

Cuadernos de Dirección Aseguradora

78

**Bonus-Malus
en Seguros de Asistencia Sanitaria**

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



UNIVERSITAT DE BARCELONA



78

Bonus-Malus en Seguros de Asistencia Sanitaria

Estudio realizado por: Francesc Ocaña Herrera
Tutores: Montserrat Guillen Estany y Mercedes Ayuso Gutiérrez

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

Curso 2006/2007

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 y agradecimientos

A Mútua de Terrassa, que me ha dado la oportunidad de completar mi formación en el mundo de los seguros.

A mis compañeros de promoción de Máster, que han minimizado el sacrificio realizado durante este año.

Y sobre todo a Montse, a quien me hubiera gustado dedicarle más tiempo del que he tenido.

Resumen

Durante mi carrera profesional en el mundo de los seguros, he observado cómo en los seguros de auto se han aplicado con asiduidad los Sistemas Bonus-Malus, para adaptar las cuotas de los asegurados a la siniestralidad real, como consecuencia de la heterogeneidad de las carteras.

Sin embargo, aunque esta característica de las carteras es común para todos los ramos de seguros, las compañías prácticamente no han utilizado estos sistemas para anular este efecto.

En este estudio veremos hasta qué punto está introducida esta práctica y si es trasladable o no, sobre todo al ramo de asistencia sanitaria.

Resum

Durant la meua carrera professional al món de les assegurances, he observat com a les assegurances d'auto s'han aplicat amb certa freqüència els Sistemes Bonus-Malus, per tal d'adaptar les quotes dels assegurats a la sinistralitat real, com a conseqüència de que les carteres no són homogènies.

No obstant, tot i que aquesta característica de les carteres és comú per a tots els rams, les companyies pràcticament no han fet servir aquests sistemes per compensar aquest efecte.

En aquest estudi veurem fins a quin punt està introduïda aquesta pràctica i si és aplicable o no, sobretot al ram de l'assistència sanitària.

Summary

During my professional experience in the insurance industry, I have observed that Bonus-Malus Systems have widely been applied to motor insurance in order to adapt premium rates paid by policyholders to the true observed frequency of claims, as consequence of the lack of homogeneity in the portfolios.

In spite that the heterogeneity characteristic of the portfolios is quite common for all lines of insurance, companies have very seldom used experience rating mechanisms to counterbalance this effect.

In this study we will see to what extend this practice is accepted in the business and whether it is applicable or not to the branch of health care insurance.

Índice

1. Introducción.	9
2. El Seguro de Asistencia Sanitaria.	11
2.1. Definición.	11
2.2. Coberturas.	12
2.3. Modalidades.	14
2.4. La tarificación.	15
2.5. Público de los seguros de asistencia sanitaria.	17
2.6. Escenario del seguro de asistencia sanitaria.	19
3. El Sistema Bonus-Malus.	23
3.1. Introducción.	23
3.2. Los Sistemas Bonus-Malus.	23
3.3. Efecto de los Sistemas Bonus-Malus.	24
3.4. Ámbito de aplicación.	25
3.5. Los Sistemas Bonus-Malus en productos de automóvil.	26
4. El Sistema Bonus-Malus en el ramo de asistencia sanitaria.	33
5. Bonus-Malus por visitas vs. Gasto sanitario.	43
5.1. Definición de los Sistemas Bonus-Malus objeto de análisis.	44
5.2. Análisis comparativo.	46
6. Conclusiones.	55
7. Bibliografía.	59

Bonus-Malus en Seguros de Asistencia Sanitaria

1. Introducción

A grandes rasgos, cualquier empresa que no se dedique al negocio asegurador debe realizar una evaluación de los costes que le supone fabricar un producto o prestar un servicio, añadirle un margen y obtendrá el precio que el cliente final habrá de pagar a cambio de ese producto o servicio que está recibiendo.

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

La diferencia se encuentra en que la compañía aseguradora deberá establecer dicha prima antes de que se produzca el coste, que en su caso será el coste del siniestro del riesgo cubierto. Esto es lo que llamamos tarificación a priori.

Para ello es muy importante disponer de un sistema de información suficientemente potente que refleje de la manera más precisa posible la historia ocurrida hasta ese momento en cuanto a los siniestros y su coste. Esa historia de siniestros será la que determinará la prima. Pero habitualmente nos encontramos con un problema: los datos son extraídos en medias, que sería equivalente a suponer que todos los asegurados de una cartera tendrían idéntico comportamiento. Pero la realidad es muy diferente, ya que las carteras no acostumbran a ser homogéneas, por lo que surge la necesidad de crear unos sistemas que acerquen esta media a la heterogeneidad de la cartera.

Estos sistemas, son los llamados Sistemas de Bonus-Malus, que son de tarificación a *posteriori*, es decir, tienen en cuenta la siniestralidad producida durante la vida de la póliza.

Un hecho que he observado durante mi corta experiencia dentro del mundo del seguro es que estos sistemas tienen una gran aceptación en el sector del automóvil, hasta el punto de que casi todas las compañías lo aplican, siendo un apartado más del reglamento del producto.

Siempre me ha asaltado la duda de saber porqué estos sistemas no se aplican al resto de ramos. Tan sólo los seguros de asistencia sanitaria se acercan tímidamente a su aplicación, pero no se trata de algo generalizado.

¿Acaso las carteras de asistencia sanitaria no son heterogéneas? La tarificación a priori, ¿se acerca más a las medias que nos produce el histórico de siniestralidad sobre la que está calculada? ¿No se produce fraude? ¿No es necesario un elemento disuasorio? ¿Por qué se acepta un copago y se es reticente a un sistema Bonus-Malus?

En este estudio trataré de responder a estas y muchas otras preguntas de por qué no se están aplicando de manera contundente los sistemas Bonus-Malus en asistencia sanitaria, de la misma forma que se está haciendo en los seguros de automóvil. Intentaré encontrar similitudes entre este ramo y el de asistencia para que nos formemos una opinión sobre si es o no útil su aplicación, sobre si es justo y sobre si es ético (no hay que olvidar que estamos hablando de la salud de las personas).

2. El Seguro de Asistencia Sanitaria

2.1 Definición

El Seguro de Asistencia Sanitaria se fundamenta en base a un contrato mediante el cual a cambio del pago de una prima el asegurador se obliga a prestar al asegurado la asistencia sanitaria que sea necesaria como consecuencia de una enfermedad, intervención quirúrgica o lesión, asumiendo todos los gastos que le ocasione. Por lo tanto, el asegurador se compromete, en base a su organización médica y hospitalaria, a la prestación de los servicios que pudieran ser solicitados por el asegurado. Es por ello que al **seguro de Asistencia Sanitaria** se le denomina **seguro de prestación de servicios**.

2.1.1. Elementos del contrato

- El interés: Según la doctrina en materia de seguros, es la relación susceptible de valoración económica entre un sujeto y una cosa. En el caso del seguro de Asistencia Sanitaria corresponde a la salud o el valor económico de la pérdida de ésta.
- El riesgo: En el caso de salud es la posibilidad de contraer una determinada enfermedad.
- La prima.
- La indemnización: Consiste en la prestación del servicio sanitario conveniente para el restablecimiento de la salud.
- La solicitud o proposición de seguro: En el caso específico del seguro de asistencia sanitaria debemos destacar que dentro de la misma se incluye el cuestionario de salud en el cual el asegurado declara su estado de salud. Mediante el mismo se está estableciendo una selección de riesgos previa y puede permitir la exclusión de las garantías de determinadas patologías médicas.

Debemos considerar la importancia del mismo en este tipo de seguro, debido a que habitualmente no se practica reconocimiento médico alguno, tal como sucede en el seguro de vida.

Independientemente de ello, el asegurador tiene el derecho, según la Ley de Contrato de Seguro, a la rescisión del contrato en el supuesto de ocultación de información que permita una mejor valoración del riesgo, a menos que haya transcurrido el período de indisputabilidad establecido en las condiciones generales.

2.2 Coberturas

La asistencia sanitaria necesaria que cita la definición se ve reflejada en las siguientes coberturas:

2.2.1. Medicina Primaria

- Medicina General: Asistencia médica en consultorio, indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y radiología general), y a domicilio cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al asegurado, el mismo se encuentre impedido de trasladarse al consultorio del médico.
- Pediatría y Puericultura: Comprende la asistencia a niños hasta cumplir los 14 años de edad, en consultorio y a domicilio, la indicación y prescripción de las pruebas y medios de diagnóstico básicos (analítica, ecografía y radiología general).
- Enfermería (ATS): Asistencia en consultorio y a domicilio.

2.2.2. Urgencias

Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los centros permanentes que indique la guía médica de la entidad. Se cubrirán las urgencias de conformidad con las coberturas pactadas en póliza sin que exista período alguno de carencia.

2.2.3. Especialidades Médicas y Quirúrgicas

Incluye las visitas en consulta de los facultativos pertenecientes a las especialidades reconocidas (Alergología, Cardiología, Dermatología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, etc.)

2.2.4. Medios de Diagnóstico

Bajo prescripción facultativa, el asegurador se compromete a atender los gastos generados por la realización de los medios de diagnóstico necesarios para cada patología.

2.2.5. Métodos Terapéuticos

A cargo del asegurador irán los gastos ocasionados por los métodos terapéuticos necesarios para el tratamiento de las enfermedades objeto de riesgo del seguro.

2.2.6. Hospitalización

La hospitalización se realizará en la clínica u hospital designado por el Asegurador, ocupando el enfermo habitación individual convencional y cama de

acompañante excepto en las hospitalizaciones de algunas especialidades como psiquiatría y en U.V.I. o incubadora por motivos médicos. Será de cuenta del Asegurador el tratamiento, las estancias, manutención del enfermo, curas y su material, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos.

2.2.7. Otras Coberturas

Servicio de Ambulancias
Láser Excímer
Prótesis
Fisioterapia y Rehabilitación
Podología
Segundo diagnóstico Nacional e Internacional

2.2.8. Garantías complementarias

- Asistencia sanitaria en el extranjero

El ámbito de esta cobertura tiene validez en el mundo entero, excepto en España. Su duración va ligada a la del seguro de asistencia sanitaria del que es complemento y entre las garantías cubiertas se encuentran la repatriación sanitaria de heridos y enfermos, repatriación de los asegurados o regreso anticipado del asegurado a causa del fallecimiento de un familiar, entre otras.

La mayoría de estas coberturas tienen límites por cada concepto que varía sustancialmente para cada Entidad Aseguradora.

- Modalidades de póliza dental

Estas coberturas se pueden garantizar mediante póliza específica Dental o como complemento de la póliza de Asistencia Sanitaria en cuyo caso la prima aplicable normalmente resulta más económica.

2.2.9. Toma de efecto de los servicios contratados

Todas las prestaciones, que en virtud de la póliza, asuma el Asegurador, serán facilitadas desde el momento de la fecha de la formalización de la póliza, o en su caso, desde la fecha de efecto de la misma, especificada en las Condiciones Particulares. Como excepción a este principio, habitualmente se aplicarán plazos de carencia a los siguientes servicios:

- Intervenciones quirúrgicas de cualquier clase, que exijan o no hospitalización, y las hospitalizaciones no quirúrgicas. En los casos de intervenciones quirúrgicas de urgencia vital, no regirá plazo de carencia alguno, ni tampoco en el caso de accidentes cubiertos por la póliza.

- Tratamiento especial, para la prestación de las prótesis garantizadas y pruebas de diagnóstico, normalmente con excepción de análisis y radiología simple.
- Asistencia a partos.
- No suelen tener carencia las visitas, análisis y radiología simple, así como en casos de urgencia vital.

Con estas medidas se pretende repercutir una parte de los gastos ocasionados por una anti-selección al asegurado.

2.3 Modalidades

2.3.1. En función de las coberturas

La gran competencia que se encuentran las compañías de seguros las ha obligado a segmentar el producto atendiendo a criterios comerciales según los cuales se elaborarán paquetes de coberturas destinadas a los diferentes segmentos de mercado.

