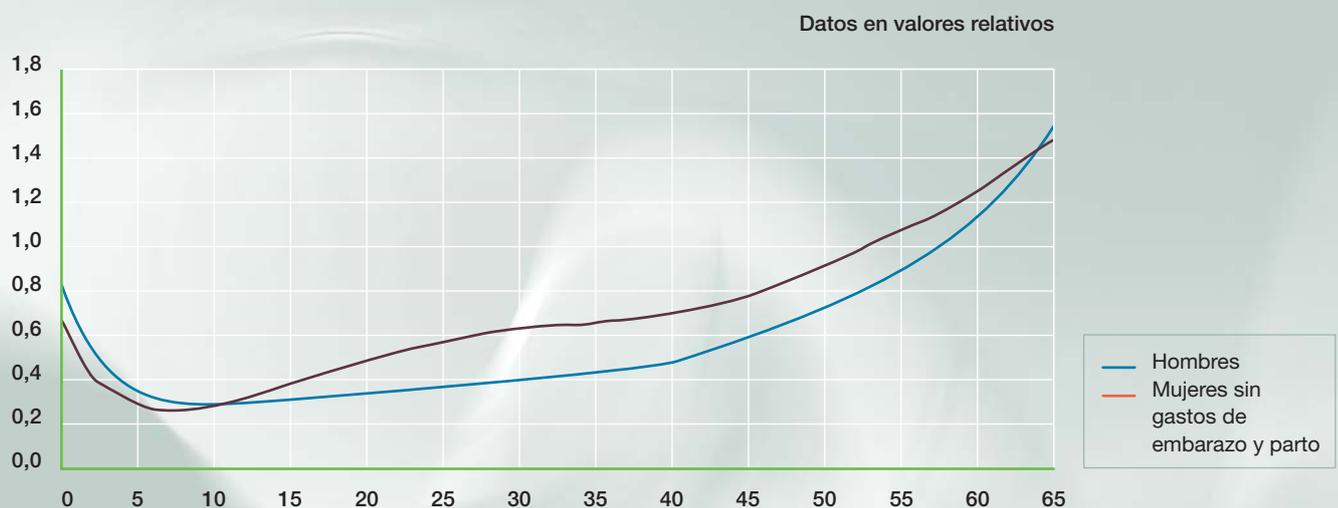
<sup>6</sup> Art. 71.1 de la Ley de Igualdad y Art. 76.7 del ROSSP.

estadísticas analizadas, para su validez, deben verificar las condiciones de experiencia, homogeneidad y representatividad del riesgo a la que se hace

referencia en el Reglamento<sup>7</sup>. Las entidades podrán, siempre que lo justifiquen, seguir aplicando el factor de “riesgo de sexo”, ya que las diferencias son significativas<sup>8</sup>.

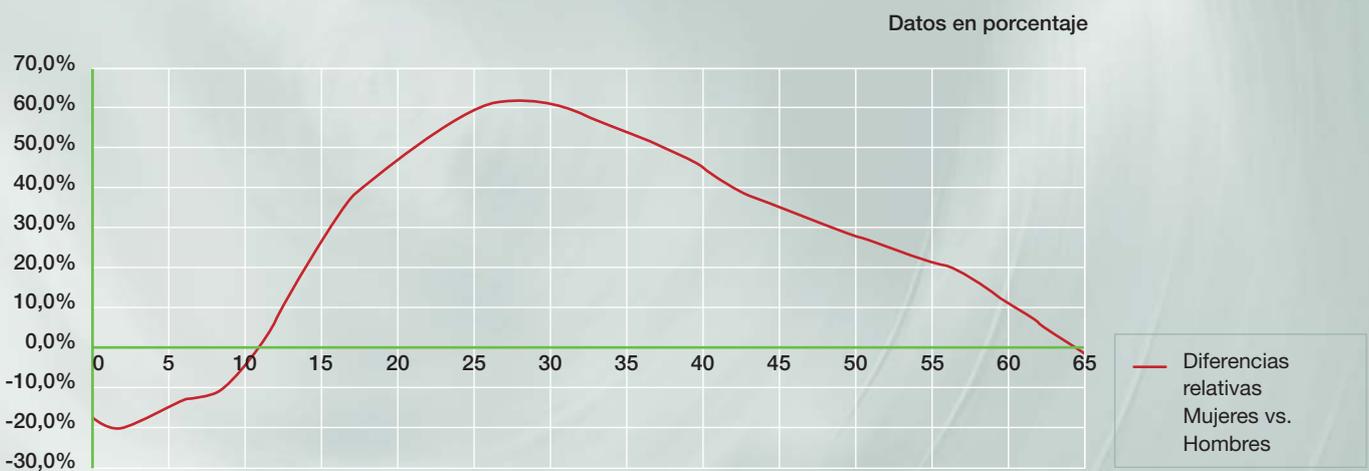
El segundo aspecto al que hace referencia la Ley de Igualdad<sup>9</sup>, y que afecta a las primas, consiste en la restricción que se impone, en cuanto a

**Gráfico 2. Coste per cápita por edad y sexo (sin gastos de embarazo y parto) año 2008**  
Asistencia sanitaria



Fuente: elaboración propia.

