



FUNDACIÓN DE
ESTUDIOS FINANCIEROS

EL SECTOR ASEGURADOR ANTE LAS TRANSFORMACIONES DEL ESTADO DEL BIENESTAR

Directoras

**Pilar Blanco-Morales Limones
Montserrat Guillén Estany**

Coordinadora

Inmaculada Domínguez Fabián

PAPELES DE LA FUNDACIÓN

N.º 48

ISBN: 978-84-616-2436-2
Depósito Legal: M. 1140 - 2013
Edita: Fundación de Estudios Financieros
Imprime: Global F. Marketing C.S.L.



ÍNDICE

EQUIPO DE TRABAJO	7
PRESENTACIÓN	11
INTRODUCCIÓN	13
RESUMEN EJECUTIVO: EL SECTOR ASEGURADOR ANTE LAS TRANSFORMACIONES DEL ESTADO DEL BIENESTAR.	
<i>Pilar Blanco-Morales Limones</i>	17
RECOMENDACIONES	
<i>Pilar Blanco-Morales Limones</i>	51
I. EL SEGURO ESPAÑOL EN 2011-2012.	
<i>Lluís Bermúdez Morata (RISC-IREA, Universitat de Barcelona)</i>	
<i>Joan Casanovas Arbo (RISC-IREA, Universitat de Barcelona)</i>	
<i>Miguel Santolino Prieto (RISC-IREA, Universitat de Barcelona)</i>	61
1.1. Situación del seguro en el contexto económico actual	61
1.2. Modificaciones del marco regulatorio en el mercado español	66
1.3. Evolución de la cuota de mercado de las entidades aseguradoras	67
1.4. Seguros de vida y no vida	70
1.5. Evolución de los resultados técnicos-financieros	74
1.6. Provisiones técnicas y solvencia de las entidades	76
1.7. Reaseguro	80
1.8. Últimos datos disponibles: el primer semestre de 2012	81
1.9. Conclusiones y recomendaciones	82
II. LAS REFORMAS LEGALES EN CURSO. PERSPECTIVAS DEL SUPERVISOR.	
<i>Raúl Casado García, Inspector de Seguros del Estado, DGSFP- Ministerio de Economía y Hacienda</i>	83
2.1. Proyecto Solvencia II	83
2.2. Igualdad de género	85
2.3. Revisión de la Directiva de Mediación	86
2.4. Ley de Contrato de Seguro	87
2.5. OM de inmunización financiera	88
2.6. Baremo de autos	91
2.7. Otros proyectos normativos	91
2.8. Conclusiones y recomendaciones	96
III. LAS REFORMAS LEGALES EN CURSO. PERSPECTIVAS Y RETOS PARA LOS ASEGURADOS.	
<i>Alberto J. Tapia Hermida, Catedrático (acreditado) de Derecho Mercantil, Universidad Complutense de Madrid</i>	99
3.1. La protección del asegurado en el derecho vigente	99
3.1.1. Regulación: El Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y la Ley de Contrato de Seguro	99
3.1.2. Información	99
3.1.3. Contratación	100
3.1.4. Reclamación	102
3.2. La protección del asegurado en el derecho proyectado	103



3.2.1. Regulación: La Directiva Solvencia II y las reformas legales en curso	103
3.2.2. Información	104
3.2.3. Contratación	108
3.2.4. Reclamación	114
3.3. Conclusiones y recomendaciones	115

IV. LA NUEVA PROPUESTA DE DIRECTIVA DE MEDIACIÓN DE SEGUROS Y SU IMPACTO EN EL MERCADO ESPAÑOL.

Jaime Sánchez Santiago. Abogado / Attorney at law (NY). Clifford Chance

<i>Teresa Cid Blasco. Abogada. Clifford Chance</i>	117
4.1. Introducción	117
4.2. Objetivos, calendario y necesidad de la reforma	118
4.3. Ámbito de aplicación y exclusiones	120
4.4. Autorización y otros requisitos de organización	124
4.5. Requisitos relacionados con la comercialización de seguros	127
4.6. Requisitos adicionales de protección del cliente en relación con los productos de seguro de inversión	134
4.7. Otras modificaciones relevantes	137
4.8. PRIPS	137
4.9. Conclusiones y recomendaciones	138