A continuación se citan algunos ejemplos:

- Modalidades de maternidad: Son aquellos productos destinados a las mujeres en edad fértil, según las cuáles quedarían cubiertos todos los gastos ocasionados con motivo de un proceso de parto.
- Modalidades de hospitalización: Esta modalidad cubriría los gastos derivados de la hospitalización derivada de una enfermedad, incluidos tratamientos, las estancias del enfermo y su acompañante, curas y su material, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos.
- Servicios Completos: Consideramos como tales aquellos que comprenden, además de la Medicina General domiciliaria, todas las especialidades médico-quirúrgicas definidas en la práctica profesional.
- Modalidad especialidades médicas: Incluye todos los servicios del punto anterior a excepción del médico de cabecera y pediatra.
- Modalidad básica: Mediante la cual se garantiza únicamente la asistencia sanitaria extrahospitalaria.
- Reembolso de gastos: Esta modalidad de seguro de asistencia sanitaria no incluye la disposición de un cuadro médico cerrado al cual puede acudir el asegurado. Éste podrá ser atendido en cualquier centro o por cualquier facultativo del mundo, y posteriormente la entidad le reembolsará un porcentaje de los gastos originados.

- Mixtos: Muchas compañías optan por integrar una pequeña parte (limitada económicamente) de reembolso de gastos, aunque su cobertura principal se produce a través del cuadro médico propio o concertado.

2.3.2. En función de la forma de pago de los honorarios

- Acto Médico: Mediante el cual se retribuye al médico en razón del número de actos profesionales que realiza, según un baremo médico concertado entre el asegurador y los médicos.
- Pago Capıtativo: Mediante el cual se retribuye al médico en función del número de asegurados que tiene asignados a efectos asistenciales y no en función del trabajo realizado.

2.4. La Tarificación

2.4.1. Variables y parámetros que influyen en las primas del Seguro de Salud

Existen muchos factores que influyen en la elaboración de cualquier prima de riesgo, de todos ellos los más notables son los que a continuación se enumeran:

- Frecuentación obtenida en todo tipo de actividades sanitarias garantizadas en el conjunto de asegurados de cada Entidad.
- Honorarios pactados por las Entidades con todos sus proveedores sanitarios (médicos, hospitales, etc.)
- Características específicas de los Asegurados (sexo, edad, ...)
- Estructura de gestión que tiene cada Entidad Aseguradora.
- Siniestralidad histórica del sector, de la Entidad y de la zona.
- Profesión de cada asegurado.
- Grado de competencia existente en el mercado.
- Coberturas de cada póliza específica.

Además de:

- Flexibilidad contractual que da la Entidad Aseguradora.
- Calidad de las prestaciones ofrecidas.
- Rapidez de los servicios dados por la Entidad o por los facultativos concertados.

- El factor humano que sabe transmitir la Entidad.
- El precio de venta al público.
- Nivel de renta de las poblaciones contempladas en la Estructura Asistencial de la Entidad.
- Coyuntura económica existente en el mercado español.
- Política llevada a cabo por el Ministerio de Economía y Hacienda y en la CEE, al respecto.
- Y como veremos más adelante, en algunos casos, la siniestralidad real de la póliza. Esto será medido por los Sistemas Bonus-malus, y se verá plasmado con Bonificaciones o Recargos.

2.4.2. Definición de conceptos básicos

Los conceptos básicos ampliamente utilizados son los siguientes (ver por ejemplo, Guerrero, 2007)

- **Frecuencia**

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

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

- **Coste Medio**

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

- **Prima de Riesgo o Coste por persona**

$$Pr = Cm \times Fr = \frac{\text{coste total de las prestaciones}}{\text{Número de personas expuestas al riesgo}}$$

Para el cálculo de las tablas de morbilidad existen tres factores determinantes en ellas que son:

- Edad y sexo.
- Costes totales anuales por asistencia médico-quirúrgica.
- Número de personas expuestas al riesgo.

Para la elaboración de las tablas de morbilidad cuando no se calculan por el sistema de prima uniforme, deberemos primero asignar a cada asegurado, diferenciados por edad y sexo, sus costes anuales, así como conocer el número de expuestos al riesgo en cada una de las edades y sexo.

2.4.3. Composición de la prima

Prima comercial (P'')

$$P'' = P + \alpha P'' + \beta P'' + \gamma P'' + \delta P'' + \lambda P''$$

Donde,

P	= Prima de riesgo
α	= % Gastos de Adquisición
β	= % Gastos de Administración
γ	= % Otros Gastos Técnicos
δ	= % Margen de Beneficios
λ	= % Otros recargos

En el grupo de otros recargos, destacamos que en los seguros de asistencia sanitaria, al alta de la póliza se cumplimenta un cuestionario de salud. Este cuestionario servirá a la compañía, en función de las patologías declaradas, para establecer un recargo que adapte la prima al riesgo particular de cada asegurado.

Si dejáramos la explicación sobre la tarifa en este punto, estaríamos obviando una variable muy importante en los años sucesivos. Se trata de los sistemas Bonus-Malus. En este estudio entraremos a fondo en este tema pero, ahora, simplemente citaremos que estos sistemas adecuan la prima al consumo real de los asegurados, ya que no hay que olvidar que la prima teórica se calcula en base a datos estadísticos e históricos.

2.5. Público de los seguros de asistencia sanitaria

En este apartado veremos con qué tipo de cliente nos vamos a encontrar, algo que nos podrá ayudar más adelante para saber cómo afecta a la hora de contratar una póliza de asistencia sanitaria el hecho de que se aplique un sistema Bonus-Malus.

Guerrero (2007) señala que *“según una encuesta Sectorial, el público en general responde a un perfil de cliente muy concreto y exigente que debe recibir un servicio coherente con estas características.”*

Este cliente es capaz de pagar una doble cobertura por la obtención de una serie de ventajas que enumeramos a continuación:

- *Evitan las listas de espera.*
- *Permite un acceso directo a especialistas.*
- *Libre elección de médico y centro hospitalario.*
- *Rapidez en la obtención de resultados vía sistemas de diagnóstico de la más alta tecnología.*
- *Asistencia sanitaria en las mejores condiciones de confort.*
- *Prestaciones excepcionales (dental, cirugía estética, etc.).*
- *Segunda opinión médica.*
- *Medicina de vanguardia.*
- *Acceso a las mejores clínicas y hospitales del mundo.*
- *Asesoría médica a través de teléfono o Internet.*

Según los encuestados (ver Guerrero, 2007), éstos son los factores básicos a la hora de la elección:

- *La rapidez y la facilidad de acceso a las consultas son los principales factores para contratar una póliza.*
- *La rapidez de la gestión en los trámites administrativos ocupa el segundo lugar .*
- *El precio no es un factor crítico a la hora de elegir compañía.*
- *Las campañas de promoción tienen escasa influencia a la hora de elegir compañía.*
- *El nivel de satisfacción es muy elevado y el 94% de los encuestados considera buena o muy buena la asistencia médica recibida.*

Se observa que es un tipo de cliente que prima por encima de todo la calidad en la gestión, sin dar demasiada importancia al precio, por lo que el establecimiento de un sistema de Bonus-Malus no debe ser un obstáculo de cara al crecimiento del producto.

2.6. Escenario del seguro de asistencia sanitaria

2.6.1. Sistema de aseguramiento público-privado sanitario “real” vigente en España

Tal y como afirma Guerrero (2007), *“España tiene un Sistema Público de Salud basado en el modelo Beveridge, padre del Sistema Nacional de Salud Británico, y por tanto, muy similar al Sistema Sanitario Inglés. Pero en el caso español son las Comunidades Autónomas las que gestionan el Sistema Nacional de Sanidad nos acercamos al Modelo Italiano.”*

Existen subsistemas sanitarios distintos al modelo Inglés:

- *Un 5% de la población, unos 2,09 MM de miembros MUFACE, ISFAS y MUGEJU, cotizan a partir del salario y su mutualidad les permite elegir sistema sanitario público o privado (el 85% eligen aseguradoras privadas). Esto es característico del Modelo Holandés.*
- *La mayoría de trabajadores están afiliados a Mutualidades de Accidentes de Trabajo. Estas Mutuas son empresas privadas sin fin lucrativo. Sistema semejante a las Cajas de enfermedad (Krankenkassen) de la Seguridad Social Alemana.*
- *El 11% de la población contrata un Seguro Sanitario Privado, duplicando su cobertura sanitaria pública. Este sistema de seguro privado de libre mercado es similar al aplicado por el Sistema Norteamericano.*
- *Más de 600.000 trabajadores de grandes empresas, como Telefónica, Once, La Caixa, RTVE, Tabacalera, Enher, Repsol, etc., dejan de cotizar a la Seguridad Social y asumen la cobertura de los servicios sanitarios. Sistema similar al de Hungría, Rep. Checa y otros países excomunistas donde las empresas organizan los sistemas de salud de los trabajadores.*

2.6.2. Futuro próximo del mercado de salud

El sector de seguros de salud es un mercado muy estable en nuestro país. Esto no impide que se produzcan nuevas oportunidades, en las que los directivos de las compañías aseguradoras deberán trabajar en los próximos años, según Guerrero (2007), esto es lo que nos vamos a encontrar:

- *Aumento del volumen de negocio del Aseguramiento Sanitario Privado.*
- *Aumento del nivel de vida (necesidades básicas ya cubiertas), de manera que se pueden destinar rentas a otras necesidades como asegurar una asistencia sanitaria rápida, eficiente y de calidad.*

- *Problemática presupuestaria del Sector Público (Déficit permanente Sanitario). Es posible que este déficit provoque un deterioro de la calidad asistencial pública, hecho que aumenta la necesidad de compensación mediante el aseguramiento sanitario privado.*
- *Nuevas tendencias del estilo de vida (prevención, deporte, vida sana, etc.).*

También nos enfrentamos a una serie de problemas:

- *Envejecimiento de la población a causa del alza de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad.*
- *Aumento de las enfermedades crónicas.*
- *Mayor demanda de pruebas de diagnóstico para seguridad del facultativo ante el crecimiento de sus responsabilidades jurídicas (medicina defensiva).*
- *Creciente innovación tecnológica y farmacológica.*
- *Gran dificultad para reducir el déficit público.*

Estas amenazas suponen un aumento del coste de los siniestros que deberán atender las compañías, de manera que verán reducidos sus márgenes, o bien lo repercutirán en la prima. En ningún caso sería deseable que este aumento de coste fuera compensado por una disminución de la calidad asistencial.

Además, Guerrero afirma que *“el sistema sanitario español se caracteriza por la coexistencia del sistema sanitario público nacional con los seguros sanitarios privados. Prácticamente el 100% de la población española se halla cubierta por el sistema público, más de un 20% son además asegurados de entidades aseguradoras privadas. Únicamente los funcionarios civiles, los miembros de las fuerzas armadas y los miembros del poder judicial, que representan el 6,5% de la población española, pueden elegir entre el seguro y el establecido por ley, decantándose el 86% por el aseguramiento privado. El resto de ciudadanos pagan doble por “lo mismo” (vía impuestos o vía prima de seguro privado).*

Esta situación hace muy difícil el desarrollo del seguro privado de salud. El valor añadido que ofrece el seguro sobre la cobertura pública, se basa en un trato más personalizado, inexistencia de listas de espera y amplios cuadros médicos para que el asegurado opte por el que más le interese.

Las graves dificultades de los países desarrollados en la Financiación del Gasto Sanitario Público, el imparable crecimiento de las Prestaciones demandadas por los ciudadanos y el avance de la aceptación generalizada de que es difícilmente justificable, en el siglo XXI, delegar todos nuestros problemas de salud en el Estado, permite prever, que el papel del Sector Asegurador de Salud Privado debe incrementarse considerablemente en un futuro próximo.

El prestigioso profesor Guillem López Casanovas, explicaba recientemente que debería hacerse la transición hacia un nuevo modelo que contemplara una diferenciación de la esfera de las responsabilidades de los ciudadanos, entre una esfera individual y otra pública.

En la esfera individual entrarían patologías o riesgos claramente predecibles como la gripe o una dislocación de tobillo, que no suponen la bancarrota económica de las familias y cuya cobertura vía Aseguradora privada, comportarían una prima mensual asequible.

En la esfera pública deberían contemplarse riesgos catastróficos, aquellos difícilmente predecibles, como el nacimiento de un niño con espina bífida, Alzheimer o trasplante de órganos. La posibilidad de contraer estas enfermedades es muy baja, sus consecuencias económicas difícilmente asumibles y su coste de aseguramiento privado también viable.”