**Gráfico 3. Coste per cápita por edad y sexo (sin gastos de embarazo y parto) año 2008**  
Asistencia sanitaria



Fuente: elaboración propia.

<sup>7</sup> Art. 34 del ROSSP.

<sup>8</sup> Tal y como ha quedado patente en el epígrafe anterior.

<sup>9</sup> Art. 71.2 de la Ley de Igualdad.



que no será posible incorporar diferencias en las primas basadas en los costes relacionados con el embarazo y el parto. Esto implica que esos costes deberán repercutir de igual modo entre toda la cartera de asegurados<sup>10</sup>.

En el gráfico 4 se muestra la situación actual de las tarifas de los productos de asistencia sanitaria, que también es aplicable a los seguros de reembolso de gastos, y la modificación que se va a producir en las primas, tras la aplicación de la Ley de Igualdad, con el reparto de los gastos de embarazo y parto.

En el gráfico 4 se observa cómo al eliminar la *joboba* de los embarazos y partos en mujeres se van a provocar incrementos en el resto de tramos de edad y sexo para subsidiar dicho efecto<sup>11</sup>. A la vista del gráfico, el impacto

que tendrá en las primas de cada entidad el reparto de los gastos de embarazo y parto dependerá de dos factores<sup>12</sup>:

- ▶ El importe unitario del coste de los gastos de embarazo y parto por edad que tenga cada entidad. ( $CR_y^{EP}$ ).
- ▶ La distribución de la exposición al riesgo de las mujeres en el tramo de edad en los que se producen los gastos de embarazo y parto ( $1_y$ ).

La Disposición final octava de la Ley de Igualdad permite la excepcionalidad en la entrada en vigor de la Ley para el caso del reparto de los gastos de embarazo y parto en la tarificación, de modo que la aplicación de esta se hará efectiva para los aseguradores el 31 de diciembre de 2008 y afectará, dada la tipología<sup>13</sup> de contratos

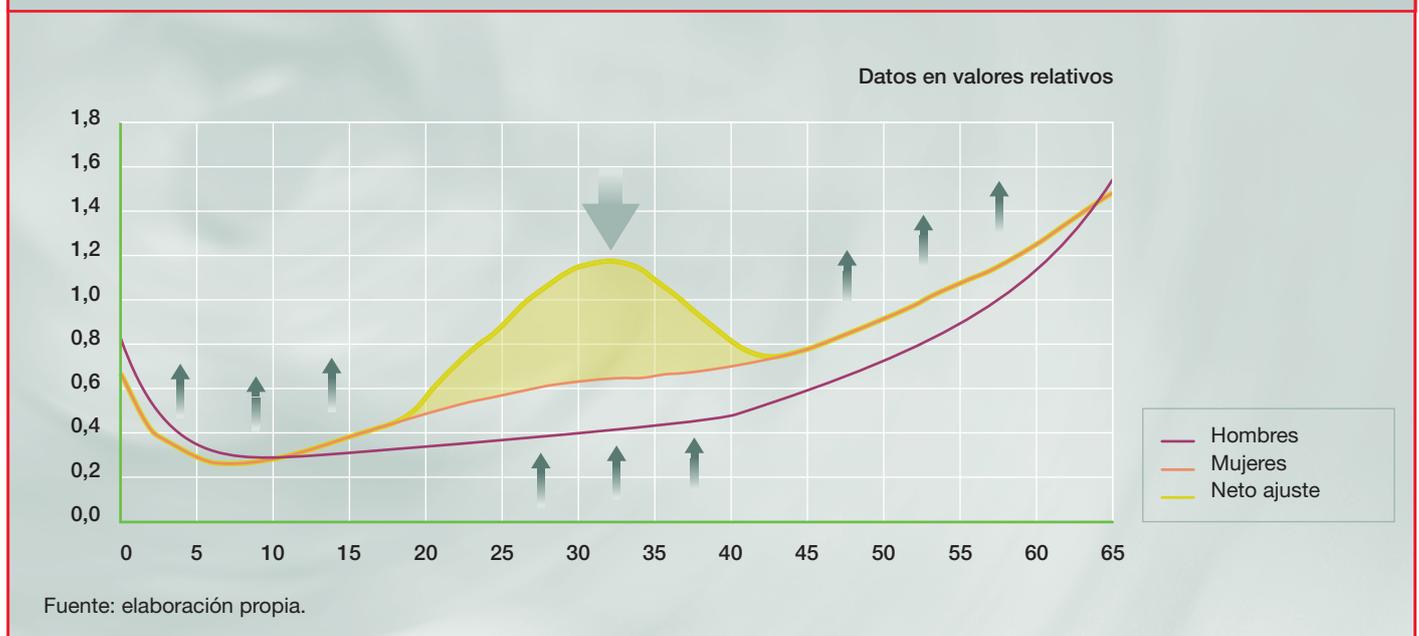
que se comercializan en el ramo, a todas las pólizas de cartera de los productos de asistencia sanitaria y reembolso de gastos.

Las variaciones relativas de tarifa, antes y después de la aplicación de la Ley de Igualdad, serán considerables. Se observa en el gráfico 5 esta variabilidad para un producto de asistencia sanitaria.

A la vista de los resultados se puede concluir que:

- ▶ Los incrementos en la tarifa afectan a todos los hombres y a las mujeres menores de 20 años y mayores de 45 años.
- ▶ Los tramos donde se elevan más las primas se corresponden con las mujeres entre 8 y 14 años, suponiendo un incremento superior al 15%.

**Gráfico 4. Prima por edad y sexo Asistencia sanitaria**



<sup>10</sup> Para eliminar las diferencias entre primas de las personas consideradas individualmente, a las que hace referencia el artículo 71.2 de la Ley de Igualdad, estos gastos deberán repartirse entre toda la cartera de asegurados y no por cohortes de edad.

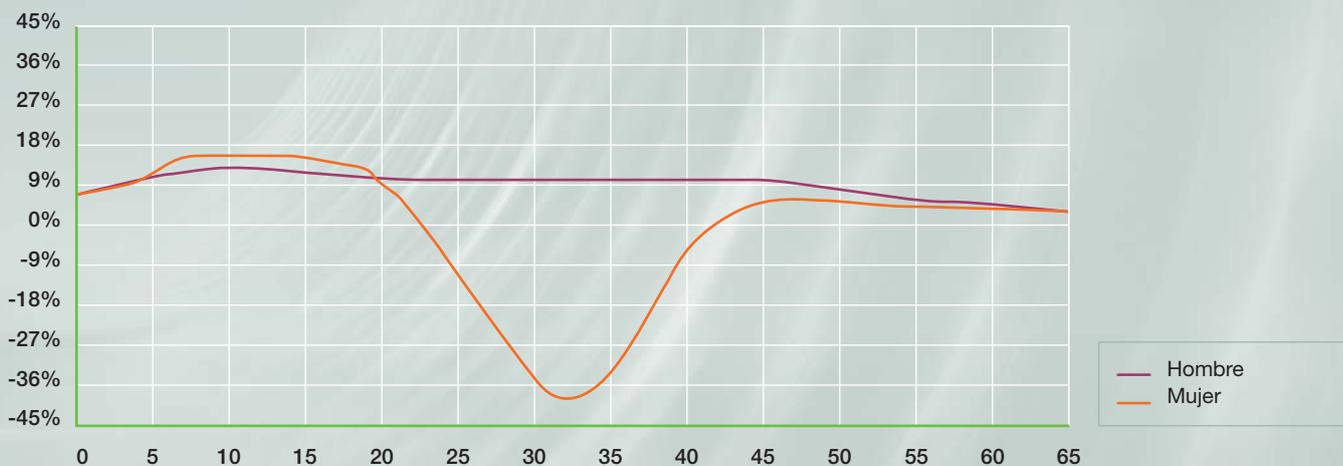
<sup>11</sup> Además, las entidades para contrastar el principio de suficiencia de la tarifa van a tener que realizar estimaciones futuras de exposición al riesgo.

<sup>12</sup> La *joboba* de los embarazos y partos entre los 18 y los 46 años se puede cuantificar para cada cartera a partir de la siguiente expresión:

$$E = \sum_{y=18}^{46} 1_y \times CR_y^{EP}$$

<sup>13</sup> Seguros temporales renovables anuales que se renuevan por la tática.