V. LA IGUALDAD UNA EXIGENCIA PARA EL SEGURO: PROBLEMAS DERIVADOS DE LAS TABLAS UNISEX.

Montserrat Guillén Estany, Riskcenter-IREA-UB

Arely Ornelas Vargas, Riskcenter-IREA-UB

<i>María Jesús Romero Santo Tomás, Zurich España</i>	145
5.1. La Directiva sobre el uso del género en la provisión de Servicios. Origen, motivación y consecuencias de la normativa	145
5.2. El riesgo de longevidad por sexos. Diferencias en esperanza de vida, en tasas de mortalidad proyectadas y su implicación en la tarificación de rentas vitalicias	147
5.3. El riesgo de mortalidad por sexos. Diferencias en las curvas de mortalidad de hombres y mujeres en las edades adultas. Consecuencias en el cálculo de un seguro de vida riesgo	150
5.4. La experiencia en otros países. Jurisdicciones que tienen adoptada una normativa que no permite la discriminación. Contexto e implicaciones	151
5.5. Desventajas de utilizar una tabla de mortalidad unisex. Cuantificación del riesgo y asignación del mismo. Consecuencias en los precios respecto al caso diferenciado	153
5.6. Factores de riesgo en la tarificación. Uso de variables de estilo de vida. Alternativas en otros tipos de seguro	154
5.7. Conclusiones y recomendaciones	155

VI. RÉGIMEN FISCAL DE LAS APORTACIONES REALIZADAS A LAS MUTUALIDADES DE PREVISIÓN SOCIAL: SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTAS DE FUTURO.

Juan Calvo Vérguez. Profesor Titular de Derecho Financiero y Tributario. Universidad de Extremadura

6.1. Consideraciones generales	159
6.2. Aportaciones realizadas a Mutualidades de previsión social de las que resulte partícipe o titular el cónyuge	169
6.3. Aportaciones provenientes de actividades económicas ejercidas por obligados tributarios en el IRPF	171
6.4. Aportaciones efectuadas desde actividades económicas sujetas al impuesto sobre sociedades	173
6.5. Aportaciones a mutualidades de previsión social constituidas a favor de personas con discapacidad	177
6.6. Aportaciones realizadas a mutualidades de previsión social de deportistas profesionales	179



6.7. Límites del conjunto de aportaciones anuales máximas realizadas a sistemas de previsión social	180
6.8. Compensación de los excedentes de aportación	182
6.9. Conclusiones y recomendaciones	183
VII. ESTRATEGIAS INNOVADORAS EN TIEMPOS DE CRISIS.	
<i>Manuela Alcañiz Zanón, Riskcenter-IREA-UB</i>	
<i>Ana M. Pérez-Marín, Riskcenter-IREA-UB</i>	187
7.1. Retos y oportunidades en la coyuntura económica actual	187
7.2. Innovación en retención de asegurados	192
7.3. Innovación en tarificación: el pago por uso	195
7.4. Otros retos y oportunidades	205
7.5. Conclusiones y recomendaciones	206
VIII. LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES ESPAÑOL.	
<i>Inmaculada Domínguez Fabián, Universidad de Extremadura</i>	
<i>Borja Encinas Goenecha, Universidad de Extremadura</i>	
<i>Mar Devesa Carpio, Universidad de Valencia</i>	209
8.1. La reforma del sistema de pensiones en 2011 y reformas pendientes	209
8.2. Efecto de la reforma del sistema de pensiones de 2011 sobre la pensión pública	217
8.3. Estudio de la necesidad de complementariedad de la pensión pública	220
8.4. Conclusiones y recomendaciones	229
IX. EL AHORRO INDIVIDUAL TRAS LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES ESPAÑOL.	
<i>Enrique Devesa Carpio, Universidad de Valencia</i>	
<i>Robert Meneu Gaya, Universidad de Valencia</i>	
<i>Amparo Nagore García, Universidad de Valencia</i>	231
9.1. Introducción	231
9.2. Productos de ahorro previsión	231
9.3. ¿Incentivos o desincentivos fiscales a los productos destinados al ahorro previsión?	241
9.4. Propuestas para incentivar el ahorro finalista	246
9.5. Conclusiones y recomendaciones	248
X. LAS POSIBILIDADES QUE PLANTEA AL SEGURO ESPAÑOL LA NECESARIA REFORMA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y DE LA DEPENDENCIA.	
<i>Ramon Alemany Leira, Riskcenter-IREA-UB</i>	
<i>Mercedes Ayuso Gutiérrez, Riskcenter-IREA-UB</i>	
<i>Catalina Bolancé Losilla, Riskcenter-IREA-UB.</i>	251
10.1. El Sistema Público de Salud en España	251
10.1.1. Características fundamentales del sistema sanitario público en España	251
10.1.2. Principales cambios normativos respecto a la situación de copago del sistema sanitario público de salud	254
10.1.3. El seguro privado de salud en España: antecedentes sobre tipos de productos y servicios ofertados	255
10.1.4. Ratio de penetración y ratio de densidad de los seguros privados de salud en España	256
10.1.5. El efecto del copago en el desarrollo de los seguros privados de salud	258
10.2. El Sistema Público de Dependencia en España	259
10.2.1. Características fundamentales del sistema público de ayuda a la dependencia en España	259



10.2.2. La reforma del sistema de Dependencia: efecto del retraso en la implementación de la cobertura de dependencia moderada _____	263
10.2.3. Modalidades de contratación de los seguros privados de dependencia _____	266
10.2.4. La visión de la dependencia desde la óptica de la prevención: nuevas propuestas de medidas dirigidas a reducir las tasas de prevalencia y los costes asociados _____	268
10.3. Conclusiones _____	269
10.4. Recomendaciones _____	270
XI. SUCURSALIZACIONES: ¿UNA VÍA A SEGUIR?	
<i>Jaime Sánchez Santiago. Abogado / Attorney at law (NY). Clifford Chance</i> _____	273
11.1. Introducción _____	273
11.2. Concepto y causas _____	274
11.2.1. ¿Qué se entiende por procesos de sucursalización? _____	274
11.2.2. ¿Cuáles son las causas que justifican las sucursalizaciones? _____	275
11.3. Ejecución: Estructuración jurídica _____	281
11.3.1. Introducción _____	281
11.3.2. Aspectos mercantiles _____	282
11.3.3. Aspectos regulatorios _____	289
11.3.4. Otras consideraciones a tener en cuenta en relación con el proceso de ejecución de este tipo de operaciones _____	294
11.4. Conclusiones y recomendaciones _____	296
PAPELES DE LA FUNDACIÓN _____	299
ENTIDADES PATRONO DE LA FUNDACIÓN DE ESTUDIOS FINANCIEROS _____	301



EQUIPO DE TRABAJO

DIRECTORAS

Pilar Blanco-Morales Limones

Catedrática de Derecho internacional Privado, Universidad de Extremadura

Montserrat Guillén Estany

Catedrática de Econometría Universidad de Barcelona

COORDINADORA

Inmaculada Domínguez Fabián

Profesora titular de Economía Financiera, Universidad de Extremadura

COLABORADORES

Alberto J. Tapia Hermida

Catedrático (A) Derecho Mercantil – Abogado, UCM

Amparo Nagore García

Profesora de Economía Aplicada, Universidad de Valencia

Ana María Pérez-Marín

Profesora titular de Econometría. Universidad de Barcelona

Arelly Ornelas Vargas

Investigadora, Riskcenter-IREA. Universidad de Barcelona

Borja Encinas Goenechea

Profesor titular de Economía Financiera, Universidad de Extremadura

Catalina Bolancé Losilla

Catedrática (A) Métodos Cuantitativos, Universidad de Barcelona

Enrique Devesa Carpio

Profesor titular de Economía Financiera y Actuarial, Universidad de Valencia

Inmaculada Domínguez Fabián

Profesora titular de Economía Financiera, Universidad de Extremadura

Jaime Sánchez Santiago

Clifford Chance

Joan Casanovas Arbó

Investigador, Riskcenter-IREA. Universidad de Barcelona

Juan Calvo Vérguez

Profesor titular de Derecho Financiero y Tributario, Universidad de Extremadura

Lluís Bermúdez Morata

Profesor titular de Matemática Económica, Financiera y Actuarial, Universidad de Barcelona