3. El sistema Bonus-Malus

3.1 Introducción

La tarificación *a priori* refleja todos los factores de riesgo que pueden ser detectados y medidos y simplemente provocarían las fluctuaciones individuales en torno a la media. En consecuencia, si sólo existieran estos factores las primas no necesitarían ser reajustadas.

Pero la realidad es muy distinta. Existen una serie de factores de riesgo que no son tenidos en cuenta en la tarificación *a priori*, porque son muy difíciles de cuantificar. Donde se ve más claramente, o donde estamos más familiarizados, es en los seguros de auto, en los que a la hora de tarificar se tienen en cuenta variables como el tipo de conducción del asegurado (más o menos agresivo) o los reflejos, entre otros.

Bajo este escenario, y debido a la necesidad de reflejar en la prima esta serie de factores que no son tenidos en cuenta en la tarificación *a priori* al no ser medibles, en los años 50 surgen los Sistemas Bonus-Malus.

Las compañías aseguradoras, con el tiempo, han ido elaborando tarifas segmentadas. Es decir, han creado grupos de clientes con un perfil más o menos homogéneo en función de ciertas características medibles y que influirán en el posterior comportamiento de la siniestralidad producida. Estas características, en las pólizas de auto, pueden ser: la edad, el sexo, años de experiencia, etc.

En productos como los de asistencia sanitaria, también se tendrán en cuenta factores como la edad, el sexo o el estado de salud ya que no consumirá lo mismo un varón de 35 años sano que una mujer de 30 o un niño recién nacido con alguna patología.

Pese a esta homogeneización por grupos, no hay que olvidar que, como ya se ha citado, las carteras son heterogéneas, incluso los segmentos también lo son en sí mismos. Esta heterogeneidad viene dada por los factores no medibles, y es ahí donde juega su papel el Sistema Bonus-Malus.

3.2 Los sistemas Bonus-Malus

Un sistema BM es un proceso mediante el cual se penaliza con un recargo adicional a aquellos asegurados con un nivel de siniestralidad superior a un límite establecido previamente a su aplicación, y se bonifica con un descuento a los que presenten un nivel de siniestralidad inferior a dicho límite.

Este proceso se aplica anualmente. Cada compañía define una tarifa base además de diferentes niveles de tarifa, unos con diferentes % de recargo sobre esta base, y otros con diferentes % de bonificación.

Las reglas de transición entre niveles variarán según la compañía y vendrán dadas por el número de siniestros declarados (con culpabilidad en caso de auto) por cada asegurado durante el período anual. Por ejemplo, si una compañía

establece en su producto de auto una transición de 2 siniestros declarados con culpabilidad se traducirá en:

- Declara menos de 1 siniestro con culpa: baja un nivel.
- Declara 1 siniestro con culpa: se mantiene en el nivel del año anterior.
- Declara 2 o más siniestros: sube un nivel.

3.2.1 Reglas de transición

La mayoría de compañías opta por computar únicamente el número de siniestros mientras que otras (las menos) introducen también su coste. Las que optan por el primer sistema están suponiendo una independencia entre el número de siniestros y su cuantía, que según Lemaire (1985) no es demasiado realista, aunque cabe señalar que si se tiene en cuenta el importe, se complica técnicamente el cálculo debido a que se dispone de poca información.

3.3 Efecto de los Sistemas Bonus-Malus

Ya sabemos el origen de estos sistemas, e incluso nos hemos acercado un poco a lo que sería una definición, pero el Bonus-Malus lleva implícitos una serie de aspectos debido a la influencia que tiene en el comportamiento posterior del asegurado.

Así, más allá del aspecto técnico, la heterogeneidad que comentábamos anteriormente provoca lo que se llama información asimétrica o selección adversa. Conviene recordar que hay variables que desconoce la compañía y que influirán en mayor o menor medida en la siniestralidad individual.

Los sistemas Bonus-Malus mitigarán este efecto, ya que en función de esta siniestralidad individual se ajustará la cuota que le corresponda, aunque este hecho no se producirá el primer año sino que la estacionalidad del sistema se alcanzará tras cierto número de periodos.

Hay opiniones que otorgan al BM un papel distinto al que originó su uso inicial basándose en que no se alcanza la estacionalidad ya que el asegurado no modifica su manera de conducir, sino que simplemente no declara el siniestro por no ser penalizado, de manera que continúa sin adaptarse la tarifa a su perfil individual.

Y por supuesto, y esto lo veremos más adelante, también se puede afirmar que estos sistemas influyen positivamente, según el punto de vista de la compañía, en la siniestralidad del producto, es decir provocan una disminución no sólo en la siniestralidad declarada, sino también en la ocurrida.

El Sr. Francisco Planells, gerente del área de salud de una compañía aseguradora, durante su estancia en otra conocida compañía del sector en los años 80 fue el encargado de implantar por primera vez un BM en salud, y lo hizo como sistema de control de siniestralidad.

Por eso, a pesar de que los Sistemas Bonus-Malus son un sistema de tarificación más justo, muchas veces hacen la función de medida disuasoria de consumo.

3.4 Ámbito de aplicación

A lo largo de este estudio hemos hecho referencia a la definición del Bonus-Malus, los orígenes y sus efectos. Lo cierto es que todo lo que se ha dicho acerca de este tema son elementos trasladables a cualquier tipo de seguro, sea el ramo que sea.

En todos los ramos detectamos factores de riesgo no medibles en función de las características del individuo, pero se observa como su implantación únicamente está generalizada en los colectivos de automóviles.

Pero éste no es el único sector donde se están aplicando estos sistemas. También lo aplican diversas compañías en sus productos de asistencia sanitaria aunque muchas de ellas son reacias a penalizar a un asegurado ya que estar enfermo no es algo que se elige, sino que sobreviene.

No obstante, y como se verá más adelante, habrá mucho que discutir sobre este tema ya que no se elige estar enfermo pero sí se puede visitar al médico (por tanto consumir) con más frecuencia de la estrictamente necesaria, o sin ir más lejos, que se produzca selección adversa.

En este sentido, en el producto de asistencia sanitaria, las compañías valoran el riesgo asegurable mediante un cuestionario de salud que cumplimenta el futuro cliente. La prima se establecerá en función de las patologías declaradas en dicho cuestionario. ¿Qué ocurre si un asegurado no declara una patología grave que genera un coste muy elevado? Si la aseguradora no puede demostrar que la patología se ha originado antes que la firma de la póliza, deberá hacerse cargo de la totalidad del siniestro. Así pues, la selección adversa puede ser un problema.

Otro sector en el que se está aplicando algo parecido es en el de hogar. Ahora bien, el sistema de bonificaciones en los seguros de vivienda no es, ni mucho menos, parecido al que se emplea en los seguros de automóviles.

El motivo es sencillo:

- Los siniestros en la vivienda, porcentualmente hablando, son muchos menos que los ocurridos en los accidentes de circulación.
- El importe a pagar, generalmente, es mucho menor a un siniestro de tráfico.

De ahí que, en primer lugar, el importe de la prima a pagar en un seguro del hogar, es muy inferior a la de un vehículo y en segundo lugar, no se hace necesario un Sistema Bonus-Malus tan estricto como en el colectivo de automóviles.

Como norma general, se puede decir que casi ninguna compañía tiene un sistema de bonus-malus propiamente dicho, aunque sí que aplican algún tipo de descuento por baja siniestralidad. Como ejemplo, hay un producto ofertado por una compañía en el que por cada cinco años sin declarar un siniestro, el sexto año, el seguro es gratis.

En el ámbito del sector asegurador público, el gobierno se planteó poner en marcha un sistema de Bonus-Malus en la cotización a la Seguridad Social por las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales basado en la siniestralidad laboral que presenta la empresa.

Actualmente, a falta de la presentación previa de un informe técnico, implantará un sistema similar a un Bonus-Malus para favorecer el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales. Para ello adoptará medidas destinadas a premiar a aquellas empresas que destaquen por sus inversiones en prevención de riesgos o en las que se constate una evolución favorable de la siniestralidad laboral.

3.5 Los Sistemas Bonus-Malus en productos de automóvil

A pesar de que estos sistemas de tarificación a *posteriori* se han trasladado tímidamente a otros ámbitos del sector asegurador privado e incluso público, básicamente es un elemento extendido sobretodo en los seguros de automóvil.

Citando a Guillén et al. (2005): *Sin embargo, en la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados no existe ningún artículo que trate el funcionamiento del Sistema Bonus-Malus. Son las propias compañías de seguros las que diseñan y aplican dicho sistema de tarificación a posteriori.*

La mayoría de los sistemas que funcionan en España penalizan los siniestros con culpa de sus asegurados. No computan aquellos siniestros con responsabilidad aceptada de un tercero.

El periodo de aplicación corresponde a un año, y quedan excluidas de su aplicación las pólizas con vigencia inferior a un año.

Las bonificaciones y recargos que aplica el Sistema Bonus-Malus no afectan a la totalidad de la prima, sino a la parte dedicada a cubrir las garantías de daños propios del vehículo y de responsabilidad civil.

3.5.1 Ejemplos de Sistema Bonus-Malus

A continuación se mostrarán ejemplos de Sistema Bonus-Malus que aplican tres compañías en el ámbito español. Todas ellas informan de la aplicación de estos sistemas en su condicionado general

En cuanto a los sistemas que se aplican en una misma compañía, las hay que aplican el mismo para todos sus productos de auto, y otras, en cambio, aplican

un sistema u otro en función de las coberturas del producto. En las compañías citadas a continuación también nos encontramos la misma variedad, pero como criterio general, se compararán los Sistemas Bonus-Malus de los seguros de automóvil con cobertura de daños a terceros, robo, incendio y lunas.

En la tabla 1 vemos el Sistema Bonus-Malus que aplica la compañía 1 a sus asegurados.

Tabla 1. Sistema Bonus-Malus Compañía 1.

RECARGOS ("MALUS")				NIVEL DE PRIMA	BONIFICACIONES ("BONUS")								
NIVELES DE PRIMAS EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE SINIESTROS DECLARADOS EN UNA ANUALIDAD					ADQUIRIDO	NIVELES DE PRIMAS EN FUNCIÓN DE LAS ANUALIDADES CONSECUTIVAS SIN DECLARAR SINIESTROS							
4+ stros	3 stros	2 stros	1 stro			1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años	7 años	8 años
120	90	70	60	50	50								
130	100	75	70	60	50								
140	110	80	75	70	60	50							
140	110	90	80	75	70	60	50						
150	120	100	90	80	75	70	60	50					
150	130	110	100	90	80	75	70	60	50				
150	140	120	100	100	90	80	75	70	60	50			
	150	130	110	110	100	90	80	75	70	60	50		
	150	140	120	120	110	100	90	80	75	70	60	50	
		150	130	130	110	100	90	80	75	70	60	50	
		150	140	140	120	110	100	90	80	75	70	60	50
			150	150	130	110	100	90	80	75	70	60	50

Como consideraciones previas, en uno de sus artículos del condicionado general informa que las bonificaciones y recargos se aplicarán de forma independiente sobre la prima de cada uno de los grupos.

Los grupos incluyen las siguientes coberturas:

- Grupo A: Responsabilidad civil de suscripción obligatoria y voluntaria, seguro del conductor, préstamo para reparación del vehículo asegurado y privación temporal del permiso de conducir.
- Grupo B: Daños propios con o sin franquicia, incendio, robo, rotura de parabrisas y lunas, inmovilización por reparación del vehículo asegurado.

No afectará a las coberturas de defensa en multas de tráfico, defensa jurídica y de asistencia en viaje.

Los siniestros computables serán aquellos siniestros declarados en el periodo anual comprendido entre los dos meses anteriores al vencimiento de la anualidad precedente y los dos meses anteriores a la fecha de vencimiento de la anualidad en curso.

Por el contrario, no computarán los siniestros declarados en los que la responsabilidad del accidente corresponde a un tercero.

Según se observa en la tabla 1, la máxima bonificación que puede obtener un asegurado de la Compañía 1 es de un 50% sobre la prima base establecida en la nota técnica. En cuanto a los niveles de recargo, en este caso el asegurado soportará como máximo también un 50%. La transición en ambos lados de la tarifa base son diferentes, ya que el desplazamiento es mucho más rápido para penalizar que para bonificar.

No obstante, analizando bien la tabla, vemos como un asegurado que suscribe la póliza con la tarifa base, puede declarar un siniestro cada año y no se le aplica ningún tipo de recargo. En el supuesto de que declarase 4 siniestros en los 4 próximos años a razón de uno por año, se mantendría pagando la misma tarifa. En cambio un asegurado que igualmente declara 4 siniestros, pero todos concentrados en el primer año, pagaría un 50% de recargo el segundo año, un 40% el tercero y un 20% el cuarto, volviendo a la tarifa base al quinto.

En este caso, con el asegurado que concentra sus siniestros, se está cometiendo una injusticia, ya que el nivel de siniestralidad de ambos, es exactamente el mismo si miramos el cómputo de los cuatro años.

A continuación veremos el sistema utilizado por la Compañía 2 escogido para completar este apartado.

Tabla 2. Sistema Bonus-Malus Compañía 2.

ESCALA BONUS-MALUS																								
Zona de Bonus															Neut		Zona de Malus							
Nivel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Coef.	0,45	0,48	0,51	0,54	0,57	0,60	0,64	0,68	0,72	0,76	0,80	0,85	0,90	0,95	1,00	1,10	1,20	1,40	1,60	1,80	2,00	2,25	2,50	3,00

Esta compañía también opta por informar en su condicionado general, del Sistema Bonus-Malus. Así, además de incluir la tabla de bonificaciones y recargos, también comunica los actos computables así como las reglas de transición y el periodo de cómputo.

Los siniestros que serán tenidos en cuenta a la hora de adecuar la cuota a la siniestralidad real, serán aquellos que tengan lugar durante los doce meses anteriores a la facturación de la anualidad existiendo culpa del asegurado y que afecte a las garantías de responsabilidad civil (con resultado de lesiones corporales computa doble), retirada del permiso de conducir, rotura de cristales, robo incendio, fenómenos de la naturaleza, daños por impacto y vandalismo.

Este sistema tiene en cuenta si es el primer siniestro o sucesivos, si se ha utilizado el sistema telefónico en el caso de rotura de cristales, etc., para hacer computar como uno, medio, dos o ninguno.

En años que no se declaren siniestros computables, si el asegurado se encuentra en zona neutra o de bonus, descenderá un nivel. Si está en zona de malus, al primer vencimiento desciende un nivel y al segundo año consecutivo sin siniestros desciende automáticamente al nivel neutro desde cualquier escala.

En caso de que el asegurado declare siniestros computables, la Compañía 2 los trata de diferente manera en función de tres variables:

- Primer siniestro o sucesivos: Penaliza más los siniestros sucesivos.
- Fidelidad del cliente: Penaliza más los dos primeros años como asegurado.
- Nivel precedente: Penaliza más a los asegurados que se encuentran en zona de bonus.

En conclusión, nos encontramos ante un sistema con muchos niveles de bonificación y muy poca distancia entre ellos, con lo que es realmente complicado llegar hasta el máximo ya que supondría estar catorce años sin declarar ningún siniestro computable. No sólo eso, como se indica en las variables anteriores, se pierde la bonificación mucho más rápido de lo que se tarda en conseguir.

A juzgar por la gran cantidad de aspectos que tiene en cuenta a la hora de computar los siniestros y la cantidad de niveles, se intuye que es un sistema bastante preciso que refleja, o al menos lo intenta, reflejar al máximo posible la siniestralidad real.

Como elemento innovador, introduce la valoración de la fidelidad del cliente, ya que penaliza más a un cliente nuevo que a uno con alto grado de fidelización.

En cuanto a la Compañía 3, el Sistema Bonus-Malus que utiliza adecúa el importe de la prima a pagar a la experiencia de siniestralidad del conductor del vehículo asegurado, por tanto, está vinculado al conductor.

Para eso, diferencia entre dos grupos de garantías, aplicando tablas distintas para cada una de ellas. Estas garantías son la de Responsabilidad Civil y la de Daños. A continuación se muestran las tablas de descuento y recargo de ambas.

Tabla 3. Sistema BM Compañía 3. Garantía de Responsabilidad Civil

Responsabilidad civil

Nivel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Descuento	-55%	-55%	-50%	-45%	-40%	-35%	-30%	-20%	-10%	0%
Nivel	11	12	13	14	15	16	17	18		
Recargo	10%	20%	30%	50%	80%	150%	225%	300%		

Tabla 4. Sistema BM Compañía 4. Garantía de Daños

Daños

Nivel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Descuento	-55%	-55%	-50%	-45%	-40%	-35%	-30%	-20%	-10%	0%
Nivel	11	12	13	14	15	16	17	18		
Recargo	10%	20%	30%	50%	50%	50%	50%	50%		

No son computables los siniestros que no comportan el pago de prestaciones, y en la garantía de daños, los que afectan a rotura de lunas.

En cuanto a las normas de descuentos y recargos, son las siguientes:

- Si no existen siniestros computables durante el periodo de observación y el nivel en el que se encuentra la póliza es igual o inferior al 10 (zona neutra o de bonus), descenderá un nivel.
- Si no existen siniestros computables pero la póliza se encuentra en nivel igual o superior a 11 (zona de malus) el primer año descenderá un nivel y el segundo consecutivo sin siniestros irá al nivel 10 directamente.
- Si hay siniestros computables declarados y la póliza se encuentra en zona neutra o de bonus, por cada siniestro computable subirá dos niveles.
- Si hay siniestros computables y la póliza se encuentra en zona de malus, por cada siniestro computable declarado subirá tres niveles.

Como novedades, esta compañía introduce el concepto de “recompra de siniestros computables” que consiste en que para siniestros de Daños propios de importe inferior a 300 € si el asegurado está en zona de descuento, puede abonar el importe del siniestro para que no tenga la consideración de computable y el conductor no sea penalizado.

Otro elemento diferenciador respecto a otras compañías es que permite al tomador de la póliza rescindir el contrato de seguro dentro del plazo de los 15 días siguientes a la fecha de su prórroga, en aquellos casos que por exceso de siniestralidad, la prima se vea incrementada por encima del 25%.

Analizando este Sistema Bonus-Malus, se llega a las siguientes conclusiones:

- Se crean dos Sistemas de Bonus-Malus independientes en función de la garantía.
- La garantía de Responsabilidad Civil está mucho más penalizada, ya que los gastos ocasionados en concepto de esta garantía son mucho más imprecisos e incontrolables al no atender a criterios materiales.

- Se castiga especialmente a aquellos conductores reincidentes, pero por otro lado es bastante benévolo con los que demuestran no serlo, ya que al segundo año sin declarar siniestros bajan directamente a zona neutra, de manera que no se quedan estancados con una sobreprima.
- El concepto de “recompra de siniestros computables” hace pensar que también se ha buscado que el sistema haga de control de siniestralidad o de efecto moderador, ya que con esta medida se da posibilidad al conductor que realice una acción cuya principal consecuencia es que su prima no se adapta a su siniestralidad real. En cambio, sí que se le “castiga” económicamente, pero no en la prima.

Para acabar con el repaso de las compañías de auto, se ha encontrado alguna de ellas que no hace referencia en ninguno de sus documentos oficiales a ningún sistema Bonus-Malus, aunque en la realidad sí que los está aplicando a sus asegurados en función de los resultados obtenidos durante ese año, reservándose el derecho de aplicar el sistema que crean conveniente.

En este punto del estudio se han citado tres ejemplos de sistemas Bonus-Malus. Si se hace un repaso de los Sistemas que están empleando el resto de compañías, encontramos bastantes similitudes. Pueden variar los porcentajes, la sensibilidad de las reglas de transición, pero la estructura es básicamente la misma.

Lo que se desprende en general es que con el paso de los años y la evolución de la siniestralidad, así como de los propios productos, las compañías han ido introduciendo cada vez más, ciertos elementos que hacen que lo que se espera de los Sistemas Bonus-Malus es que reduzcan en cierta medida la siniestralidad real o en su defecto, la declarada, en definitiva el coste de los siniestros.

Es decir la pureza de estos sistemas se ha ido perdiendo, ya que las compañías han encontrado un método para controlar la siniestralidad, más que para anular los defectos de la prima base extraída de medias sin tener en cuenta las desviaciones.

4. El Sistema Bonus-Malus en el ramo de Asistencia Sanitaria

Hasta aquí se ha hecho un repaso de las claves más importantes de cara a entender lo que es un Sistema Bonus-Malus.

Pero no hay que olvidar que el objeto de este estudio es analizar los Sistemas Bonus-Malus en los seguros de asistencia sanitaria.

De lo visto hasta ahora, por encima de todo se puede destacar que su principal función es adaptar la prima que cobran las compañías a la siniestralidad real e individual de cada asegurado, ya que las que incluyen en las notas técnicas como tarifa base, están basadas en medias de siniestralidad histórica, simplificando de tal manera que considera a todos los asegurados que componen la cartera (o segmentos de la misma) de la misma forma. Pero se sabe sobradamente que los colectivos asegurados no son homogéneos, e incluso dentro de los segmentos generados sigue existiendo heterogeneidad.

Si analizamos paso a paso esta conclusión, ¿podríamos afirmar que la razón de ser de los Sistema Bonus-Malus es exclusiva de los seguros de auto?

Evidentemente no. Los conceptos de cartera heterogénea, siniestralidad basada en la media como método de simplificación en la tarificación, factores de riesgo no cuantificables a *priori*, etc., son conceptos comunes a todos los ramos del seguro.

Buena prueba de ésto es que durante la década de los '80 una compañía inició el camino de los Sistema Bonus-Malus en la asistencia sanitaria.

Pero si tenemos claro que los mismos problemas de tarificación real que nos encontramos en auto, nos los encontramos en asistencia sanitaria, ¿por qué no han arraigado en este ramo?

En el proceso de tarificación de los seguros de automóvil hay una serie de variables perfectamente medibles en términos de siniestralidad, como la edad y la antigüedad del permiso de conducir, pero también nos encontramos otras variables no cuantificadas o difícilmente cuantificables como el conocimiento de las normas de circulación o la manera de conducir.

Creo que en el ramo de asistencia sanitaria también podríamos detectar variables que no se pueden cuantificar, y por tanto, precisan ser corregidas con un buen Sistema Bonus-Malus:

- Patologías preexistentes y no declaradas en el cuestionario de salud.
- Disposición mental del asegurado ante la sintomatología. No todo el mundo reacciona igual ante la detección de síntomas o indicios de una patología, como es el caso de los hipocondríacos.

- La resistencia física al dolor.
- El habitual intento de fraude o selección adversa.

Al contrario de lo que se puede pensar, pocas compañías han optado por utilizar Sistema Bonus-Malus para paliar los efectos de estas variables.

A continuación veremos un análisis de cómo se defienden las compañías de estos elementos que pueden hacer tambalear el equilibrio de sus productos.

4.1. Ejemplos

La primera de las compañías ha optado por un sistema que tiene en cuenta a la hora de moverse por las tablas de bonificación o recargos, el gasto sanitario.

La revisión anual consiste en tener en cuenta este gasto generado por la póliza, desde el inicio de la historia de la misma.

El sistema se basa en el porcentaje que recoge el importe de los servicios prestados por los centros puestos a disposición del asegurado por la compañía aseguradora durante una anualidad, respecto de la prima correspondiente al mismo periodo:

- Los periodos analizados son anuales y comprenden del 1 de julio al 30 de junio del año siguiente.
- Dependiendo de la antigüedad de la póliza, serán considerados periodos que van desde los 18 meses hasta los 5 años.
- Para el cálculo del porcentaje antes mencionado se tomará como base la prima total de la póliza.
- La prima será modificada siempre que ocurra durante dos años consecutivos, lo siguiente:
 - El gasto sanitario sea menor o igual al 60%.
 - El gasto sanitario sea mayor o igual al 80%.
- En caso de que no se produzca uno de estos dos requisitos, no se modificará la prima.
- En caso de que se produzca la circunstancia que da derecho a bonificación, se aplicarán de la siguiente manera:

Tabla 5. Bonificación (% sobre Prima de Tarifa)

NIVEL DE UTILIZACIÓN Igual o inferior al 60% sobre la prima	
2 años consecutivos	5%
3 años consecutivos	10%
4 años consecutivos	15%
5 años consecutivos	20%

- Si se producen como mínimo 2 años por encima del 80% de gasto sobre primas, el porcentaje de recargo se aplicará en función del gasto realizado en el último año:

Tabla 6. Recargo (% sobre prima de Tarifa)

NIVEL DE UTILIZACIÓN del último año sobre la prima	
entre 80% y 100%	10%
entre 101% y 125%	22%
entre 126% y 150%	35%
entre 151% y 175%	48%
entre 176% y 200%	60%
mayor del 200%	70%

- No se tendrán en cuenta para el cálculo del gasto sanitario los gastos ocasionados por embarazo y/o parto, siempre que la póliza esté formada por dos o más asegurados.

Como principal característica, este Sistema Bonus-Malus es un sistema que tiene en cuenta el coste del siniestro. Es más, ni tan sólo tiene en cuenta el siniestro, sino que únicamente valora el importe total del gasto realizado independientemente de su distribución en siniestros.

Analizando las características del sistema, se perciben las siguientes particularidades:

- Una póliza puede alternar un año con consumo elevado y otro con consumo moderado sin que se vea resentida su prima. Se pueden producir casos en los que una póliza registre un consumo más elevado que otra en un periodo largo de años y en cambio la prima no sea tan alta.
- Una póliza puede pasar de tener una bonificación del 20% a un recargo del 70% en tan sólo dos años, con el consecuente riesgo de perder al cliente por parte de la compañía. Por el contrario, éste hecho hace que no se produzcan estancamientos de pólizas en las zonas de bonus, ya que dos años de mucho consumo provocarían la aplicación de un recargo.
- Al ser un Sistema Bonus-Malus tan dinámico, la prima siempre se aproximará al nivel de siniestralidad real de la póliza.

El sistema diseñado por la Compañía 2 es bastante similar en cuanto a conceptos a la Compañía 1.

Su Sistema Bonus-Malus también tiene en cuenta el gasto sanitario, al cuál le llama Grado de Tasa Asistencial (GTA). El GTA consistirá en la proporción entre los costes de los servicios utilizados y las primas pagadas durante el mismo periodo. Estos datos serán computados para los asegurados incluidos en la misma póliza.

La clasificación del GTA es el siguiente:

- Si el GTA es inferior al 60% lo considerará como bajo.
- Si el GTA está entre el 60 y el 78% (ambos incluidos), lo considera normal.
- Si el GTA es superior al 78%, lo considera un Gasto Sanitario elevado.

Como se observa, la clasificación del GTA es prácticamente idéntica a la de la Compañía 1.

Una vez clasificado el gasto, a continuación se incluye la tabla que explica qué debe ocurrir para que se apliquen bonificaciones o recargos.

Tabla 7. Bonus-Malus Compañía 2

Nivel	Gasto Sanitario	Bonif/recargo
+3	5 años seguidos GTA alto	+45%
+2	4 años seguidos GTA alto	+30%
+1	3 años seguidos GTA alto	+15%
0	Resto de casos	Prima Base
-1	3 años seguidos GTA bajo	-5%
-2	4 años seguidos GTA bajo	-10%
-3	5 años seguidos GTA bajo	-15%

Las consecuencias que se producen por la aplicación de este sistema son prácticamente las mismas que las de la Compañía 1. Únicamente cambian las reglas de transición. Éstas son mucho más estables que las de la Compañía 1, ya que en este caso se necesitan 3 años consecutivos con el mismo nivel de GTA para que una póliza sea bonificada o recargada, y en este supuesto, tanto la bonificación como el recargo serán los mínimos, por lo que se necesitan hasta 4 y 5 años para obtener altos porcentajes.

Al igual que la Compañía 1, este sistema también evita la acumulación en las zonas de Bonus, ya que con un solo año de consumo elevado, la tarifa volverá a zona neutra.

Estos sistemas que consideran el consumo de la póliza y no el número de siniestros, cumplen perfectamente con el principio de adaptar la tarifa a la sinies-

tralidad real de la póliza. Lo que ocurre es que es un sistema muy poco comercial.

Los asegurados no ven con buenos ojos cómo su compañía les está aumentando la prima al mismo tiempo que se encuentran enfermos. Un alto porcentaje del mercado de salud contrata una póliza precisamente para sentirse protegido en esos momentos delicados. Si su compañía reacciona de esta manera, el motivo que les había llevado a la contratación desaparece.

En un primer momento, este hecho puede hacernos pensar que la Compañía tiene un riesgo elevadísimo de pérdida de la póliza, pero esto no es así ya que el paciente que tiene un consumo elevado muy probablemente esté enfermo, lo que perjudica seriamente sus posibilidades de cambio de compañía, ya que en caso de optar por esta alternativa, se verá obligado a pagar una sobreprima o bien soportar exclusiones relacionadas con su patología que no estará dispuesto a aceptar.

A lo que sí afectará sin duda alguna es al nivel de descontento con su Compañía.

En cuanto a la Compañía 3, ha optado por un sistema diferente al de sus competidoras. Como novedad, respecto a las anteriores, esta compañía no tiene en cuenta el gasto sanitario, sino que únicamente computarán las visitas médicas.

Es decir, el Sistema Bonus-Malus de la Compañía 3 no penalizará a un cliente que tenga un siniestro de cuantía muy elevada, siempre y cuando este proceso patológico no incluya visitas o urgencias.

Así, el Sistema Bonus-Malus de la Compañía 3 es el siguiente:

Los actos computables de cara al Sistema Bonus-Malus son las visitas realizadas a médicos de atención primaria de salud, especialistas y a los servicios de urgencias.

Hay algunas excepciones a esta regla. Las revisiones ginecológicas anuales no computarán como visita médica a especialista.

Tampoco se tendrán en cuenta en el cómputo de actos, aquellos que se considera que están incluidos dentro de un programa llamado “niño sano”, de manera que en función del año de vida en que se encuentre el asegurado menor de 18 años, habrán unos actos de pediatría que no computarán. En la siguiente tabla se ven estos actos a los que hacemos referencia:

Tabla 8. Actos médicos de Pediatría no computables

Actos de Pediatría no computables

Años de vida	Actos
Primer	9
Segundo	3
Tercero	2
Cuarto	2
Quinto y sucesivos*	1

*Hasta el 18º año de vida

Si durante el periodo de cómputo del Bonus-Malus, una asegurada ha precisado asistencia derivada de un embarazo o un parto, al siguiente año no se le aplicará este sistema, es decir, ni bonificará, ni se le aplicará recargo.

Una vez que ya se saben los actos que serán computados en el recálculo de la prima, a continuación se muestra la tabla de niveles de este Sistema de Bonus-Malus.

Tabla 9. Niveles Sistema Bonus-Malus Compañía 3

Nivel	Máx Actos	Porcentaje
1	4	-30%
2	4	-20%
3	5	-10%
4	6	0%
5	8	10%
6	10	15%
7	12	20%
8	14	25%
9	16	30%
10	18	50%
11	20	100%

En cuanto a las reglas de transición de este Sistema Bonus-Malus, hay que señalar que un asegurado, cuando contrata la póliza, entrará en el nivel 4, por tanto no tendrá ningún recargo ni bonificación.

En la columna del medio se indican el número de actos computables que podrá hacer cada asegurado en función del nivel en que se encuentre. Si este número de actos máximo se iguala, al año siguiente se mantiene en el mismo nivel, si se supera, subirá un nivel, y si es inferior, se bajará un nivel.

El recargo o bonificación se aplicará a la parte de la cuota correspondiente a la Intervención y Hospitalización, Especialidades Médicas y atención primaria de salud.

Como se ha podido ver, este Sistema Bonus-Malus es sensiblemente diferente a los 2 vistos con anterioridad, ya que no importa el gasto sanitario realizado

por sus asegurados, y por el contrario, sí que tiene en cuenta la cantidad de visitas.

Un sistema de este estilo, presenta las siguientes particularidades:

- Se podría dar el caso de que un asegurado tuviera un consumo elevado y que baje de nivel, de manera que obtendría una bonificación respecto al año anterior.
- También se puede dar el caso contrario. Un asegurado de esta compañía puede realizar un gasto sanitario anecdótico, pero si este pequeño gasto lo ha realizado en varias visitas, su prima se verá afectada negativamente.

A la vista de estas dos conclusiones, puede parecer un sistema del todo absurdo. Si hasta ahora se ha señalado que la principal función del Sistema Bonus-Malus es adaptar las primas a la siniestralidad real, es fácil deducir que con este sistema es complicado que se produzca este hecho. No obstante, también se había incidido en la injusticia moral por parte de las compañías, es decir, si lo que se castiga es un gasto elevado, una persona enferma tiene muchas más posibilidades de ser penalizada, por lo que tiene la sensación de que su compañía no está a su lado en los momentos difíciles.

Con el Sistema Bonus-Malus de la Compañía 3 esto no ocurre, ya que un enfermo grave ocasiona un gasto sanitario muy elevado, pero eso no es motivo para que su prima se vea incrementada, ya que las intervenciones y hospitalizaciones no son actos computables.

Más adelante intentaremos ver si existe una relación de proporcionalidad entre un gasto sanitario elevado y la frecuentación excesiva de visitas. En todo caso, aunque se pueda llegar a relacionar, siempre se le podrá decir al asegurado que no se le ha penalizado por una larga hospitalización o una intervención complicada.

Con este sistema, el asegurado, en muchas ocasiones puede llevar un control sobre los actos computables, de manera que puede programar visitas no urgentes en fechas convenientes para que no le penalice en un año determinado.

Todas estas consecuencias que provoca la aplicación de un sistema como este último que hemos visto, lo acercan más a aquellos que lo que intentan es producir un efecto disuasorio sobre el asegurado, es decir, un control sobre la siniestralidad de la póliza.

Pero dentro del mercado de asistencia sanitaria lo que nos encontramos más generalizado como métodos de control de siniestralidad, es el sistema llamado copago. Este sistema consiste en que el asegurado también participa en el gasto que ocasiona el acto médico.

Estos copagos, suelen moverse en un abanico entre 1 y 2,5 € por servicio dependiendo de la compañía y el acto médico al que vayan asociados.

Lo que buscan las compañías con esta medida es que el asegurado no tenga la sensación de que puede utilizar sin control los servicios médicos, ya que a él también le va a suponer un gasto, aunque sea pequeño.

De esta manera la compañía no se ve en la obligación de aumentar la prima para controlar el gasto. A pesar de eso, con este sistema no quedaría solucionado el tema de la heterogeneidad de las carteras, que es el principal motivo de la implantación de los Sistemas Bonus-Malus.

Hasta aquí hemos visto las dos grandes tendencias de las compañías en cuanto a sus motivos o expectativas a la hora de implantar sus sistemas, es decir, aquéllos que tienen en cuenta el gasto sanitario, y los que sólo computan un determinado tipo de actos médicos con independencia de su coste. Los que tienen en cuenta el gasto sanitario, cumplen con el objetivo de adaptar la cuota a la siniestralidad real aunque penalizan a asegurados que están enfermos y no han hecho uso fraudulento del seguro. Los segundos adaptan la cuota a los asegurados que frecuentan mucho el médico ambulatoriamente, con riesgo de penalizar a asegurados con gasto moderado.

Por eso, encontramos una compañía que ha creado un Sistema Bonus-Malus mixto en cuanto a los resultados que provoca su aplicación, ya que no penalizan el gasto sanitario de todos los asegurados, sino que dejarán exentos a aquellos que puedan demostrar que el consumo elevado no se ha producido por fraude, sino por que les ha sobrevenido una patología que justifica el gasto realizado.

Otro elemento que introduce la Compañía 4 es el de bonificar con servicios gratuitos, de manera que ofrece alguna cobertura extra a sus asegurados sin aumento de prima alguno, por ejemplo, un reconocimiento médico.

Hay que destacar que esta compañía no informa a sus asegurados del sistema que utiliza ya que es muy variable, casi personalizado, de manera que se reserva el derecho de aplicar recargos y bonificaciones en función, sobre todo, de acciones comerciales puntuales, o de cómo se haya desarrollado la siniestralidad durante el año.

Desde el punto de vista de la compañía probablemente resulte el mejor de todos los sistemas, ya que apunta más a un sistema prácticamente personalizado en función de la siniestralidad registrada, por lo que el margen de error es más pequeño.

Si se mira desde el punto de vista del asegurado, encontramos como elemento positivo que se le permite justificar la siniestralidad mencionada anteriormente con alguna patología sufrida durante el periodo de cómputo. De todas maneras, el hecho de que no se informe claramente a los asegurados de esta póliza, y si añadimos que no siempre el criterio es el mismo, seguro que provoca una confusión en el cliente, nada deseable para la imagen de la compañía.

En este apartado se han visto ejemplos de los Sistemas Bonus-Malus existentes entre las compañías que lo aplican, pero hay que decir que la gran mayoría de ellas no están aplicando ningún tipo de sistema de adecuación de cuota.

Otro aspecto destacable es que, dentro de las compañías que han optado por controlar o adaptar la siniestralidad, se observa que hay mucha diferencia de un sistema a otro. Posiblemente no existe ninguno que arroje unos resultados lo suficientemente convincentes como para que se generalice su aplicación al igual que ha sucedido en el sector del automóvil, donde todas las compañías aplican sistemas muy parecidos en cuanto a cifras, y prácticamente idénticos en cuanto a estructura.

Simplificando el problema, y haciendo un poco de símil con el Bonus-Malus de auto, nos damos cuenta que también se pueden distinguir entre dos tipos de sistemas distintos.

El primero de ellos, y más utilizado, es aquel que tiene en cuenta el gasto sanitario que realiza el asegurado, o lo que es lo mismo, el coste del siniestro. En cambio hay otros sistemas que penalizan o bonifican en función de un determinado tipo de siniestros y su frecuencia, independientemente de su coste.

4.2 Compañías especializadas en salud

En el mercado asegurador encontramos compañías aseguradoras que se dedican a todos los ramos existentes, con una filosofía clara de dar respuesta a todas las necesidades de sus clientes. Estas compañías, a la hora de aplicar los Sistemas Bonus-Malus, pueden estar influenciadas por una cultura de seguro desde un punto de vista más global.

En cambio, nos encontramos con otras compañías aseguradoras que por filosofía, estructura social o cultura de empresa, se dedican a un ramo concreto. El hecho de que se hayan especializado en un tipo de seguro, hace que su filosofía sea un poco más indicativa que la de las compañías de seguros generales.

Dentro del ramo de asistencia sanitaria, se ha hecho una selección de compañías para ver cómo se posicionan en el tema del Bonus-Malus. Entre ellas, encontramos compañías como Adeslas, Sanitas, Aresa, DKV Previa y Asistencia Sanitaria Colegial. Ninguna de ellas está considerando en la actualidad aplicar un sistema de adecuación de cuotas en función de la siniestralidad.

Acabamos de ver un ejemplo de que a pesar de que conceptualmente los Sistemas Bonus Malus están diseñados para compensar la heterogeneidad de las carteras, muy pocas compañías lo están aplicando. Entre las especializadas, ninguna lo está haciendo, y las pocas que lo aplican, lo hacen de forma muy dispar.

5. Bonus-Malus por visitas vs. Gasto Sanitario

Sin entrar en la conveniencia o no de la utilización de Sistemas Bonus-Malus por parte de las compañías, ha quedado claro hasta ahora que en caso de aplicarse, lo que se intenta es reparar un efecto de las carteras que no es previsible *a priori*.

Hemos visto también que hay pocas compañías que aplican estos sistemas, pero las que lo hacen, optan por dos tipos diferentes a la hora de aplicarlos.

El primero de ellos tiene como característica principal que hace computar un determinado tipo de actos y su frecuencia anual, independientemente del coste originado por los servicios recibidos, o lo que es lo mismo el coste del siniestro.

En cambio, hay otros sistemas que sí que tienen en cuenta el coste del siniestro. En los seguros de asistencia sanitaria esto se traduce en el gasto sanitario, es decir, el porcentaje que representa el gasto realizado por los servicios prestados por los profesionales o centros sanitarios, respecto de las primas pagadas.

A pesar de que ambos sistemas persiguen un objetivo común como es homogeneizar las carteras, el hecho de que lo hagan de manera diferente, hace que los resultados no sean exactamente los mismos. A continuación se analizarán ambos sistemas y los efectos que tienen tanto para la compañía como para el asegurado.

Para realizar el análisis se ha escogido una cartera de 1.956 asegurados. La distribución de la cartera es la siguiente:

- 873 son hombres, por 1.083 mujeres
- De los 873 hombres, 196 tienen de 0 a 18 años, 118 de 19 a 35, 217 de 36 a 50, 221 de 51 a 65 y 121 tienen más de 65 años.
- De las 1.083 mujeres, 181 tienen entre 0 y 18 años, 190 entre 19 y 35, 364 entre 36 y 50, 223 entre 51 y 65 y 125 mujeres tienen más de 65 años.

Durante un periodo de 5 años, se aplicarán dos Sistemas de Bonus-Malus diferentes, uno que computa las visitas realizadas durante el año, y otro que computará el gasto sanitario.

Para que la comparación sea más real, se han creado dos sistemas diferentes en cuanto a concepto (uno computa visitas y el otro consumo) pero con el mismo número de niveles, mismos recargos y bonificaciones, y similares reglas de transición, ya que de lo contrario las diferencias detectadas se habrían debido más a la diferencia entre sistemas operativamente hablando, que a la tipología.

5.1 Definición de los Sistemas Bonus-Malus objeto de análisis

Una vez planteado el problema y explicados algunos aspectos importantes, a continuación se definirán los dos Sistemas escogidos que serán objeto de análisis.

Sistema Bonus-Malus por visitas (BMV)

- Los actos computables son las visitas realizadas a médicos especialistas y a los servicios de urgencias.
- Las revisiones ginecológicas anuales no computarán como visita médica a especialista.
- Tampoco se tendrán en cuenta las visitas de la garantía de atención primaria de salud (pediatra y médico de cabecera).

Una vez que ya se saben los actos que serán computados en el recálculo de la prima, a continuación se muestra la tabla de niveles de este Sistema Bonus-Malus por visitas.

Tabla 10. Sistema BM por visitas.

Nivel	Máx Actos	Porcentaje
1	1	-30%
2	2	-20%
3	3	-10%
4	4	0%
5	6	10%
6	8	15%
7	10	20%
8	12	25%
9	14	30%
10	16	50%
11	18	100%

En cuanto a las reglas de transición, serán las siguientes:

- Si el número de actos computables durante el periodo es inferior al máximo de actos que le corresponde por su nivel, bajará un nivel.
- Si el número de actos es igual, se mantendrá en el mismo nivel.
- Si el número de actos es superior, subirá un nivel.

Sistema Bonus-Malus por consumo (BMC)

Para poder comparar ambos sistemas, se ha creado un Sistema Bonus-Malus por consumo con la misma estructura, únicamente se diferenciarán en los parámetros computables.

Recordamos que al contrario que el Bonus-Malus por visitas, el Bonus-Malus por consumo, únicamente tiene en cuenta el consumo realizado por los asegurados, o más bien, el gasto sanitario.

El gasto sanitario es el tanto por ciento del coste global de los siniestros declarados por un asegurado durante un año sobre la prima pagada durante el mismo periodo.

Para este sistema, el gasto sanitario se ha clasificado en tres grupos:

- Gasto sanitario bajo: Menos de un 60% de consumo sobre primas.
- Gasto sanitario normal: Entre un 60 y un 80% de consumo.
- Gasto sanitario alto: Más de un 80% de consumo.

Con el gasto sanitario clasificado, a continuación se muestra la tabla con los niveles, el porcentaje y las reglas de transición que servirán para establecer la nueva cuota.

Tabla 11. Sistema Bonus-Malus por consumo

Nivel	Bajo	Normal	Alto	Porcentaje
1	Igual	Sube	Sube	-30%
2	Baja	Sube	Sube	-20%
3	Baja	Igual	Sube	-10%
4	Baja	Igual	Sube	0%
5	Baja	Igual	Sube	10%
6	Baja	Igual	Sube	15%
7	Baja	Igual	Sube	20%
8	Baja	Baja	Sube	25%
9	Baja	Baja	Sube	30%
10	Baja	Baja	Sube	50%
11	Baja	Baja	Igual	100%

La transición entre niveles se puede observar en la tabla, en la primera columna encontramos el nivel, en las tres siguientes, cómo afecta al nivel del año siguiente en función de si el consumo es bajo, normal o alto, y la última el porcentaje de recargo o bonificación correspondiente al nivel.

Igual que en el Sistema Bonus-Malus por visita, no se podrá mover más de un nivel de un periodo computable a otro.

5.2 Análisis comparativo

Una vez definidos los dos Sistemas Bonus-Malus utilizados, ya podemos empezar el análisis del comportamiento que tiene cada uno de ellos en la cartera utilizada de ejemplo.

En primer lugar sería interesante observar cómo se comportan los dos Sistemas Bonus Malus después de 5 años de aplicación. Por eso, en la siguiente tabla se refleja la distribución por niveles de los asegurados de la cartera en el quinto año.

Tabla 12. Distribución de los asegurados por niveles

Nivel	BMC	%	BMV	%
1	1.096	56,03%	856	43,76%
2	213	10,89%	358	18,30%
3	368	18,81%	399	20,40%
4	101	5,16%	148	7,57%
5	120	6,13%	141	7,21%
6	27	1,38%	28	1,43%
7	23	1,18%	23	1,18%
8	6	0,31%	0	0,00%
9	2	0,10%	3	0,15%
10	0	0,00%	0	0,00%
11	0	0,00%	0	0,00%
Total	1.956	100,00%	1.956	100,00%

Sin entrar a valorar si la cartera está compensada o no –en caso de no estarlo, el efecto sería igual para los dos sistemas– se observa como el Sistema Bonus-Malus que tiene en cuenta el coste del siniestro es más benévolo, ya que más de un 56% de los asegurados se encuentran en nivel 1, por el 44% del otro sistema.

Si se observa el porcentaje de asegurados que se encuentran en nivel 2, vemos que el efecto es contrario. Un 10,89% en el BMC y un 18,30% en el BMV. En cuanto al resto de niveles, la distribución es prácticamente idéntica.

Por tanto, no se detectan grandes diferencias en cuanto a las primas que la compañía recibiría.

Si los niveles son agrupados por zonas (Bonus, Neutra y Malus), los resultados son los siguientes:

Tabla 13. Distribución de los asegurados por zonas

Zona	BMC	%	BMV	%
Bonus	1.677	85,74%	1.613	82,46%
Neutra	101	5,16%	148	7,57%
Malus	178	9,10%	195	9,97%
Total	1.956	100,00%	1.956	100,00%

Si no se hace distinción de niveles, la distribución por zonas es prácticamente idéntica, si acaso, sigue siendo más beneficioso para el asegurado (por tanto, menos para la compañía) el Sistema que computa el Gasto Sanitario.

A *priori*, puede dar la sensación que los resultados deben ser muy diferentes, es decir, un asegurado puede presentar un elevado consumo, pero si no son visitas, en el Sistema que las tiene en cuenta no penalizará. Sin embargo, ya de entrada, vemos como los resultados finales para la compañía son muy parecidos. Pero hasta aquí, todavía no tenemos claro si se produce esta situación de desequilibrio para el asegurado.

En el Sistema de Bonus-Malus por consumo este desequilibrio no se puede dar, ya que su sistema de cómputo va en función del gasto sanitario, es decir, a más consumo, más recargo y a menos consumo más bonificación.

Para saber si realmente se ha producido o no un desequilibrio, en las siguientes tablas se muestra el nivel y la zona en los que se sitúan los asegurados después de los 5 años según los dos tipos de Bonus-Malus, para cada uno de los grupos de consumo.

Consumo bajo

Tabla 14. Distribución de asegurados con consumo bajo. Bonus-Malus por visita

Nivel	<60%*	%
1	664	54,97%
2	231	19,12%
3	209	17,30%
4	64	5,30%
5	33	2,73%
6	5	0,41%
7	2	0,17%
8	0	0,00%
9	0	0,00%
10	0	0,00%
11	0	0,00%
Total	1.208	100,00%

*Gasto sobre primas

Tabla 15. Distribución de asegurados con consumo bajo por zonas. Bonus-Malus por visita

Zona	<60%*	%
Bonus	1.104	91,39%
Neutro	64	5,30%
Malus	40	3,31%
Total	1.208	100,00%

*Gasto sobre primas

Tabla 16. Distribución de asegurados con consumo bajo. Bonus-Malus por consumo

Nivel	<60%*	%
1	973	80,55%
2	141	11,67%
3	88	7,28%
4	5	0,41%
5	1	0,08%
6	0	0,00%
7	0	0,00%
8	0	0,00%
9	0	0,00%
10	0	0,00%
11	0	0,00%
Total	1.208	100,00%

*Gasto sobre primas

Tabla 17. Distribución de asegurados con consumo bajo por zonas. Bonus-Malus por consumo

Zona	<60%*	%
Bonus	1.202	99,50%
Neutro	5	0,41%
Malus	1	0,08%
Total	1.208	100,00%

*Gasto sobre primas

zLas tablas 14 a 17 muestran los niveles adquiridos por los asegurados con consumo bajo. Los resultados para un Bonus-Malus por consumo durante el periodo de cinco años, son contundentes. El 99,5% de los asegurados con consumo bajo disfrutaban de bonificación. Mientras, aplicando el BMV, vemos como casi un 9% de los asegurados con bajo consumo, se encuentran en niveles neutros o de malus, con el consiguiente riesgo de que dichos asegurados se den de baja de la póliza.

Consumo medio.

Tabla 18. Distribución de asegurados con consumo medio. Bonus-Malus por visita

Nivel	60%-80%*	%
1	60	26,91%
2	50	22,42%
3	57	25,56%
4	24	10,76%
5	27	12,11%
6	3	1,35%
7	2	0,90%
8	0	0,00%
9	0	0,00%
10	0	0,00%
11	0	0,00%
Total	223	100,00%

*Gasto sobre primas

Tabla 19. Distribución de asegurados con consumo medio por zonas. Bonus-Malus por visita

Zona	60%-80%*	%
Bonus	167	74,89%
Neutro	24	10,76%
Malus	32	14,35%
Total	223	100,00%

*Gasto sobre primas

En cuanto a los asegurados con un Gasto Sanitario medio, si aplicamos el BMV, el 50% se encuentran en los máximos niveles de bonificación (niveles 1 y 2), por lo que vemos cierto desequilibrio respecto al consumo realizado.

A continuación, en la tabla 20, se muestra el nivel adquirido aplicando el BMC.

Tabla 20. Distribución de asegurados con consumo medio. Bonus-Malus por consumo

Nivel	60%-80%*	%
1	53	23,77%
2	35	15,70%
3	93	41,70%
4	29	13,00%
5	12	5,38%
6	1	0,45%
7	0	0,00%
8	0	0,00%
9	0	0,00%
10	0	0,00%
11	0	0,00%
Total	223	100,00%

Gasto sobre primas

Tabla 21. Distribución de asegurados con consumo medio por zonas. Bonus-Malus por consumo

Zona	60%-80%	%
Bonus	181	81,17%
Neutro	29	13,00%
Malus	13	5,83%
Total	223	100,00%

Aunque la mayoría de asegurados se encuentra en un nivel de bonificación, vemos, como ya no se encuentran en los máximos, sino que el 41,70% han adquirido un 10% de bonificación (el mínimo).

Aún así, a pesar de que lo que se está penalizando es el consumo, vemos como más del 80% se encuentran en un nivel de bonificación, cuando el Gasto Sanitario es medio. Este desequilibrio entre la prima del consumo, viene dado por otros motivos como una clasificación del Gasto Sanitario demasiado blanda, o incluso por unas reglas de transición excesivamente progresivas, es decir que se vayan consiguiendo los niveles de uno en uno.

Consumo alto

Tabla 22. Distribución de asegurados con consumo alto. Bonus-Malus por visita

Nivel	>80%*	%
1	132	25,14%
2	77	14,67%
3	133	25,33%
4	60	11,43%
5	81	15,43%
6	20	3,81%
7	19	3,62%
8	0	0,00%
9	3	0,57%
10	0	0,00%
11	0	0,00%
Total	525	100,00%

*Gasto sobre primas

Tabla 23. Distribución de asegurados con consumo alto por zonas. Bonus-Malus por visita

Zona	>80%*	%
Bonus	342	65,14%
Neutro	60	11,43%
Malus	123	23,43%
Total	525	100,00%

*Gasto sobre primas

Tabla 24. Distribución de asegurados con consumo alto. Bonus-Malus por consumo

Nivel	>80%*	%
1	70	13,33%
2	37	7,05%
3	187	35,62%
4	67	12,76%
5	107	20,38%
6	26	4,95%
7	23	4,38%
8	6	1,14%
9	2	0,38%
10	0	0,00%
11	0	0,00%
Total	525	100,00%

*Gasto sobre primas

Tabla 25. Distribución de asegurados con consumo alto por zonas. Bonus-Malus por consumo

Zona	>80%*	%
Bonus	294	56,00%
Neutro	67	12,76%
Malus	164	31,24%
Total	525	100,00%

*Gasto sobre primas

Haciendo una lectura de las tablas 22 a 25, vemos que, tanto en el BMV como en el Sistema BMC, hay muchos asegurados que pese a que han tenido un consumo superior al 80%, se les ha aplicado una bonificación a su prima. Como hemos comentado con anterioridad, esto se debe a la clasificación del Gasto Sanitario o a las reglas de transición.

Pero si nos limitamos a comparar un sistema con otro, vemos como el porcentaje de asegurados que disfrutaban de máximas bonificaciones (niveles 1 y 2), prácticamente se duplican con el Bonus-Malus por visitas (39,81% por un 20,38%).

En este sentido, podríamos ver qué relación tiene el consumo con el número de visitas, es decir, intentaremos relacionar si es posible que un asegurado con consumo elevado pueda tener pocas visitas o al revés, o si va en consonancia.

Durante el periodo de 5 años estudiado calcularemos el número medio de visitas por asegurado, así como el consumo medio realizado:

Media visitas asegurado: 11,84.

Gasto sanitario medio: 38,74% sobre primas.

A partir de aquí, se establecerá una misma clasificación de ambos parámetros en función de si están por encima, por debajo o al nivel de la media.

Para las visitas:

- menos de 11 visitas: frecuencia baja.
- entre 11 y 12 visitas: frecuencia media.
- más de 12 visitas: frecuencia alta.

Para el Gasto Sanitario:

- menos del 30%: gasto bajo.
- entre un 30% y un 45%: gasto medio.
- más del 45%: gasto elevado.

Una vez unificados los criterios particulares de esta cartera, en la siguiente tabla, veremos la relación entre las visitas y el gasto medio realizado por sus componentes.

Tabla 18. Relación visitas-consumo

	<30%		30%-45%		>45%	
<11	599	30,62%	144	7,36%	355	18,15%
11-12	35	1,79%	39	1,99%	94	4,81%
>12	71	3,63%	105	5,37%	514	26,28%

Todos los asegurados cuya siniestralidad se puede relacionar con su frecuencia de visitas (tienen un número de visitas alto con un consumo alto, visitas y consumo bajo), suman un 58,9% del total.

Pero los asegurados cuyo número de visitas no se corresponde con su porcentaje de gasto sobre primas, suman un 41,10%, y de estos, un 21,78% tienen relación inversa, es decir pocas visitas, pero consumo alto, o a la inversa.

Estos números no permiten establecer una relación directa entre el número de visitas y el gasto sanitario.

Por tanto, está claro que el Bonus-Malus por visitas provoca, por definición, cierto desequilibrio entre la siniestralidad individual de cada asegurado y su prima.

A la vista de estos resultados las compañías deberán decidir primero si establecen algún Sistema Bonus-Malus.

A favor está la necesidad de adaptar la prima a la siniestralidad como consecuencia de la heterogeneidad de las carteras, además de los factores de riesgo no medibles.

Pero sabemos que muchas compañías, y sobre todo las especialistas en el sector de asistencia sanitaria, son partidarias de no aplicar ningún Sistema Bonus-Malus porque no quieren que el cliente tenga la sensación de que le están castigando cuando está enfermo.

El Sistema Bonus-Malus por visita propone un método que permite al asegurado con una enfermedad importante que genera un Gasto Sanitario elevado, no penalizar por causa directa de dicha patología.

En el otro extremo de la balanza nos encontramos con los desequilibrios que aplicar un sistema como éste, supone para un porcentaje considerable de asegurados, que verán como a pesar de tener poca siniestralidad, su prima se verá aumentada.

También hemos visto que en los dos Sistemas Bonus-Malus analizados hay una gran cantidad de asegurados que se encuentran en zonas de Bonus (un 85% y 82% respectivamente). El problema son las reglas de transición entre niveles.

Lo complicado en este caso es encontrar unas reglas adecuadas. Si la transición es nivel a nivel, la prima después de Bonus-Malus posiblemente no esté tan ajustada a la siniestralidad real. En cambio, si la transición tiene en cuenta si la siniestralidad es positiva o negativa y en qué medida, es decir, que en un periodo de cómputo se puedan subir o bajar más de un nivel, el Sistema Bonus-Malus será más sensible a la siniestralidad, y por tanto realizará mejor su función.

Conviene ir con mucho cuidado a la hora de establecer esta segunda opción, ya que si un asegurado puede pasar de un año para otro de una bonificación importante a un recargo también significativo, existe mucho riesgo de pérdida de la póliza.

6. Conclusiones

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

De cada uno de estos riesgos establecerá un coste medio y una frecuencia o probabilidad de que ocurra. A *grosso modo*, esto da lugar a la prima. Pero para determinar el coste medio y la probabilidad de que ocurra, se basa en la media de la experiencia, lo que equivale a decir que su cartera o subcarteras son homogéneas, es decir, que los asegurados que las componen tienen un comportamiento idéntico.

Al final, aunque la realidad sea muy distinta, y cada asegurado se comporte de una manera diferente, los números globales se aproximarán siempre que los factores de riesgo hayan sido bien establecidos.

Pero como hemos visto, esta heterogeneidad no es el único factor que explicaría la aplicación de un sistema Bonus-Malus.

Hay una serie de factores variables dependiendo de la naturaleza del producto que estamos tarificando, que también los podríamos llamar de riesgo. El problema es que no son medibles económicamente, por lo que no se puede establecer una prima que los refleje a priori. El hecho de que no sean medibles, no quiere decir que no estén influyendo en la siniestralidad, de ahí que surja la necesidad de establecer las tarifas a posteriori.

En este momento juegan su papel los Sistemas Bonus-Malus. Utilizan la experiencia de siniestralidad del asegurado, la cual incluye tanto factores medibles como no medibles para ajustar la prima año a año.

Hasta aquí hemos hablado de seguros en general, sin distinción de ramos, por tanto la aplicación de estos sistemas de adecuación de cuota estaría indicada en cualquier tipo de seguro.

Después de hacer un repaso del mercado, vemos como tan sólo están generalizados en el ramo de auto y en algunos casos también se aplican en el ramo de asistencia sanitaria, y muy poco en algunos seguros de hogar, pero no se está haciendo en ninguno más.

Dentro del ramo de auto, nos encontramos que la mayoría de las compañías incorporan sistemas Bonus-Malus muy parecidos desde hace mucho tiempo.

En cuanto a los seguros de asistencia sanitaria, muy pocas compañías optan por establecer un sistema de adecuación de cuota a *posteriori*. Si vamos más allá y nos centramos en las compañías especializadas del sector, casi ninguna lo está haciendo, por lo que podemos decir que es una práctica que no está generalizada.

No obstante, sí hay compañías que están aplicando Sistemas Bonus-Malus en sus productos de asistencia sanitaria, pero cabe destacar que cuando las compañías toman esta decisión, están pensando más en establecer un método de control de siniestralidad, evitar que se haga un uso desproporcionado de la póliza, ejerciendo un efecto disuasorio.

Como consecuencia de este hecho, los Sistemas Bonus-Malus se han ido desvirtuando poco a poco y se utilizan más como métodos de control. Y para conseguir este objetivo, las compañías de asistencia sanitaria están optando cada vez más por el co-pago, un sistema que hace al asegurado partícipe del coste del siniestro.

A pesar de esta tendencia del mercado, es fácil ver la razón de ser de la aplicación de Sistemas Bonus-Malus en cualquier tipo de seguro. Si nos centramos en las razones por las que es aplicable en el ramo de asistencia sanitaria, en primer lugar encontramos que las carteras de asistencia sanitaria son heterogéneas, por lo que una prima estándar no reflejaría la siniestralidad real.

En segundo lugar, a la hora de determinar los factores de riesgo en este tipo de seguros, encontramos algunos difícilmente medibles, por lo que se hace necesaria la aplicación de un sistema que refleje el efecto de estos en la siniestralidad. Algunos ejemplos de estos factores son las patologías preexistentes y no declaradas, la disposición mental del asegurado ante la sintomatología, o la resistencia física.

Esta serie de factores hacen que nos planteemos, no sólo la viabilidad, sino la necesidad de implantar un Sistema Bonus-Malus.

Cuando una compañía se hace un planteamiento de este estilo, no sólo debe valorar los criterios técnicos, sino también deberá analizar otros factores como los éticos, que al final acaban convirtiéndose en factores comerciales.

No conviene olvidar que en este tipo de seguro está por medio la salud de las personas, y una de las causas que pueden provocar una subida de cuota es una enfermedad grave. Este hecho es el que impide a muchas compañías la implantación de Sistemas Bonus-Malus. ¿Pura ética o criterio comercial? Sea lo que sea, lo que no quiere la compañía es dar la sensación de que está aplicando un recargo a un asegurado enfermo grave que a consecuencia de su patología está ocasionando un importante gasto sanitario.

En el capítulo del análisis de los Sistemas Bonus-Malus hemos visto que hay compañías que aplican un Bonus-Malus por visitas.

En la comparativa de este sistema con los habituales que incorporan el coste del siniestro, hemos visto como los resultados para la compañía son diferentes pero no tanto como podríamos imaginar ante una operativa tan distinta, ya que al final bonifican prácticamente la misma cantidad de asegurados, por lo que los ingresos por primas no se ven excesivamente afectados.

Sin embargo, el hecho de que sólo penalicen las visitas y no se incorpore el coste del siniestro hace que el asegurado no se sienta desprotegido por su compañía cuando tiene una enfermedad grave que provoca un consumo elevado, al no verse su prima afectada directamente por este motivo.

Es en este punto en el que se convierten en una alternativa válida para aquellas compañías que no quieren que esto ocurra.

Así las cosas, nos encontramos en un escenario en el que está justificada la opción de aplicar un Sistema Bonus-Malus debido a las características por definición de cualquier cartera, pero el mercado en general y el especializado en particular, no lo hacen. Las pocas compañías que lo hacen, el objetivo que persiguen es más el efecto colateral de esta medida que el propio del Bonus-Malus. En cambio las que no lo hacen, igualmente desarrollan sistemas de control de siniestralidad, bajo mi punto de vista más impopulares, como es el copago.

7. Bibliografía

BONUS-MALUS SYSTEMS IN AUTOMOBILE INSURANCE. Jean Lemaire, Norwell (Mass.). Kluwer Academic Publishers. 1995.

FUNDAMENTOS TÉCNICOS DEL SISTEMA BONUS-MALUS. A. Vegas. 1993. Págs 141-167

ESTUDIO DE LA ESTRUCTURA DE UNA CARTERA DE PÓLIZAS Y DE LA EFICIENCIA DE UN SISTEMA BONUS-MALUS. J.L. Vilar, J.A. Gil, A. Heras. 2004. Cuadernos de la Fundación MAPFRE Estudios, nº 84

SISTEMAS DE BONUS-MALUS: COMPARACIONES Y ALTERNATIVAS. Dra. Isabel Morillo

EL SEGURO DE AUTOMÓVILES: ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVA DE LA TÉCNICA ACTUARIAL. Montserrat Guillen, Mercedes Ayuso, Catalina Bolancé, Lluís Bermúdez, Isabel Morillo, Irene Albarrán. Colección Estudios y Monografías. Fundación MAPFRE.

THE (1992) BONUS-MALUS SYSTEM IN TUNISIA: AN EMPIRICAL EVALUATION. Georges Dionne, Olfa Ghali. The Journal of Risk and Insurance. 2005. Vol. 72, Nº 4, Págs 609-633.

MULTI-EVENT BONUS-MALUS SCALES. Sandra Pitrebois, Michel Denuit, Jean François Walhin. The Journal of Risk and Insurance. 2006. Vol. 73, Nº 3, Págs 517-528.

UN MODELO DE TARIFICACIÓN BONUS-MALUS BAJO EL PRINCIPIO DE ESSCHER CON TARIFAS MÁS COMPETITIVAS. Emilio Gómez Déniz, Miguel Leon Santana. Estudios de Economía Aplicada. 2005. Vol. 23-1. Págs 79-91.

CRITERIOS ASINTÓTICOS PARA EL CÁLCULO DE PRIMAS EN SISTEMAS BONUS-MALUS. José Antonio Gil, M.Pilar García Pineda, Antonio Heras Martínez y José Luis Vilar Zanón.

TARIFICACIÓN DEL SEGURO DE AUTOMÓVIL: MÉTODOS DE ANÁLISIS MULTIVARIANTE. Eva Boj Del Val. Boletín de la Sociedad Estadística e Investigación Operativa. Oct. 2006. Vol. 22, Nº 4.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE METODOLOGÍAS PARA EL DISEÑO DE SISTEMAS BONUS-MALUS. Pilar García Pineda, Antonio Heras Martínez, José Antonio Núñez Del Prado. Universidad Complutense de Madrid.

EL SEGURO DE SALUD. J.I. Guerrero. Curs d'assegurances de Salut. Col.legi d'Actuaris de Catalunya. 2007.

SEGUROS DE SALUD. F. Planells. Apuntes Máster en Entidades Aseguradoras y Financieras. 2006.

Francesc Ocaña Herrera

Diplomado en Ciencias Empresariales por la Universidad Autónoma de Barcelona en 1.997.

En 1.996 entró a colaborar en el Departamento de contabilidad en la empresa Pérez De Lucía, S.A., compaginando esta tarea con los estudios universitarios como complemento a la formación.

Ya en 1.998 se incorporó a la División Aseguradora de Mútua de Terrassa, MPS.

Actualmente sigue desarrollando su labor profesional en dicha entidad, como miembro del Departamento de Prestaciones Sanitarias.

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

PUBLICACIONES

- 1.- Francisco Abián Rodríguez: “Modelo Global de un Servicio de Prestaciones Vida y su interrelación con Suscripción” 2005/2006
- 2.- Erika Johanna Aguilar Olaya: “Gobierno Corporativo en las Mutualidades de Seguros” 2005/2006
- 3.- Alex Aguyé Casademunt: “La Entidad Multicanal. Elementos clave para la implantación de la Estrategia Multicanal en una entidad aseguradora” 2009/2010
- 4.- José María Alonso-Rodríguez Piedra: “Creación de una plataforma de servicios de siniestros orientada al cliente” 2007/2008
- 5.- Jorge Alvez Jiménez: “innovación y excelencia en retención de clientes” 2009/2010
- 6.- Anna Aragonés Palom: “El Cuadro de Mando Integral en el Entorno de los seguros Multirriesgo” 2008/2009
- 7.- Maribel Avila Ostos: “La tele-suscripción de Riesgos en los Seguros de Vida” 2009/2010
- 8.- Mercé Bascompte Riquelme: “El Seguro de Hogar en España. Análisis y tendencias” 2005/2006
- 9.- Aurelio Beltrán Cortés: “Bancaseguros. Canal Estratégico de crecimiento del sector asegurador” 2010/2011
- 10.- Manuel Blanco Alpuente: “Delimitación temporal de cobertura en el seguro de responsabilidad civil. Las cláusulas claims made” 2008/2009
- 11.- Eduard Blanxart Raventós: “El Gobierno Corporativo y el Seguro D & O” 2004/2005
- 12.- Rubén Bouso López: “El Sector Industrial en España y su respuesta aseguradora: el Multirriesgo Industrial. Protección de la empresa frente a las grandes pérdidas patrimoniales” 2006/2007
- 13.- Kevin van den Boom: “El Mercado Reasegurador (Cedentes, Brokers y Reaseguradores). Nuevas Tendencias y Retos Futuros” 2008/2009
- 14.- Laia Bruno Sazatornil: “L'ètica i la rentabilitat en les companyies asseguradores. Proposta de codi deontològic” 2004/2005
- 15.- María Dolores Caldés Llopis: “Centro Integral de Operaciones Vida” 2007/2008
- 16.- Adolfo Calvo Llorca: “Instrumentos legales para el recobro en el marco del seguro de crédito” 2010/2011
- 17.- Ferran Camprubí Baiges: “La gestión de las inversiones en las entidades aseguradoras. Selección de inversiones” 2010/2011
- 18.- Joan Antoni Carbonell Aregall: “La Gestió Internacional de Sinistres d'Automòbil amb Resultat de Danys Materials” 2003-2004
- 19.- Susana Carmona Llevadot: “Viabilidad de la creación de un sistema de Obra Social en una entidad aseguradora” 2007/2008
- 20.- Sergi Casas del Alcazar: “El Plan de Contingencias en la Empresa de Seguros” 2010/2011
- 21.- Francisco Javier Cortés Martínez: “Análisis Global del Seguro de Decesos” 2003-2004
- 22.- María Carmen Ceña Nogué: “El Seguro de Comunidades y su Gestión” 2009/2010
- 23.- Jordi Cots Paltor: “Control Interno. El auto-control en los Centros de Siniestros de Automóviles” 2007/2008
- 24.- Montserrat Cunillé Salgado: “Los riesgos operacionales en las Entidades Aseguradoras” 2003-2004
- 25.- Ricard Doménech Pagés: “La realidad 2.0. La percepción del cliente, más importante que nunca” 2010/2011
- 26.- Luis Domínguez Martínez: “Formas alternativas para la Cobertura de Riesgos” 2003-2004
- 27.- Marta Escudero Cutal: “Solvencia II. Aplicación práctica en una entidad de Vida” 2007/2008
- 28.- Salvador Esteve Casablancas: “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: "Problemàtica del aseguramiento de los Jóvenes en la política comercial de las aseguradoras" 2010/2011
- 56.- Pilar Lindín Soriano: "Gestión eficiente de pólizas colectivas de vida" 2003/2004
- 57.- Victor Lombardero Guarner: "La Dirección Económico Financiera en el Sector Asegurador" 2010/2011
- 58.- Maite López Aladros: "Análisis de los Comercios en España. Composición, Evolución y Oportunidades de negocio para el mercado asegurador" 2008/2009
- 59.- Josep March Arranz: "Los Riesgos Personales de Autónomos y Trabajadores por cuenta propia. Una visión de la oferta aseguradora" 2005/2006
- 60.- Miquel Maresch Camprubí: "Necesidades de organización en las estructuras de distribución por mediadores" 2010/2011
- 61.- José Luis Marín de Alcaraz: "El seguro de impago de alquiler de viviendas" 2007/2008
- 62.- Miguel Ángel Martínez Boix: "Creatividad, innovación y tecnología en la empresa de seguros" 2005/2006
- 63.- Susana Martínez Corveira: "Propuesta de Reforma del Baremo de Autos" 2009/2010

- 64.- Inmaculada Martínez Lozano: "La Tributación en el mundo del seguro" 2008/2009
- 65.- Dolors Melero Montero: "Distribución en bancaseguros: Actuación en productos de empresas y gerencia de riesgos" 2008/2009
- 66.- Josep Mena Font: "La Internalización de la Empresa Española" 2009/2010
- 67.- Angela Milla Molina: "La Gestión de la Previsión Social Complementaria en las Compañías de Seguros. Hacia un nuevo modelo de Gestión" 2004/2005
- 68.- Montserrat Montull Rossón: "Control de entidades aseguradoras" 2004/2005
- 69.- Eugenio Morales González: "Oferta de licuación de patrimonio inmobiliario en España" 2007/2008
- 70.- Lluís Morales Navarro: "Plan de Marketing. División de Bancaseguros" 2003/2004
- 71.- Sonia Moya Fernández: "Creación de un seguro de vida. El éxito de su diseño" 2006/2007
- 72.- 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 Mugerza 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 Crespi 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 Caucción. 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 Customer Experience as a Source 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.- María 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