**Gráfico 5. Porcentaje de variación de las primas después del reparto de gastos obstétricos  
Asistencia sanitaria**



Fuente: elaboración propia.

- ▶ El incremento promedio para hombres es de un 9,37%, y para mujeres fuera del periodo fértil de un 8,18%.
- ▶ El nivel de incremento en primas depende de la composición del grupo asegurado concreto, por lo que dependiendo de la composición de las carteras de pólizas de las distintas aseguradoras, los incrementos generales de tarifa también variarán. El impacto de la aplicación de la Ley de Igualdad, por tanto, será diferente para las distintas compañías del ramo de la salud.

Para medir el impacto en los incrementos de prima, debido a las diferentes composiciones de los asegurados en cartera, se realiza un análisis de distintos escenarios, con lo que se obtiene una medida de la sensibilidad de la prima promedio ante incrementos de la población femenina fértil (gráfico 6).

En el gráfico 6 se observa cómo el incremento de mujeres en edad fértil conlleva una correlación positiva (subida de tarifa) de las primas del resto de asegurados<sup>14</sup>. Por consiguiente, si se incrementara la suscripción de seguros de salud de mujeres en edad fértil, las primas para el resto deberían incrementarse, por lo que los riesgos que subsidian este incremento de prima<sup>15</sup> podrían optar por no renovar el seguro. Esto generaría nuevamente incrementos de tarifas, y nuevas caídas de cartera provocando una espiral de riesgos subsidiados y subidas de prima.

### Impacto de la ley de igualdad en la suscripción

El impacto por la aplicación de la nueva Ley de Igualdad en la suscripción de seguros de salud afecta a las declaraciones de salud y a las carencias.

### Declaraciones de salud

El artículo 70 de la Ley de Igualdad prohíbe indagar sobre la situación de embarazo de una mujer demandante de bienes y servicios, salvo por razones de protección de la salud, lo que hace necesario que se modifiquen las declaraciones de salud de los seguros, eliminando la pregunta sobre si está embarazada así como la cuestión relativa a la franquicia de embarazo.

### Los periodos de carencia

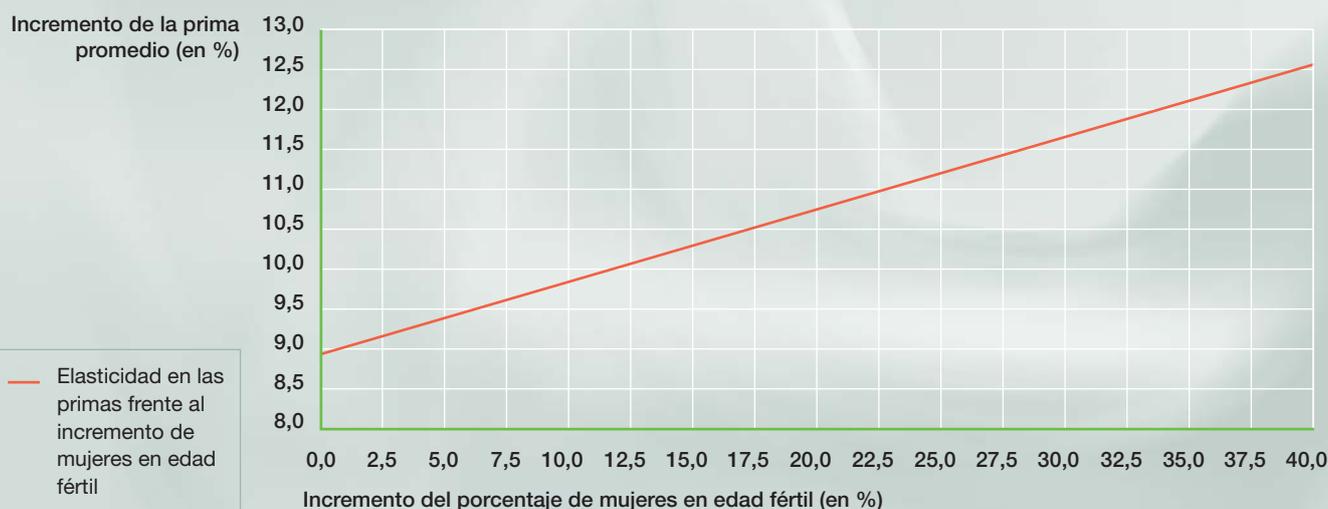
La introducción de periodos de carencia por embarazo y parto es una práctica habitual en el negocio asegurador español para productos de salud. Estos periodos varían en las distintas entidades entre 10 y 24 meses.

<sup>14</sup> Esto supone que un incremento del 12% de la población de mujeres en edad fértil provoque un incremento en la tarifa del resto de asegurados del 1% (en promedio).

<sup>15</sup> Varones y mujeres en edad no fértil.



**Gráfico 6. Elasticidad del incremento de prima ante incrementos de mujeres en edad fértil**  
Asistencia sanitaria



Fuente: elaboración propia.

La incorporación del periodo de carencia es un instrumento imprescindible en los seguros de salud para evitar la antiselección provocada por aquellas mujeres que se harían el seguro únicamente para cubrir la atención al parto.

Si bien el tratamiento de los periodos de carencia específicos de embarazo y parto no aparece claramente especificado en la Ley de Igualdad, la postura más unánimemente aceptada por parte del sector asegurador es la del mantenimiento de estos periodos<sup>16</sup>. La justificación de este criterio se encuentra en el propio origen del seguro, el cual consiste en cubrir un hecho incierto con repercusiones económicas, por lo que, si el siniestro es conocido, no existe aleatoriedad en la ocurrencia y el riesgo no es asegurable<sup>17</sup>.

## Conclusiones

La aplicación de la Ley de Igualdad conlleva importantes modificaciones en los seguros de salud tanto en lo referente a la suscripción como a la tarificación:

- ▶ Los contratos de seguros de salud deben adecuar las declaraciones de salud, no pudiendo realizar preguntas que afecten al estado de embarazo del futuro asegurado.
- ▶ Con respecto a los periodos de carencia, no existe un pronunciamiento claro en la Ley de Igualdad sobre su incorporación o eliminación. La mayoría de Entidades los está manteniendo al no considerar riesgo asegurable un hecho cierto. La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en una contestación de su Servicio Técnico,

ha estimado que este periodo ha de ser como máximo de siete u ocho meses, ya que una duración superior no contribuye a garantizar más la existencia de riesgo de embarazo en el momento de la celebración del contrato y podría ser considerada contraria a la Ley de Igualdad.

- ▶ Es posible utilizar el sexo como factor de riesgo en la tarificación, siempre y cuando no se consideren los gastos referentes a embarazo y parto<sup>18</sup>.
- ▶ La distribución de los gastos de embarazo y parto supondrá un incremento de tarifa para hombres y mujeres en edad no fértil y una disminución a las mujeres en edad fértil. La cuantía de incremento de tarifa por edad y sexo dependerá, para cada entidad, de la composición del grupo asegurado y del gasto obstétrico per cápita.

<sup>16</sup> En este sentido, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en una contestación de su Servicio Técnico a una consulta sobre el criterio a seguir con respecto a la aplicación del periodo de carencia en la asistencia médica, derivada del embarazo y/o parto, considera que este periodo deberá ser como máximo de siete u ocho meses. En la citada contestación se estima que con esos plazos se salvaguarda la aleatoriedad en la ocurrencia del riesgo asegurado.

<sup>17</sup> Tal y como se recoge en el Art.º 4 de la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

<sup>18</sup> Véase ICEA (2007).

## Referencias bibliográficas

### [CRENDE, 04]

CRENDE, F., (2004): *Seguros de vida y discriminación sexual*. INDRET Revista para el análisis del derecho. Barcelona.

### [GOMEZ, 02]

GOMEZ, E., (2002): *Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica*. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington.

### [ICEA, 07]

ICEA, (2007): *Justificación de la utilización del factor de riesgo sexo en seguros de salud (Ramo Enfermedad)*. ICEA. Madrid.

### [SAI, 04]

SOCIETY OF ACTUARIES IN IRELAND, (2004): *The draft EU Directive on equal insurance premiums for men and women*. Society of Actuaries in Ireland. Irlanda.

### [SAEZ DE JAUREGUI, 07]

SAEZ DE JAUREGUI, L. M., (2007): *La igualdad efectiva de mujeres y hombres*:

*aspectos relacionados con las tablas actuariales de supervivencia*. Actuarios. Madrid.

### [SCHNEIDER, 04]

SCHNEIDER, E., (2004): *Unisex Tariffs in Health Insurance?* INTERNATIONAL ACTUARIAL ASSOCIATION HEALTH SECTION. Alemania. ■

## Calendario implantación cambios en los seguros de salud

Cambios	Fecha tope
Declaraciones de salud.	24/03/2007
Factor de riesgo de "sexo" sin justificar.	21/12/2007
Reparto gastos de embarazo y parto en tarifa.	31/12/2008



### Buzón del lector:

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