M^a Jesús Romero Santo Tomás

Directora de Control y Gestión de Riesgos, Zurich España



Manuela Alcañiz Zanón

Profesora titular de Econometría. Universidad de Barcelona

Mar Devesa Carpio

Profesora titular de Economía Financiera y Actuarial, Universidad de Valencia

Mercedes Ayuso Gutiérrez

Catedrática de Estadística Actuarial, Universidad de Barcelona

Miguel Santolino Prieto

Profesor de Estadística Actuarial, Riskcenter-IREA. Universidad de Barcelona

Montserrat Guillén Estany

Catedrática de Econometría Universidad de Barcelona

Ramón Alemany Leira

Catedrático de Econometría, Universidad de Barcelona

Raúl Casado García

Inspector de Seguros del Estado, DGSFP- Ministerio de Economía y Hacienda

Robert Meneu Gaya

Profesor titular de Matemáticas para la Economía y la Empresa. Universidad de Valencia

Teresa Cid Blasco

Clifford Chance

GRUPO DE CONSULTA

Carlos Bonhome González

Abogado, CUATRECASAS

Iván Collantes Ibáñez

Gerencia de Proyectos Dirección Económico-Financiera y Fiscal, GRUPO MUTUA MADRILEÑA

Angel Crespo Rodrigo

Socio, KPMG

Mirenchu del Valle

Secretaria General, UNESPA

Carlos Esteban

Director RRHH, ZURICH

Paulino Fajardo Martos

Socio Director Seguros, DAC España (DAVIES ARNOLD COOPER)

Ignacio Figuerol Roncal

Socio Director, DAC España (DAVIES ARNOLD COOPER)

Antonio José García Gómez

Profesor titular de Derecho Financiero y Tributario, Facultad de Derecho-Dpto. Derecho de la Empresa, Universidad de Zaragoza

Pilar González de Frutos

Presidenta, UNESPA

Rafael Illescas

Presidente, SEAIDA



Ismael Jiménez Compaired

Catedrático Derecho Financiero y Tributario Facultad de Derecho-Dpto. Derecho de la Empresa, Universidad de Zaragoza

Alfredo Jiménez Fernández

Director de Análisis y Estudios FEF

Alberto Manzano Martos

Vicepresidente Primero, MAPFRE

Alfredo Martínez Cabra

Socio, E&Y

Javier Méndez Llera

Director General, FEF y Secretario General, IEAF

Ernesto Mestre

Gerencia de Proyectos Dirección Económico-Financiera y Fiscal , GRUPO MUTUA MADRILEÑA

Jordi Montalbo Todoli

Socio Director, DELOITTE

Salvador Nacenta Martín

Socio, PWC

Alberto Placencia Porrero

E&Y

Guillermo San Pedro Martínez

Abogado, URÍA MENÉNDEZ

Milagros Sanz Padilla

DAC España (DAVIES ARNOLD COOPER)

Mercedes Sanz Septién

Directora General Instituto de Ciencias del Seguro, Fundación Mapfre

José María Segovia Cañadas

Socio Presidente, URÍA MENÉNDEZ

Juan Carlos Ureta

Presidente FEF-IEAF

Luis Manuel Velasco

Risk Manager, ZURICH

Pedro Yanes Yanes

Catedrático de Derecho mercantil, UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA



PRESENTACIÓN

La Fundación de Estudios Financieros continúa su propósito de analizar y dar a conocer las claves del sector asegurador en España. Un empeño que se plasma en este tercer Estudio, que prosigue la labor iniciada con el «*Estudio sobre el sector asegurador en España*», publicado en marzo de 2010 y con el «*Estudio sobre el sector asegurador en España 2010: Los aspectos cualitativos de Solvencia II*», publicado en diciembre de 2010.

En momentos de graves dificultades económicas y de turbulencias financieras, el sector asegurador español ha sabido mantener buena parte de las carteras de que disponía antes de comenzar la crisis y profundizar en sus políticas de solvencia y de servicios. Las perspectivas a corto plazo nos enfrentan a un horizonte complejo e incierto. No obstante, las cifras de evolución del seguro español demuestran la gran capacidad y la pertinencia de su modelo, basado en el crecimiento solvente y la gestión cautelosa. Un modelo que, además, le permite mantener y generar empleo. Un modelo que, sobre todo, nunca se ha apartado de sus fundamentos ni ha dejado de cumplir su función social: la mutualización de riesgos. Una función más necesaria que nunca, pues fomenta y capta el ahorro, un ahorro duradero, estable y no inflacionista que lo convierten en uno de los principales inversores institucionales suscriptor nato de importantes volúmenes de deuda emitida por el Estado, contribuye al equilibrio de la balanza de pagos y promueve la inversión productiva.

El seguro español da muestras de gran capacidad y resistencia, pues respeta correctamente un modelo prudente. Su evolución refleja un

proceso de crecimiento equilibrado. Sus dinámicas de capitalización, especialización en la gestión de riesgos, productividad y su funcionalidad para canalizar el ahorro, aportan capacidad y estabilidad al conjunto del sistema financiero, así como una contribución relevante a la economía española. En la actual crisis económica y financiera, es crucial para la competitividad de nuestras empresas contar con fuentes estables de financiación a largo plazo. Las aseguradoras contribuyen a estabilizar la estructura de las finanzas corporativas.

En este contexto, el Estudio aporta datos y reflexiones para afrontar un entorno que requiere abrirse a nuevas realidades y pensar en nuevas vías de dinamización comercial y de mejora continuada de los servicios a los asegurados. En él se reconocen los problemas de la crisis general en el seguro, se analizan y se ponen en contexto para aportar ideas con las que hacer frente a los cambios de enfoque que exigen las circunstancias actuales.

A lo largo del estudio, por un lado, se presentan y analizan los datos objetivos relativos al sector, los procesos de reforma normativa en curso y la fiscalidad. Por otro lado, se recogen planteamientos de carácter cualitativo para revisar cuestiones tan relevantes como pueden ser los procesos de sucursalización o los modelos de tarificación, tanto desde la perspectiva de la obligada adopción de tarifas unisex como de nuevos sistemas tales como la tarificación por uso (*pay as you drive, predictive modeling, credit scoring*, etc.), considerando sus aspectos técnicos, sociales, legales y de rentabilidad para las entidades.



El estudio ha sido dirigido por Dña. Pilar Blanco-Morales Limones y Dña. Montserrat Guillén Estany y ha contado con la colaboración inestimable de 21 especialistas en diferentes disciplinas, económicas y jurídicas, procedentes del ámbito académico, supervisor, empresarial y profesional. También ha contado con el impulso, soporte y revisión

crítica de un grupo de consulta integrado por representantes de las Entidades Patrono de la Fundación. A todos ellos quiero transmitirles mi agradecimiento y felicitación por el buen trabajo realizado.

Juan Carlos Ureta
Presidente de la Fundación de Estudios Financieros



INTRODUCCIÓN

Pilar Blanco-Morales Limones

A riesgo de subrayar lo obvio, debemos comenzar por enmarcar el Estudio que presentamos en el contexto de la más grave crisis financiera y económica desde 1929, probablemente, la primera que es en sí global.

Esta crisis es tan descomulgada y cruenta porque más allá de los comportamientos cíclicos del mercado, probablemente, es el resultado de la conjunción singular de múltiples y graves errores, tanto de los poderes públicos como de los actores del mercado: la burbuja del crédito, la especulación inmobiliaria, las técnicas de refinanciación de los bancos mediante sofisticados instrumentos de titulización, una laxa política de endeudamiento público.

El seguro no ha participado en la creación de la burbuja que estalla y sumerge al mundo en una recesión inusitada, *terra incognita* donde las teorías y recetas del pasado son de poca utilidad. El seguro evidentemente está afectado por la crisis, pero no es un causante de la crisis. El seguro sufre la crisis, en primer lugar, debido a las actividades cuasi bancarias que algunas compañías han desarrollado mediante derivados de crédito y fondos de titulización. El seguro también sufre la crisis en los activos de balance, debido al deterioro de participaciones y valores expuestos al riesgo y a una menor rentabilidad de los valores sin riesgo o de bajo riesgo. Y, por último, el seguro sufre la crisis en la medida en que se deteriora la solvencia y la capacidad de ahorro e inversión de las familias y las empresas.

Sin embargo, pese a la dureza del contexto, el seguro español se mantiene eficiente, resistente y con capacidad de respuesta. En comparación con

otros sectores, nuestro sector asegurador está perfilado y armado para cumplir su función social en este ambiente adverso. El seguro puede contribuir singularmente a mitigar la crisis, es su razón de ser social. Con la cobertura aseguradora, las familias y las empresas además de hacer frente a los riesgos, o precisamente por ello, pueden estabilizar su situación financiera. De este modo, el seguro favorece la iniciativa y la creación de valor. A nuestro juicio el seguro español está especialmente dotado para ayudar a restituir la liquidez del mercado. La importancia económica del seguro en la economía y más concretamente en el sector financiero se ha acelerado en los últimos años. El sector asegurador es una de las piezas fundamentales de la economía nacional. Clave en el sistema financiero, su especialización en la gestión de riesgos y su aptitud para canalizar el ahorro, además de su importancia como inversor institucional, aporta capacidad y estabilidad al conjunto del sistema, además de ser creador de empleo, garante de las economías privadas y prestador de servicios de bienestar.

En el año 2010 la Fundación de Estudios Financieros nos encomendó un primer trabajo *Estudio sobre el sector asegurador en España* (Papeles de la Fundación, nº 35) con el que pudimos ofrecer una completa evaluación del estado de situación del sector, sus tendencias y las principales directrices de reforma que afrontaba nuestro mercado asegurador. Seguidamente, en la línea de trabajo abierta, la FEF patrocinó el *Estudio sobre el sector asegurador en España 2010: Los aspectos cualitativos de Solvencia II* (Papeles de la Fundación, nº 38). En este segundo Estudio se reali-



zó un examen sistemático de los requerimientos cualitativos que *Solvencia II* impone al supervisor, relativos a los principios, esquemas y procedimientos de renovación de supervisión prudencial y de mercado para el sector asegurador; y a las entidades aseguradoras, relativos a la estructura organizativa, la distribución de funciones, el sistema para garantizar que se transmite adecuadamente la información a toda la organización, la transparencia y la *compliance*. Debemos llamar la atención sobre la pertinencia y vigencia de este Estudio, dado el largo y abierto proceso de implementación de *Solvencia II*.

Pertinencia y vigencia que ahora se completa con el presente Estudio en que se analizan los desafíos y las circunstancias a las que se enfrenta el sector asegurador español ante cambios en los planteamientos de ahorro, así como en la propia valoración de los riesgos. También nos planteamos cómo el sector asegurador puede contribuir a la sostenibilidad del Estado de bienestar.

En este momento el seguro está en el corazón del debate, nos guste o no, de las fronteras entre lo público y privado. Por un lado, es necesario que el Estado refuerce su estrategia de crecimiento y sus políticas para hacer frente a las necesidades de la sociedad del riesgo, como no dudan en calificar algunos autores a la sociedad de nuestros días; unas políticas que continúan siendo implícitas y fragmentadas. Dada la severidad de la crisis, las transformaciones y búsquedas del Estado del bienestar a partir de la crisis de su viejo modelo, las opciones difíciles pero necesarias que se han implementado y las que se habrán de implementar, hacen que surjan necesidades, que con anterioridad no se encuadraban dentro de los riesgos asumibles por los ciudadanos.

Las dificultades presupuestarias han obligado a reducir el gasto público en numerosas partidas. La quiebra del Estado benefactor requiere de profundas reformas que alcanzan la base económica del sector público, su estructura interna y sus relaciones con el resto de la sociedad. La búsqueda de alternativas exige la participación tanto del sector empresarial como de la sociedad civil de una manera radicalmente creativa y colabora-

dora. Para avanzar más rápido y de manera más fiable, el seguro puede inyectar sentido de responsabilidad y ayudar a frenar el declive de nuestro sistema de bienestar. A través de la cooperación entre los diferentes actores, privados y públicos, se podrá ampliar el rango de cobertura de riesgos que hasta ahora se incluían en el sistema de prestaciones públicas. Pocas empresas como las aseguradoras, sin dejar de lado el aspecto comercial, están en condiciones de contribuir a la provisión de servicios del bienestar.

El Estudio realizado pretende responder a la interrogante acerca de cuáles son las incertidumbres a que se enfrentan las aseguradoras y cómo actuar para conservar su resistencia y su capacidad de adaptación, conscientes de que para el crecimiento del seguro en España en los últimos años han sido claves el desarrollo de nuevos productos y coberturas y la mejora de la atención a los asegurados.

Tras exponer las principales cifras del Sector, siguiendo la línea iniciada en los anteriores estudios, se hace una especial referencia a cómo ha respondido el Sector a la situación de crisis y cómo su solvencia y previsión han permitido que el impacto de la situación económica haya sido menor que en otros sectores. No obstante esta situación económica hace que haya que modificar ciertos paradigmas y el Sector debe estar preparado ante los nuevos retos a los que se enfrenta.

Inmediatamente centramos nuestra atención en la importante agenda de reformas normativas que implica continuar la implementación de *Solvencia II* que puede y debe hacerse de manera anticíclica. El nivel de desarrollo, formación y madurez del sector, permiten afirmar que está, en términos generales, preparado para afrontar situaciones críticas como la actual. Para alcanzar los mejores resultados, y fijar un marco normativo eficiente y que permita un adecuado funcionamiento del sector en su conjunto, se hace necesaria la colaboración y la aportación de ideas de todos, pues sólo de esta forma lograremos diseñar el mejor marco normativo posible.

En este contexto, hemos analizado las causas y cuestiones jurídicas ligadas a los procesos de



sucursalización, que pueden servir para optimizar la posición de capital de solvencia en un entorno de incremento de los requerimientos de capital, y para generar mayores eficiencias en procesos operativos de cumplimiento.

Y, como no podía ser de otro modo, hemos destacado la mejora de la tutela de los asegurados en las reformas proyectadas. Por último, hemos analizado la propuesta de Directiva de Mediación y su impacto en el mercado español.

Una de las cuestiones de mayor relevancia y más inmediata aplicación es la relativa a las tarifas unisex. Al analizar los productos de ahorro y de vida cobra especial relevancia la obligación de tarificar con tablas unisex de valoración, lo que constituirá un nuevo escenario de actuación y valoración para las compañías aseguradoras. El efecto de esta nueva exigencia plantea importantes cuestiones analizadas en este trabajo. Respecto a la derivación de tablas, se aborda la discusión sobre las desventajas de crear bases técnicas unisex, señalando que la gestión interna del riesgo en las entidades podrá realizarse separando adecuadamente los riesgos según un factor ya demostrado estadísticamente relevante como es el sexo del asegurado especialmente en productos vinculados a la longevidad. Del mismo modo se plantean cuestiones relacionadas con el nivel de granularidad al que habrá actuar sin tener en cuenta el sexo de los asegurados, ya que podría llegarse a exigirse igualdad de tarifa en productos para los que las proporciones entre los dos sexos guardasen relaciones de magnitud muy desiguales.

Las dudas sobre un tratamiento asimétrico entre los contratos existentes y los de nueva producción plantean enormes interrogantes sobre las distorsiones que pueden crearse en el mercado, como consecuencia de poder ofrecerse nuevos contratos a un mejor precio, lo que conduciría a una cancelación de los contratos existentes de los asegurados constituidos con anterioridad a partir de bases técnicas que distinguen entre hombres y mujeres. Hemos analizado las implicaciones en el cálculo de provisiones, en el tratamiento del reaseguro, en la posible comercializa-

ción de productos específicos para un sexo (por ejemplo, Vida Mujer) y lo que ello puede suponer la aplicación de tasas del sexo en concreto para todas las garantías incluidas (entendiendo que la principal es la que establece la diferenciación de sexos). En definitiva, se abordan tanto cuestiones de mayor calado en la evolución prevista del mercado asegurador ante un cambio muy significativo en la tarificación, como asuntos de importancia relativamente menor. Dichos elementos afectan y preocupan a la práctica totalidad de las entidades y atañen a cuestiones tan elementales como la forma de introducir el cambio de tarifa en el condicionado de las pólizas.

Seguidamente hemos tratado las implicaciones estratégicas de *Solvencia II* en lo que se refiere a la gestión de riesgos y solvencia global. Además, se analizan nuevas tácticas en sistemas de distribución, es decir, cómo se canaliza la materialización del contrato del seguro, así como sus implicaciones en la eficiencia y gestión de costes.

La retención de clientes consideramos que es una de las estrategias más rentables en el mercado español. En el contexto actual consideramos que exige abordar aspectos tales como la innovación en la administración de pólizas, la gestión de siniestros o los métodos alternativos de resolución de conflictos como la mediación entre partes, para acortar sustancialmente el período de determinación de las indemnizaciones, cuando se fija un procedimiento judicial. En definitiva, nos encontramos ante nuevas oportunidades de negocio que exigen la ampliación y sofisticación de los productos aseguradores y continuar la modernización de la gestión de las aseguradoras españolas en todos los aspectos (emisión, tarificación, cobros, gestión de siniestros, fidelización) que requiere del mejor aprovechamiento de las tecnologías de la información y de los métodos estadísticos y actuariales. