

46

Selección de riesgo en el Seguro de Salud Seguros de Asistencia Sanitaria

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



46

Selección de riesgo en el Seguro de Salud Seguros de Asistencia Sanitaria

Estudio realizado por: Francisco Javier Herrera Ruiz
Tutor: Cristina García Sánchez-Puerta

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

Curso 2009/2010

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 titular 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.

Presentación

Desde que tuve la oportunidad de participar en este Máster, surgió la idea de realizar un trabajo novedoso en el que pudiera aportar mi experiencia de 20 años en el mundo de los Seguros de Salud.

Por ello decidí trabajar sobre un tema de gran trascendencia como es el estudio de la Selección de Riesgo ya que suponía un reto para conseguir un objetivo: establecer un marco actual y real al respecto así como algo innovador en nuestro sector profesional.

La Selección de Riesgo es una cuestión de gran trascendencia para el equilibrio técnico del negocio asegurador y del que hay muy poca información fiable disponible.

Quisiera agradecer a la empresa en la que trabajo y a mis superiores las facilidades proporcionadas para la participación en este Máster, tanto desde un punto de vista personal como profesional y económico.

Quiero dedicar este trabajo a mi Familia, en especial a mi esposa Maite, por su paciencia, y a mis hijos Pol y Laia, cuya vitalidad es siempre fuente de alegría.

También quiero hacer una mención especial a mi tutora, la Dra. Cristina García Sánchez-Puerta, por el tiempo dedicado a la supervisión de este trabajo.

Resumen

Para conseguir el objetivo de este trabajo y partiendo del principio que la Selección de Riesgo supone la primera barrera al control del gasto y contención de siniestralidad, se han analizado distintos factores: los procedimientos de la mayoría de Compañías de Seguros de Salud de relevancia, los distintos agentes y documentos que participan en el proceso, los diferentes técnicos que interactúan en la realización del trabajo, la legislación vigente y sobre todo, la implicación económica del tema en los resultados de las entidades de seguro.

Los datos y opiniones consultados han sido múltiples, intentando abordar desde la situación más clásica del tema hasta las más novedosas tecnologías, además de aquellas cuestiones –tests genéticos- que pueden plantear un dilema moral.

Todo ello ha permitido plantear un nuevo modelo de Selección de Riesgo, donde el objetivo final no es otro que conseguir que la valoración de cada caso sea prácticamente on-line.

Así pues y con el fin de ser eminentemente prácticos, muchas de las fases del proceso han sido esquematizadas de forma explícita, pretendiendo además, que dicho esquema se acerque al máximo al modelo de procedimiento final ideado.

Resum

Per aconseguir l'objectiu d'aquest treball i partint del principi que la Selecció de Risc suposa la primera barrera al control de la despesa i contenció de sinistralitat, s'han analitzat diferents factors: els procediments de la majoria de Companyies d'Assegurances de Salut de rellevància, els diferents agents i documents que participen en el procés, els diferents tècnics que interactuen en la realització del treball, la legislació vigent i sobretot, la implicació econòmica del tema en els resultats de les entitats d'assegurança.

Les dades i opinions consultades han estat múltiples, intentant abordar des de la situació més clàssica del tema fins a les més noves tecnologies, a més d'aquelles qüestions -tests genètics- que puguin plantejar un dilema moral.

Tot això ha permès plantejar un nou model de Selecció de Risc, on l'objectiu final no és altre que aconseguir que la valoració de cada cas sigui pràcticament en on-line.

Així doncs i per tal de ser eminentment pràctics, moltes de les fases del procés han estat esquematitzades de manera explícita, prenent, a més que aquest esquema s'acosti al màxim al model de procediment final ideat.

Summary

To achieve the goal of this work and on the principle that risk selection represents the first barrier to cost control and containment of insurance incident, we have analyzed several factors: the procedures of most health insurance companies of relevance, different actors and documents involved in the process, interacting in different technical job performance, current legislation and, above all, the economic implication of the item at the results of the insurance entities.

The information and opinions consulted were multiple, trying to address since the classic situation of the item to the newest technologies, in addition to those issues, such as genetic testing, which can pose a moral dilemma.

This has allowed us to propose a new model of risk selection, where the ultimate goal is simply to make the assessment of each case is practically on-line.

And therefore to be eminently practical, many steps have been schematized process explicitly, claiming also that the scheme from approaching the maximum final procedural model devised.

Índice

I. INTRODUCCIÓN	9
II. EL SEGURO DE SALUD.....	11
1. ORIGENES DEL SEGURO DE SALUD	11
2. DESCRIPCION DEL SEGURO	11
3. TIPOS DE COBERTURA	13
4. MOTIVOS PARA LA CONTRATACION	14
5. TIPOLOGIAS DE SEGURO	15
6. DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE EL SEGURO DE SALUD.....	16
7. ELEMENTOS QUE DETERMINAN EL COSTE DEL SEGURO	18
III. LEGISLACION SOBRE SEGUROS DE SALUD.....	21
1. MARCO NORMATIVO DE LOS SEGUROS.....	21
2. LOPD Y LOS DATOS RELATIVOS A LA SALUD	24
IV. DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACION DE SEGUROS DE SALUD	27
1. LA SOLICITUD DE SEGURO.....	27
2. EL CUESTIONARIO DE SALUD	27
3. EL INFORME MEDICO	31
V. SELECCION DE RIESGO	33
1. INTRODUCCION.....	33
2. SELECCIÓN DE RIESGO TECNICA	33
3. SELECCIÓN DE RIESGO MÉDICA	35
4. PROCEDIMIENTO DE SELECCIÓN DE RIESGO	36
5. LA SELECCIÓN DE RIESGO Y LAS NUEVAS TECNOLOGIAS	43
6. OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SELECCIÓN DE RIESGO.....	45
VI. ANALISTAS DE SELECCION DE RIESGO.....	47
1. CANAL DE ENTRADA.....	47
2. TECNICOS	47
VII. LA SELECCION DE RIESGO Y EL CONTROL DEL GASTO SANITARIO	49
1. NORMAS DE SUSCRIPCION Y CONTRATACION	49

2. SELECCIÓN DE RIESGOS.....	49
3. CONDICIONADO GENERAL DEL PRODUCTO	50
4. FRACCIONAMIENTO DEL PAGO.....	51
VIII. SELECCION DE RIESGO Y EL FRAUDE EN EL SEGURO DE SALUD	53
1. INTRODUCCION.....	53
2. DATOS GENERALES.....	56
3. TIPOS DE FRAUDE EN SALUD	56
4. JURISPRUDENCIA	57
IX. LA SELECCION DE RIESGO Y EL GENOMA HUMANO	61
1. INTRODUCCION.....	61
2. GENETICA Y SEGUROS	61
3. GENETICA Y FUTURO	63
X. CONCLUSIONES	65
XI. BIBLIOGRAFIA.....	67

Selección de riesgo en el Seguro de Salud

Seguros de Asistencia Sanitaria

I. INTRODUCCIÓN

La Selección de Riesgo para una Compañía de Seguros es fundamental para obtener el control del negocio y así conseguir un adecuado equilibrio en sus resultados de siniestralidad.

Es una de las actividades más importantes en el quehacer diario de las Entidades Aseguradoras y una de las de mayor trascendencia en cuanto a los resultados económicos de su negocio.

Una buena Selección de Riesgo supone:

- Para la Compañía de Seguros, protección frente a aumentos de siniestralidad y ante malas ventas por parte de los mediadores.
- Para los asegurados, una cobertura efectiva a un precio adecuado.

El proceso de Selección de Riesgo debe realizarse de forma rigurosa para evitar la entrada en la Compañía de asegurados con afecciones que impliquen riesgos. Estas afecciones debido al mayor riesgo que supone para la entidad, implican un aumento de la siniestralidad y disminuyen los beneficios de la Compañía.

Por otra parte, la Selección de Riesgo debe ser flexible, para equilibrar las entradas y salidas, ya que de esta manera el número de nuevas incorporaciones a la Compañía, será alta, fomentando la ley de los grandes números: “a mayor volumen de asegurados, mejor disposición para negociar con los proveedores de servicios médicos.” Lo difícil de conseguir es un equilibrio entre el número de asegurados nuevos y las patologías que estos puedan presentar. La situación ideal sería la de un número elevado de nuevos asegurados sin patologías previas.

Una de las claves para la generación de buenos resultados en una Compañía de Seguros es la correcta contratación.

Dentro de la contratación en Selección de Riesgo hay varios aspectos a destacar:

- El conocimiento de los factores de riesgo
- La obtención de información sobre los riesgos a contratar
- El rigor en los criterios
- La unificación del proceso
- Los expertos implicados

La Selección de Riesgo se materializa en las Entidades de Seguros en dos apartados principales: Selección de Riesgo Técnica y Selección de Riesgo Médica.

II. EL SEGURO DE SALUD

1. Orígenes del seguro de salud

Los orígenes se remontan a las Hermandades y Cofradías de carácter gremial, mediante las cuales los trabajadores se unieron al objeto de encontrar de forma colectiva una indemnización o asistencia en caso de enfermedad. Estos gremios contrataban a un médico que atendía a la totalidad de sus miembros por igual, de ahí el origen del término "iguales". El resto de la población buscaba este tipo de prestaciones por vía de la beneficencia, la cual en la mayoría de los casos estaba organizada por la Iglesia.

Este carácter gremial tenía el inconveniente que no llegaba a la totalidad de la población. A finales del siglo XIX y a principios del siglo XX, la clase médica generaliza las conocidas "iguales". Las cuales pasan de tener los servicios de un solo facultativo a tenerlos de la agrupación de facultativos, abriendo así la oferta sanitaria a un mayor número de especialidades.

Según la Real Orden de 3 de Marzo de 1925, se permitía la práctica de este seguro a Entidades de diversa naturaleza: asociaciones civiles, mutuas y cooperativas que se encontraban bajo control de la autoridad sanitaria, y a las Compañías de seguro, sujetas a la regulación de la Dirección General de Seguros.

En los años 50 el mercado se encontraba fragmentado en igualatorios médicos colegiales, uniones sanitarias e igualatorios de especialidades de carácter local ó provincial, cuyos principales socios fundadores eran médicos.

La aprobación de la Ley de Seguros de Diciembre de 1954, obligó a las Entidades que operaban en este ramo a ir adaptándose a la misma y a convertirse en Sociedades Anónimas.

En los años 70-80 las sociedades empiezan a conseguir un incremento de asegurados que tenían cierta capacidad adquisitiva y que deseaban una prestación similar a la medicina privada, pero más asequible.

En esta década empiezan a destacarse a nivel nacional Compañías de seguros de las que en la actualidad aún algunas persisten, como Aresa, Sanitas o Adeslas.

2. Descripción del Seguro

Naturaleza del Riesgo

El riesgo que ampara el Seguro de Salud es de dos naturalezas:

- Un evento futuro e incierto en su realización, como una enfermedad.
- Eventos ciertos en su realización como sería una visita programada a un facultativo.

Condiciones de Asegurabilidad

En términos generales, para asegurarse, el candidato debe cumplir con requisitos y políticas que fija la Compañía Aseguradora como el cuestionario médico y/o las pruebas médicas, y las normas de suscripción.

En el Seguro de Salud la morbilidad de los grupos asegurables es la base de la selección; la morbilidad es el número de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados.

Con la edad las personas son más propensas a padecer ciertas enfermedades, sobre todo si no toman medidas preventivas y no se mantienen costumbres saludables.

La selección de riesgos tiene en cuenta el historial clínico de la persona y el estado de salud que tiene en el momento de solicitar el seguro. Son los llamados factores médicos.

Los factores médicos que influyen son:

- Hábitos de salud (IMC, toxicología, ejercicio físico..)

El índice de masa corporal (IMC) es una medida estadística del peso de una persona con respecto a su altura. Se calcula dividiendo el peso corporal entre la altura elevada al cuadrado. Los Profesionales de la salud lo usan para calcular si una persona está por debajo del peso normal, tiene peso normal, sufre de sobrepeso o si es obesa. La Organización Mundial de la Salud definió el IMC como el estándar para evaluar riesgos asociados al sobrepeso en adultos.

El Tabaquismo y el Alcoholismo forman parte de los malos hábitos de la persona que pueden deteriorar su salud y hacerla propensa a tener ciertos padecimientos.

La actividad física puede dar una vida más longeva y saludable. El ejercicio es una ayuda para la prevención de las enfermedades del corazón, y muchos otros problemas físicos, además de reducir la ansiedad y tensión. También es una buena manera de cambiar el rumbo del apetito y quemar calorías.

- Historia clínica y estado de salud personal

A través del historial clínico de la persona se pueden determinar las preexistencias y el estado de salud que tiene en el momento.

- Historia clínica familiar

El historial de salud de la familia puede resultar interesante para identificar afecciones actuales y potenciales (o patologías de tipo hereditario). Suele ser considerado un factor importante ya que puede reflejar predisposición a tener algún padecimiento.

3. Tipos de cobertura

Prevención

Es la prestación encaminada a evitar en la medida de lo posible la enfermedad o aminorar el impacto de la misma.

Las características principales de la prevención son:

- Detección temprana de enfermedades.
- Fomento a la salud.
- Medidas para eliminar o disminuir riesgos de salud.
- Seguimiento a la salud.
- Prevenir el surgimiento de enfermedades o complicaciones de las ya existentes.

Curación o Restauración

Es la prestación encaminada a recuperar la salud del individuo, devolver la salud a la persona enferma.

Comprende los siguientes servicios:

- Acciones terapéuticas y de rehabilitación.
- Maternidad.
- Accidentes.
- Enfermedades.
- Hospitalización quirúrgica y no quirúrgica.

Existen tres niveles de atención médica, que son los siguientes:

Atención primaria: es el primer eslabón, la primera zona de contacto de las personas con el sistema de salud. Es donde se solucionan el 80% de los casos de enfermedad. Comprende dos grandes conceptos, promoción y protección (son sus estrategias para el logro de salud).

Es de atención primaria de la Salud, toda actividad que esté comprendida en estos dos conceptos (por ejemplo: campaña de concienciación de higiene personal, campañas de vacunación, centros de divulgación de información sobre cuidados durante el periodo de embarazo, etc.).

Por tanto será una actividad de atención primaria aquella en la que no se ataque una enfermedad precisa, y se promueva la salud (por ejemplo, mediante el deporte).

Atención secundaria: Es el conjunto de actividades destinadas al ataque de las enfermedades basadas en el diagnóstico precoz y en el tratamiento oportuno, (Por ejemplo: diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino mediante una citología anual, medición mensual de la glucemia, etc).

Atención terciaria: Es el conjunto de actividades relacionadas con la rehabilitación del convaleciente y la reinserción social (Por ejemplo: alguien que tuvo un accidente automovilístico y perdió una pierna).

Las especialidades pilares son:

- Pediatría: Atención a niños desde su nacimiento hasta los 12 años.
- Medicina Interna: Atención a adolescentes y adultos de manera general e integral.
- Gineco-obstetricia: Atención a mujeres mayores de 14 años en cuanto a sus funciones reproductoras y desarrollo y funcionamiento hormonal.
- Cirugía General: Intervenciones quirúrgicas no especializadas.

Servicios o Coberturas adicionales y/o Opcionales

- Servicio de ambulancia
- Atención domiciliaria
- Suministro de Oxígeno
- Apoyos de diagnóstico especializados
- Fisioterapia
- Ortesis y endoprótesis
- Cirugía especializada
- Servicio dental preventivo y curativo
- Hematología, Inmunología
- Prótesis

Urgencias Médicas

Se catalogan como urgencias médicas todo problema médico quirúrgico agudo que ponga en peligro la vida, un órgano o una función de la persona y que requiera de atención inmediata.

4. Motivos para la contratación

La masificación de los grandes hospitales, las enormes listas de espera, la falta de intimidad en los ingresos médicos, los servicios de urgencia colapsados, el esperar a que el médico de cabecera decida remitir a un especialista....y, en general, la despersonalización que transmite la Sanidad Pública ha creado una pérdida de confianza y de credibilidad de los usuarios del sistema público de salud.

El paciente anhela la figura del Médico de Cabecera/Consejero de Salud, conocedor de sus problemas, del entorno en el que vive y que le visite en su domicilio cuando es necesario. Desea también el ser visitado en una consulta no masificada, con una atención personalizada y con la seguridad de acudir, sin listas de espera, a centros de diagnóstico o a especialistas.

La antigua idea que para tratar las patologías graves médico-quirúrgicas era obligado acudir a los Hospitales Públicos, va dando paso a la idea que los Hospitales Privados están capacitados técnica y humanamente para resolver

los problemas de la salud, pero aportando además un mayor grado de comodidad e intimidad del paciente, aspectos que el paciente (cliente potencial) exige y que tan importantes son en la evolución clínica del enfermo.

Es para soslayar todas estas deficiencias percibidas, por las que el ciudadano contrata un Seguro Médico Privado ya que ofrece todo aquello que él exige:

- Rapidez en la atención: ausencia de las listas de espera.
- Calidad en el servicio: un trato amable y un mayor tiempo dedicado al paciente.
- Comodidad: buenas instalaciones y habitaciones individuales con cama de acompañante y amplios horarios.
- Profesionalidad: se asocia más el concepto de prestigio con profesionales de la sanidad privada.
- Equipamiento y recursos: equipos innovadores y nuevas tecnologías.
- Capacidad a la hora de elegir el facultativo o el centro donde visitarse o hacerse una prueba médica.

5. Tipologías de seguro

El seguro de Salud en España concretamente la modalidad de Asistencia Sanitaria, comprende varias tipologías:

- Prestación de servicios: El asegurado paga una prima y el asegurador se obliga a prestar al asegurado la asistencia sanitaria que sea necesaria como consecuencia de enfermedad, intervención quirúrgica o lesión, asumiendo el asegurador todos los gastos garantizados que le ocasione.

El perfil mayoritario de los contratantes de este tipo de seguros son familias establecidas, con hijos, que viven permanentemente en la misma localidad.

- Reembolso de gastos: El asegurado paga una prima y el asegurador le reembolsa un porcentaje de la factura médica que presente el asegurado. El Asegurado adelanta una cantidad de dinero al Facultativo, Centro Médico, Hospital, etc. y luego le es reembolsado por la Compañía según una franquicia pactada.

En esta modalidad, en las que no hay concierto con los facultativos, hay una absoluta libertad en la elección del médico o del hospital.

El perfil mayoritario de los contratantes de este tipo de seguros, es de personas jóvenes, solteras o casadas sin hijos, que tienen movilidad geográfica y que, normalmente, ya tienen relación con médicos del sector privado.

- Mixta: El asegurado cuando utiliza el Cuadro Médico de la Compañía, tiene cubierta la prestación y cuando no utiliza los proveedores del Cuadro Médico

concertado, el asegurador le reembolsa un porcentaje de la factura médica que presente el asegurado.

A grandes rasgos, se puede decir que la distribución de las primas en función de la tipología del seguro de Asistencia Sanitaria es: 91,20% para Prestación de Servicios y 8,80% para Reembolso de Gastos y Mixta.

Hasta hace poco tiempo y según la información sobre las características de los asegurados de una póliza de Salud, las personas que contrataban este tipo de seguro, procedían de entornos con alto poder adquisitivo, tenían un estatus social elevado y vivían en áreas prósperas. En la actualidad, este concepto elitista tiene tendencia a desaparecer.

Durante los últimos años la demanda de pólizas de Salud ha sido avivada por un aumento de pólizas contratadas por grupos (normalmente empleadores, como incentivo para sus empleados). El estancamiento o la caída de los niveles de demanda individual han forzado a las Compañías de seguros a confiar todavía con más fuerza en las ventas a grupos. Las pólizas colectivas han obtenido un aumento en la participación del mercado. Con los colectivos se pierde el concepto elitista.

Las pólizas colectivas normalmente se benefician de primas en tarifas a grupos, descuentos en los precios y condiciones de póliza menos estrictas. Además, el precio de las pólizas colectivas se ha incrementado menos que el de las pólizas individuales.

6. Datos estadísticos sobre el seguro de Salud

Según datos procedentes de ICEA, (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones) sin considerar Seguros de Subsidio, podemos afirmar que en España, el sector privado de seguros de salud abarca al 23 por ciento de la población española (casi siempre como doble cobertura) y su facturación está por encima del 2,5 por ciento del PIB nacional.

Según la Dirección General de Seguros (DGS), el ramo de Enfermedad está compuesto por las modalidades de Asistencia Sanitaria y Subsidio (indemnización monetaria por estar en situación de baja por enfermedad, hospitalización o intervención quirúrgica).

VOLUMEN Y CRECIMIENTO DE PRIMAS IMPUTADAS, ASEGURADOS E IMPORTE DE SINIESTROS PAGADOS (ICEA, datos actualizados a 27/04/2010).

Modalidades	Enero - Diciembre 2009					
	Volumen de Primas Imputadas	Crecimiento Interanual	Número de Asegurados	Crecimiento desde Enero	Importe de Prestaciones Pagadas	Crecimiento Interanual
Asistencia Sanitaria sin AAPP	3.786.677.409,05	6,06%	6.337.752	2,56%	2.836.979.710,90	11,00%
Administraciones Públicas	1.372.902.005,36	5,39%	2.004.333	0,10%	1.375.138.210,14	7,13%
TOTAL ASISTENCIA SANITARIA	5.159.579.414,41	5,88%	8.342.085	1,96%	4.212.117.921,04	9,70%
Reembolso de Gastos	673.842.496,73	4,39%	979.917	0,33%	467.098.282,52	11,67%
TOTAL RAMO SALUD	5.833.421.911,14	5,71%	9.322.002	1,78%	4.679.216.203,55	9,90%

En este cuadro se indica el volumen de primas imputadas, número de asegurados e importe de prestaciones pagadas en el ejercicio 2009 de pólizas de Asistencia Sanitaria, primero sin tener en cuenta las pólizas de los funcionarios públicos (AAPP), luego las de las pólizas de los funcionarios públicos y por último el total de ambas modalidades.

En la primera fila se constatan las primas imputadas, número de asegurados e importe de prestaciones pagadas por la modalidad de Reembolso de Gastos y más abajo el acumulado del ramo de Salud.

Durante el ejercicio 2009 ha habido un aumento de primas imputadas del 5,71%. Es un aumento importante, teniendo en cuenta el entorno de crisis general acaecido durante ese año. Si lo comparamos con la media del sector seguros, donde el aumento de primas ha sido del 1,56%. Se puede decir que el año 2009 ha sido un buen año para el ramo de Salud.

Respecto al número de asegurados, el aumento ha sido del 1,78%, destacando que el número de funcionarios que han contratado una póliza de Salud ha sido del 0,10%, debido a la baja contratación de funcionarios del año 2009.

El aumento de prestaciones pagadas en el ramo de Salud, 9,90% es debido al aumento de los servicios médicos concertados por las Compañías. Si comparamos este dato con el aumento de las primas, se aprecia un dato negativo, ya que hay una diferencia de 4 puntos entre lo recaudado de más con los gastos pagados de más de un ejercicio a otro. A largo plazo, no se puede mantener esta tendencia.

VOLUMEN DE PRIMAS Y ASEGURADOS POR CCAA.

COMUNIDADES	Enero - Diciembre 2009					
	Volumen de Primas Imputadas Individuales	Volumen de Primas Imputadas AAPP	Total Volumen de primas	Número de Asegurados Individuales	Número de Asegurados AAPP	Total Número de Asegurados
ANDALUCIA	383.073.152,76	255.509.130,21	638.582.282,97	718.132	373.024	1.091.156
ARAGON	107.657.785,89	46.320.893,38	153.978.679,27	210.487	67.625	278.112
ASTURIAS	31.075.743,25	34.172.318,66	65.248.061,91	57.235	49.889	107.124
BALEARES	116.331.540,75	25.238.979,05	141.570.519,80	201.975	36.847	238.822
CANARIAS	80.619.416,02	56.458.404,98	137.077.821,00	151.489	82.425	233.914
CANTABRIA	31.936.875,58	8.798.401,12	40.735.276,70	56.963	12.845	69.808
CASTILLA LA MANCHA	61.188.277,30	61.010.695,66	122.198.972,96	112.235	89.071	201.306
CASTILLA LEON	106.499.921,19	106.708.954,03	213.208.875,22	195.567	155.787	351.354
CATALUÑA	1.002.657.882,92	158.444.539,70	1.161.102.422,62	1.572.698	231.315	1.804.013
COM. VALENCIANA	281.913.412,96	121.228.199,53	403.141.612,49	489.569	176.984	666.553
EXTREMADURA	27.011.990,94	45.126.995,89	72.138.986,83	48.781	65.882	114.663
GALICIA	140.942.911,68	90.945.123,49	231.888.035,17	247.581	132.773	380.354
MADRID	1.099.854.419,61	229.387.243,89	1.329.241.663,50	1.766.579	334.889	2.101.468
MURCIA	49.632.851,33	49.151.177,02	98.784.028,35	90.457	71.757	162.214
NAVARRA	12.778.665,06	9.287.467,55	22.066.132,61	21.563	13.559	35.122
PASI VASCO	227.939.513,06	47.712.746,32	275.652.259,38	354.571	69.657	424.228
LA RIOJA	17.344.120,12	8.456.602,58	25.800.722,70	26.996	12.346	39.342
CEUTA Y MELILLA	8.218.928,63	18.944.132,32	27.163.060,95	14.874	27.657	42.531
TOTAL AS. SANITARIA	3.786.677.409,05	1.372.902.005,36	5.159.579.414,41	6.337.752	2.004.332	8.342.084

En este cuadro se aprecia el volumen de primas imputadas y número de asegurados del ejercicio 2009 de pólizas de Asistencia Sanitaria por CCAA.

Destacan por encima de todas las comunidades Madrid, Cataluña y Andalucía por este orden. Entre las 3 CCAA, acaparan prácticamente el 60% del total de asegurados en España.

Históricamente, Cataluña tiene el mayor porcentaje de asegurados de Salud en relación con el número de habitantes, el 26%.

7. Elementos que determinan el coste del seguro

Dentro de los elementos que determinan el coste del seguro cabe destacar dos grupos principales: Elementos intrínsecos (edad, género y zona geográfica) y extrínsecos (copagos, grupos, colectivos y limitación de coberturas).

Elementos intrínsecos.

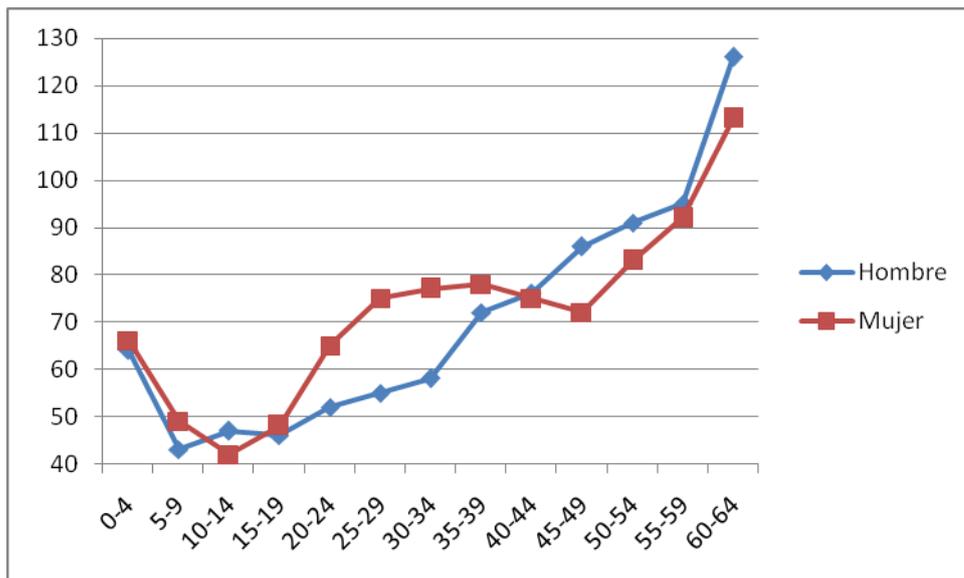
- Edad y Género

La edad del solicitante es importante ya que a través de ella se determina la exposición al riesgo, el coste del seguro y los límites de aceptación.

El periodo de fertilidad de las mujeres tiene un coste superior al de los hombres, siendo este coste igualado en la etapa de la andropausia y menopausia.

La combinación de estos dos elementos configura la tarifa.

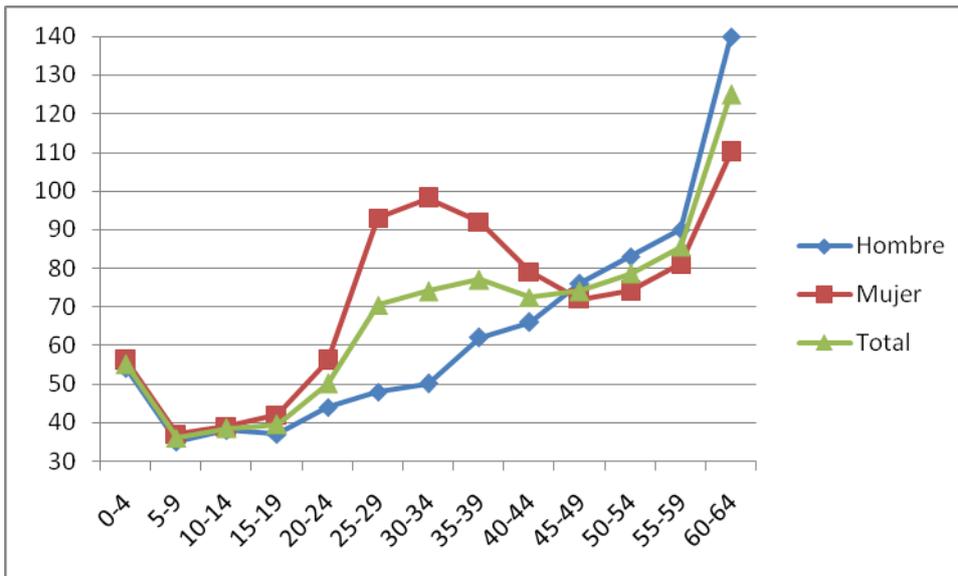
El siguiente gráfico representa tramos de edad /precio del seguro: la tarifa tipo 2010 de una Compañía de Seguros de Salud en España.



Fuente: Máster de Dirección de Compañías Aseguradoras y actualización propia.

De manera gráfica, se puede observar como en los primeros años de vida, el precio del seguro es elevado para ambos géneros; posteriormente va disminuyendo (durante la adolescencia) para volver a aumentar en la edad adulta, en mayor medida en las mujeres en la época de fertilidad. A partir de los 45 años se invierte la tendencia de nuevo siendo superior en los hombres.

En el siguiente gráfico, se informa del porcentaje de siniestralidad por género y tramos de de edad. En él se puede apreciar, al igual que en el anterior, aquellos tramos en los que las mujeres presentan mayor siniestralidad atribuible a la etapa fértil. Así mismo se constata que los hombres, a partir de los 50 años presentan una mayor siniestralidad, lo que pone de manifiesto que la siniestralidad aumenta con la edad en ambos géneros. Con estos datos de siniestralidad se justifica claramente el que haya tarifas distintas para los diferentes tramos de edad, ya que el gasto médico varía en las diferentes etapas de la vida.



Fuente: Máster de Dirección de Compañías Aseguradoras y actualización propia.

- Zona geográfica

La zona geográfica también condiciona el precio en la medida que según la oferta/demanda de proveedores sanitarios existentes en la zona, se podrá negociar en mayor o menor medida los precios de los actos médicos.

La carestía de vida de la zona también condiciona el precio; no es lo mismo el nivel de precios de grandes urbes como Madrid y Barcelona que en capitales más pequeñas.

Por último, está el volumen de asegurados que tiene una compañía en una zona geográfica, ya que si este es elevado, la Compañía puede negociar buenos precios con los proveedores y este hecho puede repercutir en la tarifa de precios de los asegurados.

Elementos extrínsecos.

- Co-pago. El copago es una forma activa de participación en el gasto del asegurado. Si el asegurado se acoge a esta opción, se reduce la cuota fija que periódicamente ha de satisfacer a la Compañía y cada vez que haga uso de ciertos servicios, deberá pagar una pequeña cantidad.
- Grupos y colectivos. Los grupos y colectivos, al aportar masa crítica de asegurados, reducen sensiblemente la prima que pagan los asegurados.
- Limitación de coberturas. Es una manera de reducir el coste del seguro: a menor número de coberturas, menor prima pues existe una limitación de servicios y por tanto, de gasto.

III. LEGISLACION SOBRE SEGUROS DE SALUD

Las entidades aseguradoras que realizan su actividad en el ramo de seguros de Asistencia Sanitaria se rigen por las normas generales del sector de seguros.

1. Marco normativo de los seguros

El Estado tiene competencia exclusiva en materia de bases de la ordenación de seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 149.1.11ª de la Constitución de 1978.

Al amparo de dicho artículo se promulga la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, que define el contrato de seguro como aquél por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y para el caso que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al asegurado o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.

En cuanto a los seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria, la Ley los define como aquéllos en los que el riesgo asegurado es la enfermedad, y la obligación del asegurador en caso de siniestro puede consistir en el pago de ciertas sumas, en el pago de gastos de asistencia médica y farmacéutica o en la prestación de servicios médicos y quirúrgicos.

El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, además de establecer los requisitos que deben cumplir las entidades aseguradoras, clasifica el seguro de enfermedad, comprendida la asistencia sanitaria, como ramo, y establece las prestaciones que pueden ser: a tanto alzado, de reparación y mixta de ambos.

Los siguientes artículos de la Ley de Contrato de Seguros, están relacionados con la Selección de Riesgo.

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 asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

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 (a mero título de ejemplo, las sentencias del TS de 26 de febrero de 1997, 27 de octubre de 1998 y 7 de febrero de 2001). 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.

Artículo 11.

El tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El legislador impone al tomador un deber de comunicación, pero no dice nada sobre qué circunstancias son las que el tomador debe conocer como agravatorias del riesgo y que moverían al asegurador a la modificación del contrato o a su rescisión. Sólo se refiere al conocimiento del asegurador. Pero esta omisión no puede interpretarse como consideración indiferente del conocimiento que el tomador o asegurado necesita para el cumplimiento del deber que consideramos, pues ello implicaría el deber imposible de comunicar circunstancias desconocidas.

El cuestionario para la declaración del riesgo debe servir de directriz al tomador o asegurado para apreciar la naturaleza agravatoria de la nueva circunstancia.

La práctica de algunas aseguradoras es incluir en las condiciones del contrato una relación de las circunstancias que considera agravatorias. Si la póliza no contiene una relación así, el no constreñir el deber de comunicación de la agravación a las circunstancias consignadas en el cuestionario o las que pudieran desprenderse del contenido de la póliza, sitúa al asegurado en una posición de inadmisibles inseguridad jurídica.

Artículo 12.

El asegurador puede en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta

proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurador dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador o el asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

La expresión “le ha sido declarada” debe interpretarse como “ha sido conocida”. La proposición de modificación es una facultad concedida por la Ley de Contrato de Seguro al asegurador por la norma dispositiva referida que por tal carácter puede ejercer o no. Si usa esta facultad, la propuesta de modificación y su formalización se efectuarán por escrito (art. 5 Ley de Contrato de Seguro), con observancia de lo dispuesto por el artículo 3 Ley de Contrato de Seguro para la validez y eficacia de las cláusulas restrictivas o limitativas de los derechos del asegurado.

Esta proposición tendrá naturaleza jurídica de novación, por lo que deberá ser expresamente aceptada por el tomador, no pudiendo interpretarse el silencio de éste como tácita aceptación.

El asegurador, si lo estima conveniente puede aceptar la agravación sin incremento de prima si ésta sigue siendo suficiente, no obstante lo más frecuente es que ante una agravación sobrevenida aceptable por el asegurador, ésta conlleve un incremento de prima.

Ante la agravación sobrevenida durante el transcurso del contrato de seguro, el asegurador debe procurar mantener a ultranza la vigencia del mismo. Solamente en caso que el tomador se niegue al restablecimiento del equilibrio contractual, éste no sea posible, o la circunstancia agravatoria fuera imputable al asegurado, el asegurador tendrá el derecho de rescisión.

En los seguros de Salud, la agravación del estado de salud del asegurado no significa que sobrevenga la agravación a que se refiere el régimen general del artículo 11 Ley de Contrato de Seguro. Así pues, no cabe ni la modificación contractual, incremento de prima o rescisión.

Artículo 13.

El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

En este artículo se desarrolla las consecuencias de una disminución del riesgo durante el transcurso de vigencia del seguro y las repercusiones económicas que conlleva de cara al asegurado, en la devolución de la parte de prima cobrada en exceso.

Artículo 89.

En caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a lo establecido en las disposiciones generales de esta Ley. Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el tomador del seguro haya actuado con dolo.

Este artículo está muy relacionado con el número 10, comentado anteriormente, donde queda de manifiesto de nuevo la importancia de la redacción de las preguntas del cuestionario de Salud.

En la práctica, referido a este artículo concreto, lo que cuesta es demostrar en los términos expuestos que el tomador/asegurado actuó con dolo.

Artículo 90.

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

En el caso que se demuestre que el tomador/asegurado ha actuado de mala fe, para beneficiarse de una tarifa inferior o poder ser admitido en la Compañía, esta última podrá anular el contrato.

2. LOPD y los datos relativos a la salud

La sensibilidad de los datos relativos a la salud se justifica por su especial incidencia en la intimidad y el riesgo de prácticas discriminatorias a través de su utilización.

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), mantiene el reconocimiento de los datos relativos a la salud como datos sensibles por su propia naturaleza.

Los datos relativos a la salud o datos médicos quedan incluidos entre aquéllos a los que nuestra legislación dispensa mayores garantías.

Por una parte, su obtención ha de adecuarse a unos denominados principios - denominados principios de calidad de los datos-: principio de pertinencia, de finalidad, de veracidad y exactitud, de lealtad y principio de seguridad de los datos, los cuales condicionan la recogida de cualquier tipo de información de carácter personal.

Por otra, la LOPD otorga una serie de facultades al sujeto: derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación frente al archivo y tratamiento de la información médica que le concierne.

La obtención de datos relativos a la salud solamente podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente. El legislador habilita a las instituciones, centros sanitarios y los profesionales correspondientes a tratar los datos de las personas que acudan a esos centros o sean tratadas en los mismos.

La recopilación de datos relativos a la salud del asegurado en la mayoría de los supuestos tiene como finalidad última valorar el riesgo para la conclusión de un determinado contrato, no siendo posible encuadrar dicho fin dentro del interés general que ha de presidir cualquier excepción al consentimiento legalmente exigida.

Las compañías de seguros obtienen datos de la salud de los asegurados de manera habitual en dos momentos.

1. En la contratación de determinados seguros mediante la realización de un test o cuestionario médico.
2. En el pago de las prestaciones derivadas de ciertos seguros, ya que para gestionar dicho pago, los centros sanitarios han de proporcionar, en multitud de ocasiones, a las entidades aseguradoras pagadoras una serie de informaciones como la entrada en el centro sanitario, las pruebas realizadas o el diagnóstico de salida.

Los datos con los que trabajan las Compañías del ramo de Salud, deben considerarse de nivel medio y las Compañías muestran una especial preocupación y cada vez más concienciación dentro del ámbito de la protección de datos de carácter personal, ya que gestionan un gran volumen de información catalogada en la mayoría de los supuestos, como sensible. Información que los profesionales deben garantizar que es tratada con las diligencias oportunas, siendo para ello necesario adoptar sistemas de gestión seguros basados en la normativa establecida.

El cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y en el Reglamento de Desarrollo de la LOPD, recogido en el RD 1720/2007, adquiere mayor relevancia, aún si cabe, cuando hablamos de la actividad aseguradora.

Desde el punto de vista de la Selección de Riesgo, la entrada en vigor de la LOPD ha supuesto una serie de modificaciones en el quehacer diario, de las personas que gestionan dicha tarea.

- Durante el proceso de análisis de la información, esta no debe quedar al alcance de cualquier persona ajena al departamento de Selección de Riesgo.
- Toda la información una vez gestionada, se debe guardar en un sitio seguro y con acceso restringido para las personas encargadas de su gestión.
- Una vez que la información ha sido analizada y no se debe guardar, se debe destruir.
- Cualquier consulta o aclaración que se debe efectuar con un médico que haya tratado al candidato con anterioridad, se debe efectuar previo consentimiento del mismo.

IV. DOCUMENTOS PARA LA CONTRATACION DE SEGUROS DE SALUD

A la hora de llevar a cabo la Selección de Riesgo, es necesario que las entidades recaben toda la información pertinente y para ello, se sirven de una serie de documentos imprescindibles para ese fin.

Los documentos específicos para la Selección de Riesgo son: la Solicitud de Seguro, el Cuestionario de Salud y el Informe Médico; con todo ello, la entidad podrá formarse una idea muy aproximada para la valoración del riesgo y las condiciones de su aceptación.

1. La solicitud de seguro

Es un documento fundamental en la selección. Constituye una pieza básica para la futura emisión de la póliza, al figurar en ella no sólo los datos identificativos necesarios para el contrato, sino también los relativos al tipo de seguro, coberturas y, en ocasiones, datos de filiación o estado físico o hábitos del asegurado.

Existe también la Propuesta de Seguros, que en Salud no es muy utilizada. La diferencia más importante entre la Solicitud y la Propuesta es que esta última, vincula a la compañía desde el instante que el tomador del seguro la firma durante 15 días y la solicitud no vincula a la Compañía; esta la analiza y en función del resultado decide admitir o no al candidato, pasando a ser asegurado.

2. El 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 posible o futuro asegurado con el que la aseguradora hace un diagnóstico y valoración previos del riesgo médico a asegurar.

El Cuestionario de Salud permite, tras la valoración determinada, objetivar al máximo el riesgo asumido en la contratación.

Debe ser un documento que reúna las siguientes características:

Manejable: Cómodo para cualquier persona que deba utilizarlo: posibles asegurados, comerciales, empleados de la Compañía.

Comprometedor: No se debe olvidar que forma parte de un contrato, lo que le confiere un valor del que se debe ser consciente y conocedor en el momento de su cumplimiento.

Fiable: La información que recoge el Cuestionario de Salud debe conferir un mínimo margen de error (prácticamente nulo) y de libre interpretación. Es un

documento absolutamente relacionado con el Condicionado de la póliza y que permite complementar lo que allí se podría prestar a controversia u omisión.

Completo: Debe tener la pretensión de contemplar todos aquellos datos que incrementen o disminuyan la agravación del riesgo, preferiblemente médicos.

Único: Se considera más ágil que para su tratamiento, toda la misma gama de productos dispongan de un único Cuestionario de Salud.

Económicamente viable: no debe implicar un desembolso no rentable para la Compañía.

Un Cuestionario de Salud que cumpla las características referidas, permite acotar el riesgo de forma que se acepten aquellos riesgos que se consideren asumibles desde el inicio de la tramitación de la solicitud del seguro, es decir en su comercialización.

Todo ello permite prever con alto grado de fiabilidad la utilización de la póliza contratada, es decir, la estimación de la siniestralidad de estas pólizas.

Este objetivo no pretende presentar una visión de perjuicio para ninguna de las partes contratantes, únicamente pretende conferir una mayor rigurosidad a la cobertura de los siniestros presentados con conocimiento previo de la situación por ambas partes, lo que redundará, al fin, en un beneficio para todos los implicados.

Por ello vale la pena referir algunos puntos en los que se demuestra el beneficio comentado, tanto para la Compañía como para el asegurado.

Respecto a la Compañía y como datos fundamentales, además de los económicos ya mencionados, se considera un beneficio el conseguir un mayor conocimiento y calidad de la cartera, obtener una disminución de la media de edad de los asegurados, la disminución de las reclamaciones y conflictos, la mayor comunicación con todos los participantes en la tramitación del seguros, la estabilización de las primas, "eliminación del asegurado doloso" (criba previa), etc.

En lo que se refiere a los asegurados, el beneficio redundará en formar parte de una Compañía con una cartera y servicios de calidad así como pertenecer a un colectivo también de calidad (previamente seleccionado), a precios estables y con conocimiento detallado de lo que ha contratado.

En caso de mentir u omitir algún dato de salud pasado o presente, la aseguradora podría excluir o negarse a cubrir al beneficiario del seguro ciertos riesgos (impugnar el contrato) si logra demostrar que en el momento de solicitar el seguro, el asegurado los conocía, pero los omitió (inexactitud de datos). Esto con ciertos límites temporales.

En ocasiones, algunas de las respuestas del cuestionario pueden ser engañosas y ocultar hechos importantes. Esto no se debe necesariamente a que el solicitante ni la persona encargada de la venta estén tratando de engañar o burlar a la entidad (puede ser que honestamente haya olvidado algo, que no haya pensado que fuera importante o que no haya comprendido alguna pregunta). Un cuestionario bien diseñado, que hace un conjunto de preguntas específicas y solicita información en áreas precisas, tiene más posibilidad de evitar esta confusión. Un cuestionario en el que sólo se hacen pocas preguntas, pero que requieren respuestas complicadas, conducen normalmente a equivocaciones con el riesgo que el solicitante no desvele algunos hechos importantes.

Hay respuestas a preguntas “críticas” que si no se concretan pueden demorar considerablemente la aceptación.

Las preguntas han de ser formuladas de manera que el candidato responda de forma clara y concisa. El modelo de Cuestionario debe ser sencillo, claro, espacioso y atractivo tanto para el cliente como para el empleado que opera con ellas.

Las preguntas realizadas en el Cuestionario deben de ser adecuadas, pertinentes y no excesivas en relación con el ámbito y la finalidad perseguida, tal y como establece el artículo 4.1 de la LOPDP, no pudiendo la entidad aseguradora recoger datos que no tengan como objetivo valorar un riesgo concreto y determinado o que sean incompatibles con dicha finalidad. El principio de finalidad condiciona y limita la obtención de la información, de tal forma que solamente podrán ser recabados datos estrictamente necesarios en ese momento, aunque fuesen susceptibles de serlo para cumplir objetivos futuros.

En el Cuestionario se debe preguntar al asegurado sobre sus enfermedades, dolencias, lesiones e intervenciones quirúrgicas.

El Cuestionario de Salud debe ser inseparable de la Solicitud y ser exigible para la contratación del seguro. La solicitud deberá ser firmada por el tomador y asegurado, si este fuese distinto de aquel, haciéndose responsable de las respuestas facilitadas sobre su estado de salud.

Algunas Compañías optan por modelos demasiado sencillos, para comodidad del asegurado pero a su vez incompletos para poder evaluar correctamente un riesgo. Otras profundizan demasiado en aspectos médicos haciendo preguntas que no son tan útiles y que a veces resultan incomprensibles para el asegurado.

El contenido del cuestionario de salud debe ser lo suficientemente escueto y sencillo de rellenar como para que al solicitante no le resulte pesado y a su vez debe contener los datos precisos para realizar un análisis correcto del riesgo en cuestión.

Con un cuestionario más simplificado se puede facilitar la labor comercial y molestar poco al cliente, pero indudablemente, se tiene una menor información sobre el riesgo y menor seguridad a la hora de evaluarlo.

NOMENCLATURA SOBRE CUESTIONARIOS

Cuestionario Blanco: Aceptación sin exclusiones. El Candidato no declara ninguna afección/dolencia en el cuestionario.

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 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 Negro: Denegación directa. Las declaraciones del Candidato en el Cuestionario de Salud no permiten aceptarlo en la Compañía.

COMPARATIVA DEL CUESTIONARIO DE SALUD

Se ha procedido a la revisión de los C.S. utilizados en varias Compañías de seguros a nivel nacional.

Los formatos, contenidos y distribución de los mismos, varía de una Compañía a otra, pudiéndose clasificar, en términos generales en:

- **C.S. Reducido:** Constituye un documento escueto con preguntas muy generales y fundamentalmente referidas a antecedentes médicos de transcendencia.
- **C.S. Amplio:** Constituye un documento detallado de los antecedentes del posible asegurado en el que se recogen antecedentes personales, familiares, patológicos, ... y todos aquellos datos que pueden ser de interés para la Compañía aseguradora. La mayor o menor extensión del C.S. están en relación con las características, volumen y estabilidad en el mercado de cada entidad.
- **C.S. Mixto:** Combinación de los dos modelos anteriores. No se refiere a que existan dos tipos de cuestionarios que se utilicen a la vez, sino a la existencia de uno solo amplio y detallado, en el que, según el tipo de solicitud de seguro llevada a cabo se indica las preguntas a responder

en función de la póliza solicitada (por ejemplo: mediante asteriscos o bloques de preguntas).

La tendencia en general en el mercado, es la utilización del C.S. mixto a formato único. La ventaja que confiere esta modalidad es el equilibrio entre las necesidades y objetivos de la Compañía, las Comerciales y las del posible asegurado.

Esto supone disponer de un Cuestionario mínimo reducido que contemple con la máxima amplitud todos los conceptos a tener en cuenta y un cuestionario más amplio que deba ser cumplimentado ante cualquier respuesta afirmativa en el cuestionario reducido.

CONCLUSION

Con todo lo expuesto respecto al Cuestionario de Salud, se puede decir que un cuestionario tipo ideal, sería aquel a formato mixto, separado en dos bloques; el primer bloque debería recoger los datos genéricos de Salud y podría vincularse a la solicitud. Debería ser un conjunto de preguntas reducido y ante una sola respuesta afirmativa del mismo, pasar a cumplimentar el segundo bloque. En éste, se solicitaría, mediante preguntas agrupadas por tipologías y una serie de mecanismos de ayuda (por ejemplo: enfermedades más frecuentes), la ampliación de las cuestiones respondidas afirmativamente en el primer bloque.

3. El informe médico

Con el fin de tener un conocimiento más exacto del riesgo, sobre todo cuando los candidatos superen una cierta edad o cuando del cuestionario de Salud se desprenda la posible existencia de un riesgo agravado, las entidades realizan un análisis más estricto del riesgo y ocasionalmente someten al candidato a un reconocimiento médico.

Este control médico, ha de ser aceptado por el asegurado, pero se integra en el deber precontractual, de tal suerte que la negativa del asegurado a someterse al examen médico o a las pruebas complementarias 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 el resultado de un reconocimiento médico practicado, en el cual el médico reconocedor estudia, explora y analiza al candidato emitiendo su opinión profesional sobre ello. Incluye al final una conclusión sobre aceptación normal, condicional, en cuyo caso sugiere la oportunidad de aplicar alguna cláusula o condición especial.

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.

Este procedimiento no es muy utilizado actualmente en la Selección de Riesgo de los Seguros de Salud porque enlentece y encarece el procedimiento.

Además, en algunas ocasiones se detectaba que el candidato únicamente pretendía que se le realizara una revisión médica gratuita sin interés real por la contratación de ninguna póliza.

Actualmente ante cualquier necesidad de ampliación de información se solicita al candidato que sea él quien proporcione la información médica necesaria y actualizada para proceder a la realización de la valoración del riesgo.

V. SELECCION DE RIESGO

1. Introducción

La Selección de Riesgo del seguro de Salud es el conjunto de medidas, generalmente de carácter técnico y médico, adoptadas por una entidad aseguradora, en virtud de las cuales la aceptación de riesgos está orientada hacia aquellos candidatos para que ofrezcan un menor riesgo, evitando o acotando la cobertura de los que, por poder causar frecuentes siniestros o de elevado importe, originarían un desequilibrio económico en los resultados de la empresa.

El análisis de riesgos del seguro es un instrumento técnico del que se vale la actividad aseguradora para lograr el adecuado equilibrio en sus resultados.

Fundamentalmente, se concreta en los siguientes aspectos:

- Selección de riesgo Técnico/Médico, mediante la cual se procura la aceptación de sólo aquellos candidatos que por sus características propias se presume que no van a originar necesariamente resultados desequilibrados.
- Ponderación o clasificación de riesgos, subsiguiente a la selección inicial, mediante la cual se efectúa la correcta tarificación del riesgo asumido, aplicándole la prima adecuada y creando grupos homogéneos en base a la probabilidad de siniestros e intensidad de los mismos. Esta tarea suele ser responsabilidad del Área Actuarial de la compañía.
- Previsión de riesgos, mediante la cual se procura la adopción de las medidas precautorias adecuadas, para evitar la producción de siniestros.
- Control de resultados, mediante el cual se aplican ciertas fórmulas de carácter excepcional cuando, tras el análisis de los resultados obtenidos, se aprecie que son las únicas adecuadas para conseguir el necesario equilibrio técnico: franquicias, anulación de pólizas deficitarias, delimitación de las garantías, imposición de exclusiones de cobertura, etc.

2. Selección de riesgo técnica

Normalmente, cada entidad establece una normativa de contratación concreta, en función del riesgo que pueda o quiera asumir.

La normativa de contratación es la implementación y la aplicación de un conjunto de reglas establecidas por la Compañía. Normalmente en esta normativa se encuentra la edad máxima de contratación, los descuentos de prima en función de la frecuencia de pago del recibo....

La normativa es una herramienta útil, tanto para la Compañía como para los candidatos a contratar una póliza, ya que fija una serie de reglas de antemano a las que se tienen que ceñir la Compañía y los candidatos a asegurados.

Con carácter general, serán asegurables en las pólizas de Salud todas aquellas personas que cumplan con los requisitos de Selección de Riesgo Médica y con la normativa de contratación.

Ejemplo de Normas de contratación en algunas Compañías

Con carácter general no son asegurables los siguientes grupos de personas:

- Personas cuya edad supera la máxima establecida por la compañía. El límite de edad de contratación suele ser de 65 años en la mayoría de compañías. Sobre este límite, suele haber excepciones cuando en una misma póliza hay un número mínimo de asegurados que compense la edad del candidato mayor.
- Deportistas profesionales y profesiones de alto riesgo. Para estos grupos de riesgo, existen una serie de pólizas con una serie de coberturas específicas para ellos, ya que los riesgos a los que se exponen son mayores que el resto de la población.

Ejemplo de Selección de Riesgo Técnica en algunas Compañías

Menor de edad sólo en una póliza de Salud: hay compañías donde sí se acepta, -bajo ciertos supuestos- y Compañías donde no.

En algunas Compañías, se permite la contratación de un menor sólo en la póliza, si se dan alguno de los siguientes supuestos:

- Familia separada y el menor conviva con el progenitor que no paga el recibo.
- Si los padres son beneficiarios de otro seguro de Asistencia Sanitaria pagado por la empresa donde trabaja uno de ellos.
- En caso que los padres no sean asegurables por la Compañía debido a preexistencias que lo impidan.

En cambio, en otras Compañías, un menor puede ser el titular de la póliza sólo si supera los 14 años de edad. Si es menor de 14 años, debe figurar en la póliza también un familiar directo mayor de edad.

3. Selección de riesgo médica

La selección de Riesgo Médica, consiste en analizar las diversas afecciones que vengan descritas en los Cuestionarios de Salud de los candidatos, y en función de una serie de reglas, conocimientos y experiencia, poder descartar al candidato que no se ajuste al perfil que la Compañía desee o acotar coberturas.

Acotar las coberturas, limitar los servicios a prestar o aplicar exclusiones es el mecanismo utilizado por el que un candidato puede contratar un seguro sin sobrepasar los límites de prima y gasto esperados. De esta forma se concede al candidato -ante aquellos grupos de afecciones que no supongan un riesgo no asumible- la posibilidad de suscribir el seguro sabiendo que para aquellos riesgos ya existentes no va a poder utilizar los servicios contratados.

Esta es una fórmula de uso generalizado por las Compañías de Salud que no debe ser perjudicial para el asegurado y precisa de aceptación expresa por éste previa formalización del seguro.

Al fin, las exclusiones, son una forma de participación en el gasto del contratante cuando su riesgo en la contratación es superior a la media de asegurados sobre los que se ha establecido el grueso de la prima.

Es importante remarcar que lo que se describe es consecuencia de lo que se pregunta, hecho fundamental para obtener el máximo de información y así medir bien el riesgo, (según hemos visto en el capítulo de Legislación sobre Selección de Riesgo, el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

Existen numerosos factores que influyen en la valoración del riesgo, destacando los siguientes:

- Edad
- Género
- Estado de Salud (antecedentes patológicos familiares y personales).
- Lugar de residencia
- Profesión
- Estilo de vida
- Aficiones
- Hábitos

Los Riesgos de aceptación exclusiva por Selección de Riesgo Médica, son aquellos que, en función del estudio y análisis del Cuestionario de Salud, permitirán decidir la aceptación o no por parte de la Compañía.

Estos casos son todos los candidatos que en el Cuestionario de Salud respondan afirmativamente a alguna de las preguntas del Cuestionario de Salud.

Por tanto, las solicitudes de seguro estarán condicionadas a la aceptación del riesgo por parte de la Compañía, hecho que es preciso comunicar al cliente.

Debe haber un protocolo de actuación donde se especifique:

- Requerimientos formales para aceptar una solicitud.
- Para qué enfermedades/patologías solicitaremos información médica.
- Selección de Riesgo: aceptación o denegación directa con o sin limitaciones de cobertura.

Las etapas en la Selección de Riesgo son:

- Proceso **externo** a la entidad aseguradora:
 - o Cumplimentación de la Solicitud y Cuestionario de Salud
 - o Recopilación de Informes Médicos si procede.
- Proceso **interno** a la entidad aseguradora:
 - o Evaluación de candidato
 - o Solicitud de información complementaria
 - o Conclusión: Aceptación con o sin limitaciones de cobertura y/o denegación.

La comunicación con el candidato, irá en función del canal de contratación elegido por el mismo. El resultado de la Selección de Riesgo puede ser:

- Aceptada la solicitud del candidato con o sin limitación de coberturas.
- Rechazada la solicitud del candidato

4. Procedimiento de selección de riesgo

4.1 tipo de solicitud

Una compañía tiene varios movimientos de póliza que generan la cartera:

ALTAS NUEVAS

Dentro de las altas nuevas, se puede distinguir dos grupos:

- **No procede de otra Compañía.**

En este caso, la póliza llevará los correspondientes periodos de carencia (Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza. Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella) para las prestaciones que así lo requieran, según cada Compañía. Los periodos de carencia sirven a las Compañías para evitar que los asegurados pidan ciertos servicios de manera inmediata y evitar en cierta medida la selección adversa.

- Procede de otra Compañía.

En todas las compañías analizadas, en caso de proceder los Asegurados de otra entidad, se eliminarán los periodos de carencia de las coberturas de la nueva póliza si la póliza de origen tiene cierta antigüedad. Esto es una táctica comercial que utilizan todas las Compañías para captar asegurados de la competencia, ya que si no se les eliminara el periodo de carencia, no se cambiarían de Compañía. En este caso el Asegurado deberá acreditar su procedencia con la documentación siguiente: Acreditación de la Compañía de procedencia donde ha de figurar la fecha de efecto; recibo del último periodo pagado y la solicitud de seguro y Cuestionario de Salud.

REEMPLAZOS

Un reemplazo de póliza es un cambio sustancial en las características del producto contratado, que conlleva la anulación de la póliza vigente y el alta de una póliza nueva, con otro número pero manteniendo el vínculo de la póliza antigua a nivel de antigüedad e histórico de siniestralidad. En los reemplazos de pólizas (por cambio de producto) se analiza a través del proceso de Selección de Riesgo, en base al expediente asistencial, para determinar si puede realizarse o no. En caso afirmativo, se eliminan los periodos de carencia para las coberturas que ya estaban cubiertas en la póliza antigua, siempre y cuando la póliza de origen tenga una antigüedad mínima que establece cada compañía, sobre las garantías cubiertas en la nueva póliza. Para las nuevas coberturas se aplican los periodos de carencia que la nueva póliza ofrece.

INCLUSION DE ASEGURADOS

Las inclusiones son nuevas incorporaciones a una póliza ya existente. El ejemplo más claro sería el de la inclusión en la póliza de un recién nacido. En algunos casos los recién nacidos pueden incorporarse en la póliza sin plazos de carencia siempre que sean dados de alta dentro de los primeros 30 días de vida.

ALTAS/BAJAS DE GARANTIAS COMPLEMENTARIAS

Se basa en la incorporación o anulación en la póliza una garantía adicional que ofrecen las Compañías, como por ejemplo la Garantía Dental.

EXCLUSIONES DE ASEGURADOS

La exclusión es la acción de dar de baja a un asegurado de una póliza de cartera. Un ejemplo sería la defunción de un asegurado.

DISGREGACIONES DE PÓLIZA

Las disgregaciones es la acción de pasar de una póliza a dos o más pólizas. Un ejemplo de esta situación se produce cuando hay una separación matrimonial o cuando un miembro de la familia se independiza y se hace una póliza nueva individual.

En estos casos, tanto los asegurados de una póliza como los otros, continúan con las condiciones que ya disponían antes de la disgregación a nivel de carencias.

DISGREGACIONES POR REEMPLAZO

Las disgregaciones por reemplazo, son la convergencia de dos movimientos simultáneos: cambio de producto y disgregación de asegurados. En este caso, la póliza de origen se anula.

Un ejemplo de esta situación ocurre cuando un miembro de la familia se independiza y se hace una póliza nueva individual, y los que quedan en la póliza de origen, aprovechan para cambiar de producto. En este caso, podría pasar que algún/algunos de los integrantes de la póliza tuvieran alguna exclusión. Cada Compañía establece períodos de carencia distintos para servicios complementarios o modifica los expresados en los periodos indicados siempre que se determine su duración en las Condiciones Particulares.

4.2 Tipo de póliza

INDIVIDUAL-FAMILIAR

Las pólizas individuales o familiares son las que tienen como asegurados a un solo individuo o a una familia, ya sea de manera total o parcial. La Selección de Riesgo para este tipo de pólizas se realiza de una manera personalizada, valorando a cada uno de los candidatos en función de las respuestas realizadas en el Cuestionario de Salud.

COLECTIVA

El seguro colectivo, es aquel en el que un grupo de personas se aseguran en condiciones más favorables o beneficiosas que si lo hicieran individualmente a través de una póliza única. Es una acción entre varios asegurados (empleados, asociados,..) bajo un mismo contrato, cuyo tomador es la empresa, asociación...

En este grupo, ningún asegurado elige libremente las coberturas de seguro, sino que todos los miembros disponen de las mismas. La negociación la lleva una sola persona, que es la representante del grupo. La selección se hace por grupo y no por personas individuales y el grupo debe representar una característica homogénea, que lo distinga de otros grupos. El grupo asegurado serán todos los empleados designados por el tomador, así como sus familiares. Se entiende por familiares los integrantes de la unidad familiar y concretamente cónyuge e hijos.

En los seguros colectivos, no ocurre la selección adversa, ya que el aseguramiento es pleno (existe una obligatoriedad y universalidad del seguro para todos los miembros) y por tanto, la prima se fija con la probabilidad de ocurrencia basándose en el total de la población. Los mayores costes de los asegurados con mayor probabilidad esperada de siniestralidad en el futuro son compensados con los costes de quienes cuya probabilidad de tener siniestro en el futuro es realmente bastante menor que la media de la población general.

Normalmente, en la mayoría de Compañías, para los nuevos asegurados, se establece un periodo promocional desde la fecha de alta del contrato. Durante este periodo se establecen unos tratos de privilegio que pueden ir desde la no realización de Cuestionario de Salud hasta la no aplicación de carencias pasando por la aceptación de procesos en curso y/o preexistencias. Transcurrido este periodo los nuevos candidatos que deseen incorporarse al seguro, no disfrutarán de los privilegios acordados.

4.3 Fases

Selección de Riesgo Técnica. Cuando llega una solicitud de seguro a través de los diferentes canales principales de entrada a la Compañía (Presencial, Call Center, Web y Mediador), el departamento encargado de mecanizar los datos (Suscripción o Producción), comprueba si se cumplen los requisitos de la normativa de suscripción. Si no los cumple, se anula e informa de la conclusión al candidato a través del canal.

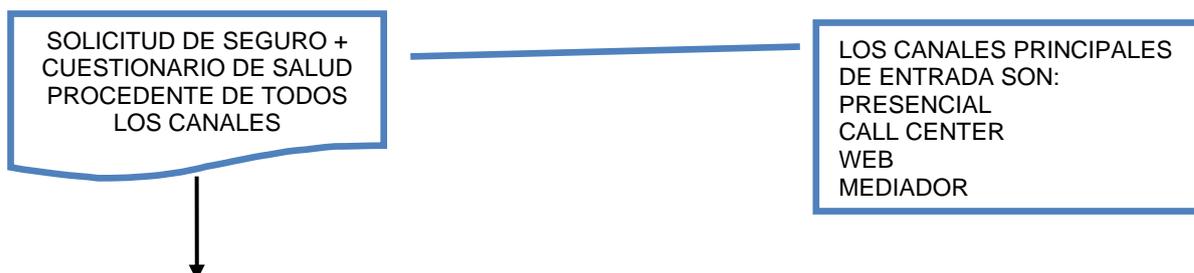
Selección de Riesgo Médica. Si cumple con los requisitos técnicos, se comprueba si el Cuestionario de Salud presenta alguna patología, o sea si está “limpio” o no. Si no presenta ninguna patología (**Cuestionario de Salud Blanco**), se genera la póliza directamente.

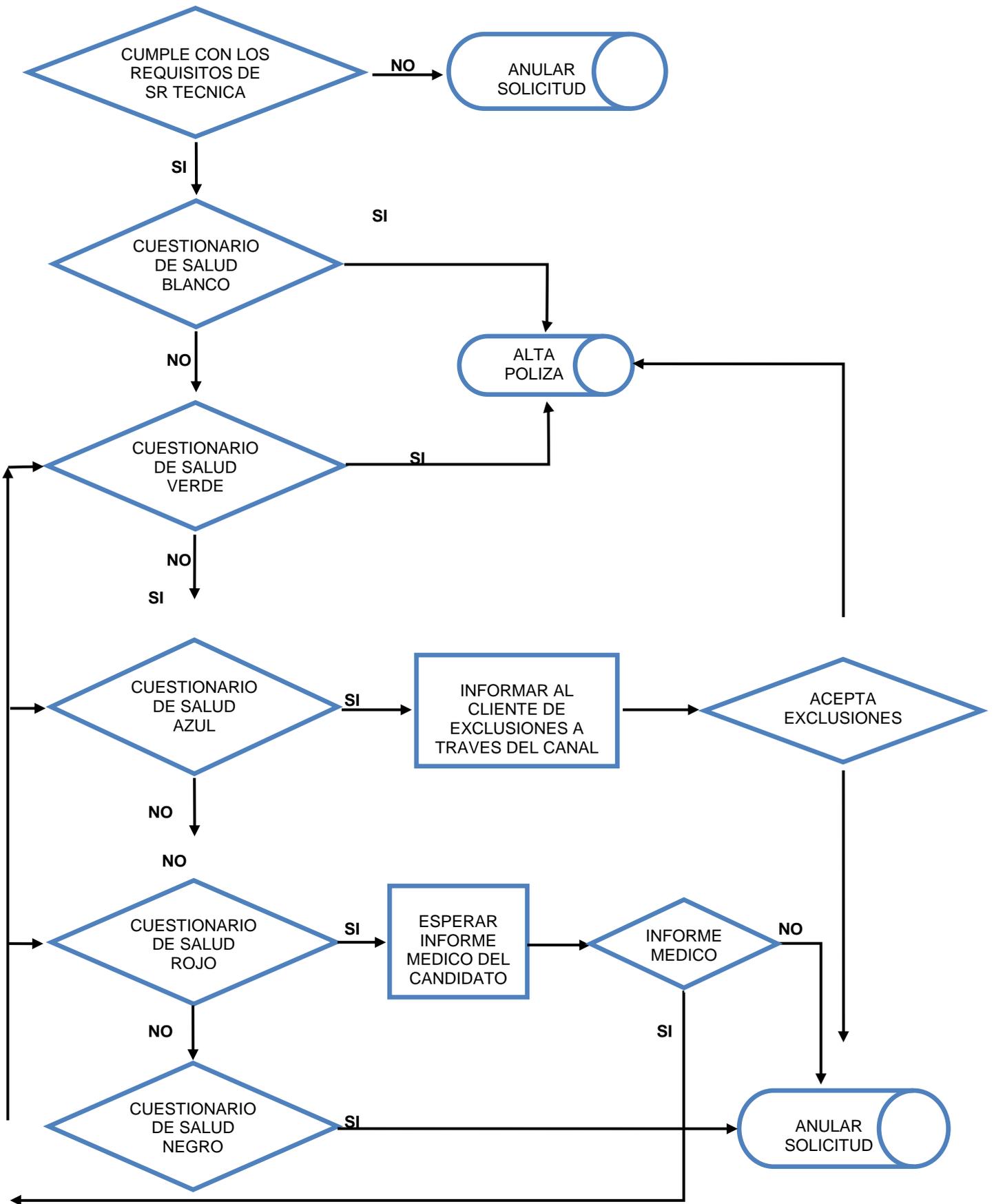
Si presenta patologías, se deberá comprobar si estas son asegurables o no; si no lo son, se rechaza la solicitud y se deniega la contratación del candidato (**Cuestionario de Salud Negro**).

Si las patologías son asegurables, ha de pasar por el proceso de Selección de Riesgo Automático, -proceso donde se comprueba si las patologías declaradas en el Cuestionario de Salud conllevan exclusiones (**Cuestionario de Salud Azul**) o no (**Cuestionario de Salud Verde**).

Si no conlleva exclusiones, se emite la póliza y si conlleva exclusiones, se le comunica al candidato dicha circunstancia a través del mismo canal de entrada.

El candidato siempre tendrá la última palabra y podrá aceptar o denegar las condiciones de contratación propuestas por la Compañía. Existe la posibilidad que en función de las respuestas del Cuestionario de Salud, sea necesario que el candidato presente un informe médico para valorar con más detalle si se acepta o no al candidato. (**Cuestionario de Salud Rojo**). Si en un plazo máximo de tiempo establecido, el candidato no ha enviado el informe requerido, se anula la solicitud. Con esta medida, se limpia la Base de Datos de solicitudes de la compañía, no se acumulan solicitudes pendientes de resolver y se cumple con los requisitos de la LOPD. A continuación se ilustra de forma gráfica el procedimiento de la Selección de Riesgo en un diagrama de flujo.





Seguidamente y a modo de ejemplo, se relacionan una serie de patologías y enfermedades que condicionan el color del Cuestionario de Salud y el estado de la solicitud.

Esta relación es el resultado de un trabajo de campo hecho para esta Tesis, en el que se han consultado datos de Salud Pública (libro blanco de la Seguridad Social) y Privada e información de varias Compañías de Seguros de Salud.

Relación de enfermedades/patologías que conllevan la aceptación directa sin exclusiones: Cuestionario de Salud Verde.

- Aborto
- Acné
- Adenoiditis. (intervenido o no)
- Amigdalitis. (intervenidas o no)
- Apendicitis (Apendicectomía)
- Bruxismo
- Catarro
- Cefalea
- Conjuntivitis
- Drenajes oídos
- Embarazo
- Escarlatina
- Gastroenteritis Aguda
- Gingivitis
- Gripe
- Hepatitis A
- Laringitis
- Otitis
- Parto/Cesárea
- Rubeola
- Sarampión
- Sinusitis
- Traqueítis
- Varicela
- Verruga

Relación de enfermedades/patologías que conllevan la aceptación con exclusiones: Cuestionario de Salud Azul.

- Varices
- Hipo/Hipertiroidismo
- Asma
- Enfermedad Celíaca (intolerancia Gluten)
- Gota (hiperuricemia)
- Hernia de hiato (intervenida o no)
- Hernia discal (intervenida o no)
- Litiasis renal (Cólico nefrítico, piedras riñón)
- Litiasis vesicular (cálculos biliares, piedras vesícula)
- Migraña

- Psoriasis
- Úlcera péptica (Úlcera de estómago, de duodeno)

A continuación y a modo de ejemplo, se relacionan las enfermedades/patologías que provocan el rechazo de la solicitud del candidato, por considerarse graves Cuestionario de Salud Negro.

Se entiende por enfermedad grave, las afecciones crónicas o agudas cuya trascendencia desde un punto de vista médico-asegurador suponga un riesgo económico tal que implique un gasto excesivo en referencia a la prima estudiada, bien por la afección en sí misma, bien por sus complicaciones, consecuencias y/o secuelas, pudiendo afectar a cualquiera de las coberturas y/o servicios de los productos de Salud vigentes.

- Enfermedades Cardiocirculatorias: AVC, Cardiopatía isquémica, Miocardiopatía, alteración del ritmo.
- Enfermedades vasculares, esclerosis, HTA, Infarto, Angor, By-Pass, Insuficiencia Cardíaca, Aneurismas.
- Enfermedades Hematológicas: talasemia mayor, hemopatías, hemofilia, alteración de la coagulación.
- Enfermedades Digestivas: Cirrosis, hepatitis crónica,
- Enfermedad Inflamatoria intestinal (Crohn y Colitis ulcerosa).
- Enfermedades Respiratorias: EPOC, bronquiectasias, fibrosis pulmonar, histiocitosis.
- Enfermedades Endocrinas: diabetes insulino dependiente.
- Enfermedades Neurológicas: epilepsia (gran mal), Parkinson, lesión medular grave, lesiones de neurona motora, mielitis irreversible, Esclerosis múltiple. Demencias. Miastenia Gravis, Sd. Fatiga crónica, Fibromialgia.
- Enfermedades traumatológicas graves (hernia discal, prótesis, lumbalgias)
- Enfermedades Psíquicas: esquizofrenia, trastornos bipolares, trastornos de la conducta alimenticia.
- Enfermedades Osteoarticulares, musculares y de tejido conectivo: enfermedades del colágeno, artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, dermatomiositis, distrofias musculares, anomalías HLA.
- Oncología: Neoplasias malignas inc. In situ de < 10 a. evolución.
- Enfermedades Inmunológicas: Inmunodepresión e inmunodeficiencias.
- Otras: Toxicomanías, Trasplantes, Obesidad mórbida (IMC>40), Anomalías congénitas y cromosomopatías.

5. Selección de riesgo y las nuevas tecnologías

La Selección de Riesgo para el ramo de Salud, se ha llevado a cabo a través de una manera muy tradicional; o bien el mediador llevaba en mano la solicitud de la póliza y el cuestionario firmados a las oficinas de la Compañía o era el propio candidato que se presentaba en las oficinas y rellenaba la solicitud y el cuestionario de Salud.

Las nuevas tecnologías ofrecen la posibilidad que el candidato no se tenga que mover de casa ni tenga que recibir la visita en casa del mediador.

En la actualidad, muy pocas Compañías ofrecen la posibilidad de poder hacer el cuestionario de Salud por teléfono o a través de Internet.

La diferencia de realizar el proceso a través del teléfono o de internet con respecto al sistema tradicional es que el Cuestionario de Salud firmado por el asegurado, en vez de tenerlo de antemano, la Compañía lo tiene al final de todo el proceso (cuando el asegurado devuelve la documentación firmada).

En este punto, se pretende innovar en la manera de hacer la Selección de Riesgo, de tal forma que sea lo más rápida y ágil posible: Selección de Riesgo automática.

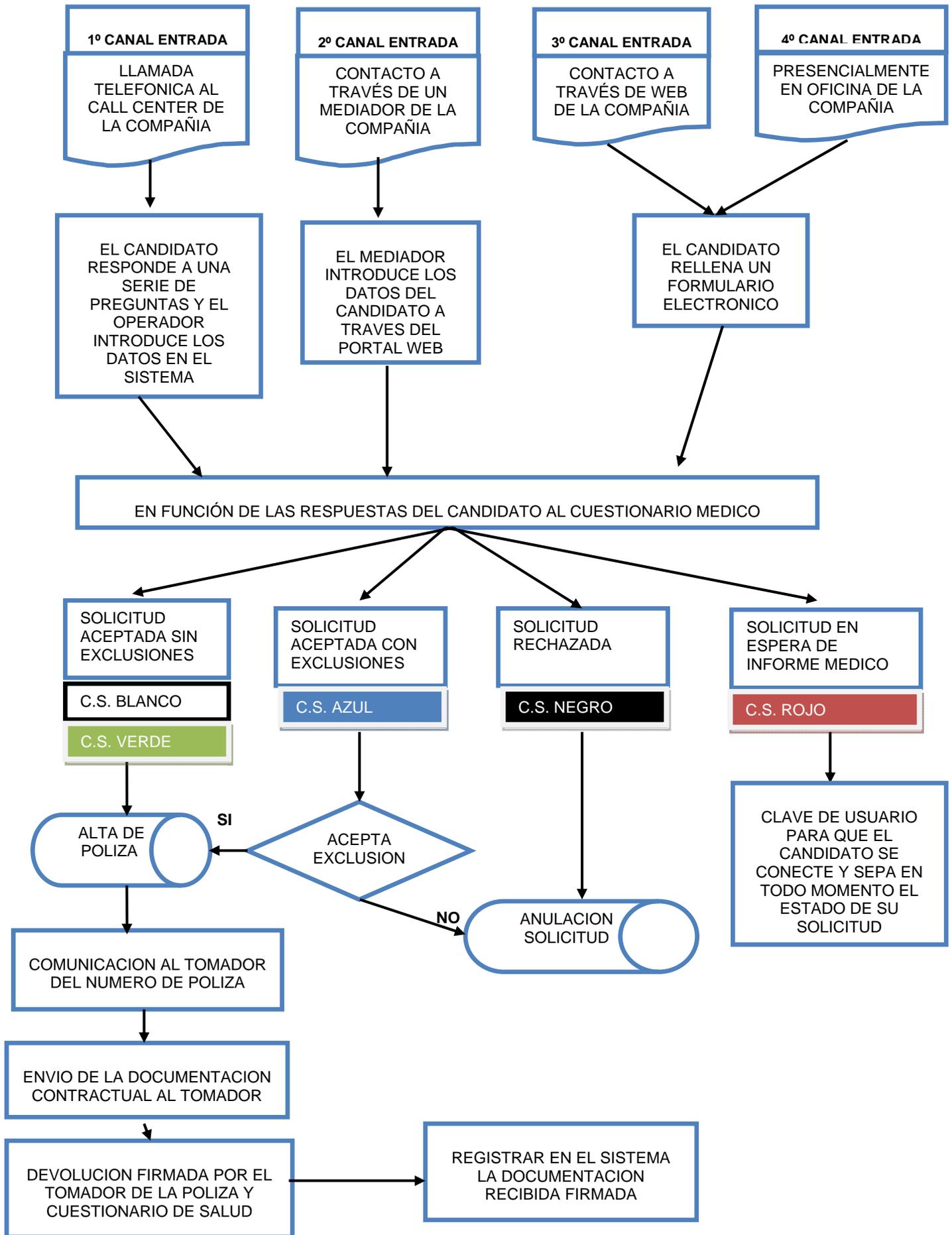
La situación ideal es aquella en la que el candidato sepa si es aceptado en la Compañía (en el caso de presentar alguna patología) en el mismo instante. A no ser que desde la Compañía se le solicite un informe médico para analizar con más detalle su historial médico / clínico.

Esta respuesta “on-line” es independiente del canal de entrada del candidato, ya que como todos los canales apuntan a un servidor único, el tiempo de respuesta será el mismo para todos.

La gran innovación consiste en tener en una base de datos todas las enfermedades y patologías codificadas, siguiendo la clasificación estandarizada Internacional publicada por la Organización Mundial de Salud (OMS), y si el candidato declara tener o haber tenido una de ellas, que el sistema le comunique si es aceptado, si no lo es, si lo es pero con exclusiones o si es preciso que envíe un informe médico a la Compañía.

A través de una serie de estados (colores) la solicitud será aceptada o rechazada en el mismo instante.

A continuación se escenifica el procedimiento en un diagrama de flujo.



6. Otros factores que influyen en la selección de riesgo

Existen una serie de factores que por sus características podrían influir de una manera directa sobre la Selección de Riesgo. Distinguimos los siguientes grupos de factores:

1-Cliente.

A.- Cliente Interno

Aquel que tiene otras pólizas en la Compañía y merece un trato especial, como un producto a medida ya que conocemos su perfil para potenciar su fidelidad a la Compañía y pertenencia al grupo.

En función del perfil del cliente interno, se pueden hacer diferentes clasificaciones:

Por perfil económico, por siniestralidad, por perfil familiar, por profesión ...

B.- Cliente Externo Vip.

Nueva captación. La entrada de una personalidad importante en la Compañía puede hacer que genere más clientes a la vez que da prestigio a la entidad.

C.- Empleados de la Compañía y familiares

Por ser un empleado de la Compañía o un familiar directo, merece trato especial, con ciertos privilegios.

2.- Número de asegurados por póliza.

En unidades familiares a partir de cierto número de personas, se pueden hacer una serie de concesiones especiales.

3.- Núcleos urbanos.

En aquellas zonas de determinadas características como zonas endémicas, lugares de elevada competencia, poblaciones con elevada penetración de seguro, regiones de nueva implantación con escasa presencia de medicina privada ... puede ser conveniente flexibilizar la selección de riesgo para conseguir un volumen de asegurados mínimo.

Acciones.

Para todos estos grupos, las ventajas que se podrían ofertar desde Selección de Riesgo, serían:

1. Exclusiones temporales en vez de indefinidas.
2. Matización de exclusiones.
3. Eliminación o derogación de los plazos de carencia.
4. Aceptación de los procesos en curso y de preexistencias.

VI. ANALISTAS DE SELECCION DE RIESGO

1. Canal de entrada

El canal de entrada del candidato en la Compañía, mediador (agente o corredor), web, presencial y Call Center, es el primer filtro del proceso de Selección de Riesgo, tiene un papel importante de colaboración en la selección de riesgo. Es fundamental que el canal pueda deducir y averiguar con adecuada discreción si el potencial cliente con el que está tratando en cada momento puede ser un riesgo agravado o no e incluso en caso informativo, en qué grado aproximadamente.

Su labor es importante sobre todo en dos aspectos:

1-Conseguir las informaciones precisas y necesarias, tanto desde el punto de vista económico como profesional para descartar cualquier despropósito fraudulento por parte del candidato, ya que el contrato es de buena fe.

2-Dar correcta información al cliente sobre las condiciones de aceptación que se le van a aplicar.

Si el canal cumple esta misión, pueden evitarse futuras gestiones que comprometan más tiempo.

Por otra parte, si el mediador –por tener una relación más directa que el resto de canales con el cliente- considera que el riesgo es dudoso o conoce que al candidato se le haya denegado el seguro en otra entidad debe ponerlo en conocimiento de la entidad.

2. Técnicos

Las personas de la compañía que se dedican a realizar la tarea de Selección de Riesgo, suelen formar parte del equipo técnico o de suscripción.

Administrativo:

Es la primera persona que recibe los datos de contratación del Seguro y la primera en valorar el Cuestionario de Salud. Está bajo la supervisión del Experto en Salud y valida la totalidad de los datos y las necesidades en cuanto a información.

Experto en Salud:

Si las patologías declaradas en el Cuestionario de Salud son aceptables y no comportan limitación de coberturas da el visto bueno para que se emita póliza.

Si por el contrario, el candidato presenta patologías de índole complejo o sugestivas de denegación de contratación, el experto puede solicitar información adicional (informes médicos...) y proporcionará toda la información al médico, para que este analice a fondo el contenido del expediente y concluya al respecto.

Médico:

Profesional de la Medicina de Seguros y es el responsable de la Selección de Riesgo Médica en su totalidad.

El médico no ve al candidato; valora sobre todo los datos que le facilitan, interpretando el expediente médico que se le somete.

Analiza los Cuestionarios de Salud, valora las prestaciones previas en caso de reemplazos, estudia la información complementaria proporcionada y concluye en consecuencia.

Así mismo el médico deberá medir todos los parámetros utilizados en el análisis y la selección de riesgo médica así como las conclusiones de las pólizas que ha valorado para así poder evolucionar los procedimientos y mejorar los procesos.

Por otro lado, el comportamiento de la cartera deberá proporcionarle información de los resultados de la selección de riesgo médica aplicada, y modificar aquellas características de la contratación que desvirtúen la tendencia objetivo pretendida.

VII. LA SELECCION DE RIESGO Y EL CONTROL DEL GASTO SANITARIO

Una de las principales estrategias que dispone una Compañía para controlar el gasto sanitario es la Selección de Riesgo.

Las estrategias de control de gasto sanitario antes de producirse son:

1. Normas de Suscripción y Contratación (SR TECNICA)
2. Selección de Riesgos: Cuestionario de Salud. (SR MEDICA)
3. Condicionado General del Producto
 - Períodos de carencia
 - Riesgos excluidos
4. Fraccionamiento del Pago

A continuación se analizan detalladamente las diversas estrategias:

1. Normas de suscripción y contratación

Las aseguradoras, definen aquellos casos en que se limita la cobertura de determinados riesgos diferenciadas por su tipología:

a) **General:**

- Por razón de edad (>65 años)
- Por grupos de riesgo (Profesionales de los Deportes de riesgo, etc...)

b) **Particular:** Casos puntuales de riesgo concreto en determinadas personas individuales o conocimiento de enfermedades preexistentes con alto riesgo de patologías derivadas.

Las Normas de suscripción y contratación ayudan a controlar el gasto sanitario, en cuanto que al no permitir que ciertos grupos de personas con una gran probabilidad de alta siniestralidad, suscriban una póliza, evitan que les aumente los pagos a los proveedores sanitarios.

2. Selección de riesgos

A continuación se detallan los procedimientos básicos de selección:

Cuestionario de Salud: Es el documento cumplimentado por el asegurado, parte integrante de la Solicitud, en el que se realizan una serie de preguntas encaminadas a conocer el estado de salud del solicitante y de las posibles alteraciones de salud que haya tenido a lo largo de su vida.

En base a lo cumplimentado en el cuestionario, se realizan las valoraciones correspondientes para la aceptación del riesgo, el establecimiento de cláusulas limitativas o el rechazo de la contratación. También puede solicitarse documentación adicional acreditativa como informes médicos.

La Selección de Riesgo ayuda a controlar el gasto sanitario, en cuanto que no permite que las personas con alteraciones de salud, suscriban una póliza, se protegen de los asegurados cuyos riesgos son más graves.

3. Condicionado general del producto

1. Períodos de Carencia

Los periodos de carencia se aplican en las pólizas son un mecanismo de defensa que tiene la Compañía aseguradora para que no se produzca una anti-selección en el sentido que se puedan contratar pólizas para solucionar un problema determinado de inmediato, generalmente una intervención quirúrgica, un parto o la realización de una prueba de alto coste. Por este motivo se aplican estos plazos de carencia, que suelen ser períodos de entre tres y doce meses, según el acto médico de que se trate. No obstante, estos plazos de carencia se suelen eliminar, salvo excepciones, cuando el asegurado proviene de otra Compañía en la que tenía un seguro de similares características o en caso de urgencia vital.

Los Periodos de carencia ayudan a controlar el gasto sanitario, porque evitan la anti-selección.

2. Riesgos excluidos

La exclusión de riesgo es la decisión que generalmente corresponde a la entidad aseguradora, en virtud de la cual no quedan incluidas en las garantías de la póliza determinados riesgos o, quedando incluidos éstos, las garantías del contrato no surtirán efecto cuando concurren respecto a ellos determinadas circunstancias o condiciones preestablecidas.

Los Riesgos excluidos ayudan a controlar el gasto sanitario, porque excluye ciertas coberturas que, no se han contemplado por falta de experiencia previa y por tanto no poder determinar una tarifa o por ser esta inviable por su alta coste.

Existen una serie de exclusiones generales a las pólizas de Salud que son las siguientes:

1 - Lesión o enfermedad causada por:

Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.

Participación activa del asegurado en rebelión, revolución, insurrección, poder militar, terrorismo, sabotaje, tumulto o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del país.

Participación del asegurado en actos calificados como delitos por la ley

Negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado

Lesión o enfermedad surgidas de la ocupación del asegurado, cubierta por la legislación de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Epidemias oficialmente declaradas.

2 - Tratamientos estéticos, excepto en caso de accidente del asegurado.

3 - Tratamientos resultantes de cualquier práctica profesional de cualquier deporte.

4 - Hospitalizaciones para fines de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.

5 - Pre-existencias médicas: enfermedades, lesiones, afecciones, o dolencias conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la vigencia inicial del asegurado en la póliza.

4. Fraccionamiento del pago

El Fraccionamiento de pago es una medida de gracia que tienen las Compañías para facilitar el pago de los recibos a sus asegurados, ya que el cálculo de la prima es anual.

El no permitir el Fraccionamiento de pago de la prima, constituye un mecanismo de defensa que tiene la Compañía, de tal manera que si esta sospecha que la intención del candidato es la utilización inmediata del seguro para realizar un tratamiento en concreto, no conceder el fraccionamiento del pago, es una medida disuasoria para que no se lleve a cabo la acción por su parte.

VIII. SELECCION DE RIESGO Y EL FRAUDE EN EL SEGURO DE SALUD

1. Introducción

Según ICEA, la definición de fraude en seguros es:

“Toda acción u omisión por parte de los intervinientes en la contratación de un seguro o declaración de siniestro, tendente a obtener ilegítimamente un beneficio propio o para favorecer a un tercero”.

Hemos de partir de la base que la relación del asegurado con la entidad aseguradora está basada en la mutua confianza. La característica peculiar del contrato de seguro es la buena fe. Cuando esta no se da, cabe la posibilidad que se produzca una situación fraudulenta.

La regulación jurídica del seguro comienza por caracterizarlo como:

"un contrato oneroso por el que una de las partes (asegurador) espontáneamente asume un riesgo y por ello cubre una necesidad eventual de la otra parte (tomador del seguro) por el acontecimiento de un hecho determinado a una prestación apreciable en dinero, por un monto determinable o determinado, y en el que la obligación, por lo menos de una de las partes, depende de circunstancias desconocidas en su gravedad o acaecimiento"

Una de las cuestiones principales a la hora de contratar un seguros, es el **deber de declaración** del asegurado cuyo fin último es el conocimiento del asegurador del estado de salud del asegurado para así evaluar el riesgo a asegurar (Art.10 Ley de Contrato de Seguro).

Ese "deber de declaración" se satisface con las respuestas del asegurado al cuestionario de Salud que va anexo a la solicitud del tomador. La declaración se puede complementar con reconocimientos médicos que se integran en las etapas precontractuales, de forma tal que si la valoración del candidato es negativa, se cierra el proceso de negociación, liberando al asegurador de cualquier compromiso para la celebración del contrato y la consecuente emisión de la póliza.

El **deber de información** encuentra su razón en la necesidad de establecer o, en su caso, restablecer el equilibrio desde el inicio mismo de las negociaciones, para preservar la relación de equivalencia al tiempo del perfeccionamiento del contrato. Si el que dispone de la información la oculta o la suministra falsamente, el contrato se ha concluido en situación de desigualdad, de tal relevancia que vicia el consentimiento.

El deber de informar debe armonizarse con el deber de informarse, y ello según la aptitud o idoneidad y en el marco de las posibilidades circunstanciales. Por lo tanto quien alega la reticencia ignoraba la información o bien no se hallaba en condiciones de conocerla. Las partes deben expresar con claridad los motivos determinantes (causa) y las necesidades que a través del contrato aspiren (expectativa de crédito) satisfacer (objeto).

Si uno de los sujetos que participa en la negociación sabe de anticipado que, al revelar una información, la posibilidad de concluir el contrato quedaría frustrada o se formalizaría sobre la base de un objeto contractual distinto y, obviamente más oneroso, la reticencia dolosa frustra clara y justamente el contrato, si ha determinado el consentimiento.

Por todo ello, el asegurado está obligado a:

1-Dar a conocer al asegurador, sin reservas, todas las circunstancias que puedan influir en la apreciación del riesgo, ya que las primas se determinan matemáticamente sobre la base de cálculos de probabilidades.

2-Abstenerse de todo engaño, por medio de declaraciones falsas u ocultación de hechos conocidos (**reticencia**).

Ocurre que tanto la información reticente como la emitida con falsedad conllevan un riesgo carente de correspondencia con la realidad. La descripción (información) realizada por el asegurado la desnaturaliza, la deforma, en ambos casos con abstracción de la buena o mala fe con que haya obrado. Es indiferente que la información silencie total o parcialmente circunstancias, o las enuncie erróneamente o hasta ambiguamente.

No obstante, debe tenerse presente que el asegurador puede alegar la nulidad del contrato únicamente cuando su buena fe ha sido realmente sorprendida y las reticencias de la otra parte lo hayan inducido a asumir la responsabilidad por un riesgo en tal grado mayor que el que en realidad asumió, que -de haberlo conocido- no habría celebrado el contrato.

La importancia de la cuestión radica en que a partir de la descripción de la situación de riesgo, el asegurador se halla en condiciones de examinar el grado de posibilidad de que el mismo se produzca, constituyendo lo que se enuncia como probabilidad.

El riesgo se encuentra configurado por las circunstancias suficientemente relevantes como para determinar la ocurrencia del siniestro (acontecimiento dañoso). Y la calificación de esas circunstancias resultan de la estadística lograda sobre:

1. La experiencia del mercado específicamente referida al riesgo en cuestión
2. Del examen particularizado de la declaración efectuada por el asegurando

En consecuencia, el contenido de la declaración del candidato debe contener una descripción de todas las circunstancias conocidas y trascendentes que influyan en la apreciación del riesgo, es decir las circunstancias referidas a la naturaleza del interés asegurable (inherente o exógeno) y las que correspondan a las personas, tiempo y lugar.

El mayor conocimiento por parte del asegurado, no solo en las condiciones del contrato, sino de las posibles limitaciones de su entidad a la hora de investigar un siniestro constituye una circunstancia que favorece el fraude.

Creación de la Unidad de Investigación del fraude.

Estas unidades de investigación se sitúan al final de la cadena: sus casos de estudio provienen de las quejas de los asegurados, de los tramitadores que examinan las reclamaciones de quienes realizan las revisiones médicas previas al pago, o las revisiones posteriores.

La mayoría de las unidades de investigación trabajan por lo tanto de un modo reactivo, actuando a partir de referencias por lo que probablemente conocerán la verdad de forma parcial y a lo peor tardía. El trabajo del investigador se centra en investigar y resolver casos, midiendo su éxito con relación al número de casos resueltos, acuerdos alcanzados, dinero recuperado y condenas obtenidas.

Si la selección adversa está ligada a los seguros voluntarios, el riesgo o abuso moral ocurre tras la contratación del seguro, pues el hecho de estar protegido reduce las cautelas que se tienen cuando no se está asegurado. Esto puede producir que el asegurado empeore sus hábitos de consumo o conducta sin preocuparse por ejemplo de su estado de salud (como aquellos asegurados que empezaron a fumar en el periodo de cobertura).

El riesgo moral no sólo está en el comportamiento de los asegurados. En los seguros de Salud, también es posible encontrarlo en el proveedor del servicio sanitario que tiende a sobre utilizar los recursos en asegurados con cobertura total produciéndose una propensión al sobre consumo o la sobre indicación de servicios sanitarios, realización de pruebas médicas cuando hay un tercero que corre con todos los gastos sanitarios, ya sea la aseguradora pública o privada.

Categorías de Fraude

Tenemos distintas categorías de fraude, entre ellas:

- *Fraudes Internos*: son aquellos perpetrados contra una compañía o sus asegurados por personal directamente vinculado a la entidad (empleados, agentes propios..)
- *Fraudes Externos*: se dirigen contra las compañías y son realizados por individuos o entidades ajenos a la compañía o profesionales del fraude. (asegurados, proveedores ..)

En conclusión, podríamos asegurar que una de las principales consecuencias del fraude en el seguro es la repercusión negativa que tiene sobre aquellos asegurados honrados en dos sentidos:

- Por una parte se ven obligados a pagar más en virtud de la elevada siniestralidad de aquellos que han incurrido en omisiones, mentiras o fraude.
- Por otra parte pueden ser disuadidos de la contratación por tener que asumir una elevada prima fruto de la siniestralidad de la cartera fraudulenta.

2. Datos generales

Según datos de ICEA, el 4% de los intentos de fraude se dan en el seguro de Salud, Vida y Accidentes.

Por comunidades autónomas Cataluña, Andalucía, Madrid y Valenciana son en las que se produce un mayor número de fraudes.

Según las estadísticas de ICEA, por cada euro que invirtieron las aseguradoras en investigación de fraudes durante 2008, recuperaron 37 euros, lo que, a juicio de la organización, demuestra la conveniencia y la rentabilidad de estas actuaciones, que cada vez cuentan con métodos más sofisticados para detectar los engaños.

3. Tipos de fraude en salud

- No declarar una patología previa.
- Intercambio de personalidad con familiares o amigos.
- Utilización de servicios sanitarios que no requieren autorización previa sin estar al corriente de la prima.
- Consumo abusivo de servicios (frecuentación).

El seguro de Salud tiene un alto riesgo de fraude, ya que a la hora de contratarlo el asegurado debe informar si padece alguna afección, siendo frecuente que se omitan datos sobre dolencias que ya se tienen con anterioridad, si bien éstas sólo se manifiestan cuando ya se ha contratado el seguro.

Estos casos son sin embargo los más sencillos a la hora de detectar fraudes, ya que los médicos pueden diagnosticar con facilidad si la enfermedad que padece el asegurado es anterior o no a la fecha de contratación de la póliza.

De ahí la importancia de un correcto y meticuloso análisis del Cuestionario de Salud, el documento donde son perceptibles las patologías previas como primera medida de actuar contra el fraude.

La LOPD y el Fraude

La entrada en vigor de la LOPD (Ley Orgánica Protección Datos), ha dificultado el seguimiento del fraude en los seguros de Salud.

Al ser los datos referentes a la Salud de las personas, de alta criticidad, dificulta el poder hablar con el médico que ha tratado al cliente sin el consentimiento del paciente.

Por otra parte, la LOPD no permite guardar todas aquellas solicitudes denegadas por la Compañía o que no hayan llegado a contrato, con lo que cabe la posibilidad que algún candidato, pasado 2 meses, vuelva a solicitar un seguro de Salud y en el cuestionario no declare las mismas afecciones y/o patologías que puso en el primer cuestionario, con lo que sea aceptado por la Compañía.

La Anti-selección y el Fraude

La anti-selección en seguros es la situación que se produce cuando en un conjunto de pólizas o cartera se integra riesgos de siniestralidad superior a la prevista. Son aquellos candidatos que contratan seguros de Salud sabedores de poseer una patología. Es el enemigo número uno de las entidades y es la razón de ser de la Selección de Riesgo, ya que es lo que se debe combatir.

La anti-selección tiene relación con el fraude, en el momento en que una persona que tiene acceso en condiciones ventajosas a una Compañía por pertenecer a un colectivo por ejemplo, contrata una póliza en el momento que conoce que tiene una enfermedad.

4. Jurisprudencia

Respecto a la jurisprudencia actual relacionada con la selección de riesgo, comentar que ha habido varias sentencias donde el tribunal ha dado la razón a la Compañía, en los casos donde el tomador / asegurado había falseado el cuestionario de salud.

Por poner un ejemplo, la Audiencia Provincial de Alicante, el 13 de noviembre del 2007, estimó el recurso interpuesto por la Compañía de Seguros ASISA, revocando la sentencia de instancia al haberse acreditado que la asegurada omitió ciertas patologías en la cumplimentación del cuestionario previo sobre salud, lo que exime a la aseguradora de la reclamación planteada.

(Audiencia Provincial de Alicante, sec. 8ª, S 13-11-2007, nº 423/2007, rec. 342/2007. Pte: García-Chamón Cervera, Enrique)

Del análisis de las pruebas, se desprende lo siguiente:

1. En el mes de febrero de 2005, la actora que refería dolores, fue a la consulta de un especialista en aparato digestivo quien, a la vista de los síntomas, sospechó de la existencia de un cuadro de litiasis en vesícula biliar. Para confirmar esa sospecha, el referido facultativo prescribió a la actora la práctica de una ecografía, citándole para el día 7 de marzo.

2. El día 4 de marzo de 2005, la actora cumplimentó el cuestionario de salud previo a la suscripción de la póliza de seguro de asistencia médica con la entidad ASISA, así como también la póliza que tiene efecto desde el siguiente día 15 de marzo. En ese cuestionario, en el apartado relativo a "sus últimas tres visitas al médico" no mencionó la visita al especialista de aparato digestivo que tuvo lugar el mes anterior y en el apartado relativo a haber padecido procesos médicos o enfermedades correspondiente a "litiasis, piedras", rellenó la casilla "NO" en lugar de "SI".

3. Tras la práctica de la ecografía el día 7 de marzo se confirmó la sospecha del cuadro de litiasis de vesícula biliar, indicando el Doctor que el tratamiento adecuado era el de la intervención quirúrgica aunque no era urgente.

4. El día 7 de mayo de 2005, la actora ingresó en el Servicio de Urgencias de la Clínica Vistahermosa, perteneciente a los servicios de ASISA, siendo el diagnóstico de cólico biliar, siendo intervenida el día 12 de mayo practicándole una colecistectomía.

De los datos anteriores se desprende que la actora ocultó, al cumplimentar el cuestionario de salud, la información relativa a la detección del cálculo en la vesícula biliar y, cuando esa sospecha fundada se confirmó el día 7 de marzo de 2005, antes que produjera efecto la póliza, tampoco facilitó esa información que influía de manera muy importante en la valoración del riesgo al asegurador. Debe afirmarse, pues, la ocultación grave de esta patología por parte de la asegurada que preexistía al momento de la suscripción del seguro de enfermedad.

Por consiguiente, la aseguradora quedó liberada, conforme establece el inciso final del párrafo tercero del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, de autorizarle la intervención quirúrgica del mes de mayo de 2005 y ahora no está obligada a reembolsarle los gastos de aquella – 7.792€- ni a indemnizarle el daño moral como se pretende en la demanda rectora del proceso que por tal razón desestimamos.

El principio de la buena fe, en materia de seguros, se eleva a la categoría de obligación legal en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguros, ya que al celebrar el contrato el asegurador ha de confiar en la descripción del riesgo que le hace saber el tomador y sobre la base de tal información se representa el riesgo el cual va a servir, no sólo para fijar la prima, sino previa y principalmente, para decidir si va o no a realizar el negocio. Se trata de una información fundamental para la prestación del consentimiento, que es esencial para la validez misma del contrato.

Por consiguiente, el deber del artículo 10 de la citada Ley no es ya contractual sino legal, y consiste en declarar al asegurador todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, en especial aquéllas sobre las que es preguntado y que son determinantes para la prestación del consentimiento al contrato o a su extensión y características.

La ocultación, el silencio o reticencia a expresar tales circunstancias o datos por el tomador o asegurado al ser interrogado acerca de ellas por el asegurador, que se traducen en falta de información veraz, lo cual viene siendo catalogado por la Jurisprudencia del Tribunal Supremo, como conducta dolosa o de culpa grave que por el artículo 10 citado en su párrafo tercero libera a la aseguradora de su prestación, porque de haberlos conocido, no hubiese autorizado el seguro.

IX. LA SELECCION DE RIESGO Y EL GENOMA HUMANO

1. Introducción

Los tests genéticos son procesos complejos basados en la biología molecular que detectan mediante el análisis del ADN la presencia o ausencia de anomalías genéticas.

Se utilizan en:

- El diagnóstico preimplantario en embriones
- El diagnóstico prenatal
- El recién nacido
- La investigación presintomática de enfermedades en el adulto (cáncer, Alzheimer,...)
- La confirmación de enfermedades con base genética ya manifestadas

El rápido avance de la genética con la obtención de información tan poderosa ha generado complejos dilemas éticos, sociales y legales en su aplicación en los individuos y en la sociedad.

La UNESCO declaró en 1997 que: “El genoma humano es la base de la unidad fundamental de todos los miembros de la familia humana y del reconocimiento de su dignidad intrínseca y de su diversidad. En sentido simbólico el genoma humano es el patrimonio de la humanidad.”

En la “Declaración de Bilbao” de 1993, se expuso, el “Rechazo a la utilización de los datos genéticos que originen cualquier discriminación en el ámbito de las relaciones laborales, del seguro o en cualquier otro”.

2. Genética y seguros

Como hemos visto anteriormente, la técnica del seguro de personas se basa en el cálculo de probabilidades, en prever la siniestralidad, y de calcular a priori la prima respecto del riesgo asumido. El desarrollo científico y tecnológico puede modificar las previsiones técnicas en los seguros de Salud.

La pregunta es si sería admisible un acuerdo entre asegurador y asegurado que extendiera el deber del tomador al sometimiento de análisis genéticos necesarios para comprobar su predisposición a enfermedades relevantes.

Por una parte, el interés del asegurador es evidente, ya que puede obtener grandes beneficios en el momento de la selección de riesgos. Pero frente al interés legítimo del asegurador en excluir o limitar determinados riesgos se

opone por parte del potencial asegurado no proporcionar a extraños el conocimiento de datos extremadamente sensibles referentes a su persona, que pueden comportar el pago de una prima mayor o a la negativa a ser asegurado.

El planteamiento anterior, demuestra que al relacionar el genoma y el derecho de seguros hay un conflicto de intereses y la creciente disponibilidad de los tests genéticos reforzará el mencionado conflicto entre las Compañías de seguros y los candidatos.

Punto de vista de las Compañías aseguradoras:

- Los aseguradores podrían pedir test genéticos para excluir el seguro de determinados riesgos o bien reducirlos y exigir en su caso, primas complementarias (sobreprimas).
- Con el fin de evitar una selección adversa, es necesaria la distribución simétrica de la información por ambas partes contratantes. La selección adversa es la situación que se produce en el seguro cuando un solicitante que es inasegurable o tiene más riesgos que la media trata de obtener una póliza de una Compañía a una prima estándar.
- Lograr un cálculo de prima lo más adecuado posible al riesgo pretende cumplir el principio de equivalencia. Dicho principio consiste en que el valor medio esperado es equivalente al pago de indemnizaciones previsto.
- Las Compañías de seguros tienen un interés justificado en la distribución simétrica de la información, ya que si no se da una distribución simétrica de la información, puede que se produzca una pérdida actuarial, que a la larga podría poner en peligro la viabilidad de la Compañía de seguros.

Punto de vista de los candidatos:

- Los candidatos pueden no estar interesados en conocer su propia predisposición genética, “**el derecho a no saber**”, ya que el resultado adverso de una prueba genética puede influir negativamente en su bienestar emocional. Por otro lado podría darse el caso del asegurado que ya se ha hecho tests genéticos y que fuera conocedor de resultados adversos. Lo ético sería que él informase de este hecho a su asegurador dado que, “además de la buena fe, que es un elemento esencial del contrato de seguros”, existe un deber de informar por parte del asegurado de todas las circunstancias por él conocidas, bajo apercibimientos de incurrir en **reticencia**.
- Evitar la discriminación, entendiendo como tal la negativa a proporcionar una cobertura de seguro que no se encuentre justificada por los hechos.
- Si se considera el examen genético como condición necesaria para la contratación de un seguro de Salud, sin proteger el derecho a la intimidad, ello puede conducir a que grupos enteros de población sean excluidos como posibles asegurados a través de bancos de datos relativos a los riesgos derivados de la información genética, creando ciudadanos de primera, de segunda, de tercera ...

No obstante, según algunos autores, existe la necesidad de un cambio de mentalidad. Este cambio podría basarse en la cuestión que no es que la información genética pueda ser utilizada para excluir de la cobertura enfermedades preexistentes o el tratamiento futuro de las mismas o para elevar las primas, sino que dichos tests pueden ser utilizados para prevenir o tratar a tiempo las enfermedades e incluso para retrasar la aparición de la contingencia asegurada. Esta situación se puede producir cuando cambie el escenario emocional, la sensibilidad respecto a la materia.

En el momento en que los tests se masifiquen, y económicamente sean asequibles, es evidente que la percepción negativa del individuo cambiará, siendo sustituido el factor emocional por el factor racional. A modo de comparación, ha de pasar lo mismo que ha pasado con el tema de las mamografías en las mujeres de cierta edad, que han sido asumidas como algo necesario por ellas mismas y se realizan de manera habitual.

El test genético, no constreñido por disposiciones legales o mentalidades, puede ayudar a identificar y evaluar los riesgos que genéticamente, rodean al individuo, haciendo un esquema de su peligrosidad; ello conllevaría investigar el impacto de esa peligrosidad en la investigación biomédica y biológica, pero también en la medicina clínica; el resultado de ello puede ser un diagnóstico mejorado o bien una detección precoz de las predisposiciones genéticas a las enfermedades.

Todo ello, desde el punto de vista de la técnica aseguradora, debería entrar dentro del amplio complejo de las precauciones razonables a tomar por el asegurado para evitar la producción del daño o siniestro o bien para aminorar las consecuencias del mismo.

Desde el punto de vista de la Compañía, supondría una disminución en el gasto sanitario, ex-ante (antes de producirse) debido al carácter preventivo de los tests.

3. Genética y futuro

No existe, en el ordenamiento jurídico de nuestro país una norma que otorgue una respuesta al conflicto, ni en lo que respecta a la realización de pruebas genéticas por compañías de seguros ni a la utilización de la información genética que el asegurado ya conoce en el momento de contratar un seguro.

Ante esta situación, cabe acudir a los textos internacionales y europeos que contienen previsiones sobre el tema analizado. La CDHB (Canterbury District Health Board) autoriza únicamente la realización de pruebas genéticas con fines médicos o de investigación médica. Queda vetada, como regla general, la utilización de este tipo de pruebas por las compañías aseguradoras para intereses económicos. En este sentido, se pronuncia el informe explicativo del CDHB al señalar que la prueba genética realizada en el caso de un contrato de seguro, en tanto en cuanto no esté específicamente orientada a la salud, constituye una intromisión desproporcionada en la vida privada del individuo.

La necesidad que el legislador aborde el tratamiento de las informaciones genéticas en las relaciones jurídico- privadas se presenta cada vez más apremiante y necesaria.

En la nueva ley, se debería especificar los sectores en los que pueden ser utilizados los datos genéticos, los requisitos para su tratamiento, los mecanismos de protección específicos, las medidas de seguridad particulares y los derechos de los interesados para su control.

Desde la patronal del Seguro (Unespa) se han promovido reuniones sobre el tema, pero sigue estando parado debido a las discrepancias existentes entre las dos corrientes actuales; una a favor del “derecho a no saber” y la otra a favor del derecho a saber para poder prevenir a tiempo enfermedades.

Lo deseable sería que las Compañías aseguradoras, no tuvieran derecho a exigir pruebas genéticas sobre las expectativas de salud del asegurado o de su familia como condición previa para la celebración o modificación del contrato, puesto que su utilización constituiría un potencial mecanismo de discriminación, tanto para el afectado como para su familia biológica.

Por otra parte, las Compañías aseguradoras podrían tener derecho a preguntar a los candidatos el resultado de las pruebas efectuadas legalmente por motivos independientes de los del seguro, con anterioridad a la celebración del contrato.

Una regulación legal debería garantizar la distribución simétrica de la información sobre las predisposiciones genéticas de los solicitantes en el momento de la contratación y garantizar la presentación voluntaria de las pruebas genéticas.

X. CONCLUSIONES

La Selección de Riesgo es un proceso fundamental para una Compañía de Seguros y en mayor grado cuando hablamos de Seguros de Salud.

Actualmente, aunque es una cuestión implementada en todas las entidades de Seguros, no existen datos públicos en cuanto a procedimientos ni resultados.

Teniendo en cuenta la historia del Seguro de Salud en España, sus coberturas, tipos de Seguros vigentes, así como el marco legal en el que se engloban y todos aquellos documentos implicados, se ha construido un procedimiento innovador, eficiente y actual.

Para ello se han tenido en cuenta las nuevas tecnologías, las personas y fases relacionadas con el proceso y sobretodo la agilidad y comodidad del mismo para el usuario final: nuestro asegurado.

Este procedimiento es una nueva herramienta de gran importancia para el control del gasto sanitario y la evitación del fraude, lo que redundará en una mayor contención de la siniestralidad.

Una correcta Selección de Riesgo Técnica y Médica -según lo tratado en este estudio-, ha de permitir a la Compañía conocer con mayor detalle su cartera y su comportamiento, obtener mejores resultados económicos y reducir sus tiempos y recursos en los procesos de contratación.

Todo esto sitúa a la entidad en un lugar mucho más competitivo pues le permite un mayor ajuste de primas, incrementar el volumen de asegurados y aumentar su capacidad de negociación con los proveedores.

XI. BIBLIOGRAFIA

Conociendo el Seguro. Teoría General del Seguro

J.L. Pérez Torres
Barcelona, 2002

La utilización de datos médicos y genéticos en el ámbito de las compañías aseguradoras

Fundación Mapfre
Madrid, 2006

Anuario del Sector Asegurador Datos 2009

ICEA
Madrid, 2010

Ley de Contrato de Seguro

Ignacio Arroyo, Elena Boet Serra, Jorge Miquel Rodríguez, Ramón Morral Soldevila
Madrid, 2002

Comentarios a la Ley de Contrato de Seguro

Josefina Boquera Matarredona, Juan Bataller Grau, Jesús Olavarría Iglesia
Editorial Tirant Lo Blanch

Análisis de la demanda del Seguro sanitario privado.

Fundación Mapfre
Madrid, 1993

Manual de Medidas contra el Fraude en los Seguros Personales

Asociación ICEA
Madrid, 2001

Actuarios nº25

Revista del Instituto de Actuarios Españoles
Madrid, 2006

Principios del Seguro de Vida y Salud

Gene A. Morton
Madrid, 1994

Los Seguros de Accidentes de Enfermedad y Asistencia Sanitaria en la Ley de Contrato de Seguro

Mercedes Vérguez Sánchez
Ponencia presentada a las Jornadas sobre el Contrato de Seguro.

La Selección de Riesgos en los seguros personales: texto programado

Asociación ICEA
Madrid, 1998

Los problemas éticos de la nueva genética

Dr. Rafael Luís Pineda.
Curso de Postgrado en Salud Reproductiva. Rosario, 2005.

El Seguro de Personas y el Genoma Humano

Joaquín Alarcón Fidalgo
Ponencia presentada en el IX Congreso Iberoamericano de Derecho de Seguros
México, 2006

Asociación Española de Derecho Sanitario

Apartado de Jurisprudencia

Audiencia Provincial de Alicante, 2007
Universidad Pontificia Javeriana
Revista de Investigación
Diciembre 2006

Otras fuentes de información consultadas.

Material proporcionado en el Máster.

Página web de la DGS: www.dgsfp.meh.es

Página web de la OMS: www.who.int/es/

Página web del Ministerio de Sanidad y Política Social: www.msps.es

Página web de UNESPA: www.unespa.es

Página web de INESE: www.inese.es

Página web de Derecho: <http://online.elderecho.com/>

Página web de Bioética: www.biotech.bioetica.org/docta56.htm

Las compañías que se han tenido en cuenta para hacer la comparativa de los Cuestionarios de Salud han sido:

ADESLAS: www.ademas.es

SANITAS: www.sanitas.es

ASISA: www.asisa.es

DKV: www.dkv.es

ARESA – MM: www.aresa.es

CIGNA: www.cigna.es

AXA: www.axa.es

MAPFRE: www.mapfre.es

Francisco Javier Herrera Ruiz

Badalona (28-11-1969).

Diplomatura en Ciencias Empresariales, por la Universitat Oberta de Catalunya. Actualmente estoy cursando la Licenciatura de Administración y Dirección de Empresas.

Me incorporé en 1990 a la Compañía de Seguros Aresa, especialista en Salud en el departamento de atención al público.

Dos años más tarde, paso al departamento de informática, al área de explotación para gestionar el proceso de cierre mensual y estadísticas.

En 1998 paso a ser el responsable del área de explotación, teniendo un equipo de 4 personas a mí cargo.

En el año 2001 me incorporo al departamento de Gestión de Recibos como subdirector.

En el año 2006, Aresa es comprada por Mutua Madrileña.

En el año 2009, tras una reestructuración profunda en la Compañía, se crea el área de Gestión de Cartera dentro del departamento de Producción, siendo el máximo responsable. En esta área se introducen pólizas de alta, suplementos y cambios en pólizas y se realiza la gestión de los recibos impagados.

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” 2009/20010
- 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 PPlan 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 Giralt: "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 BancaSeguros. 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: "Problemática 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.- Rocio 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 Muguerza 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 Teixidó: "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 Llambrich 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

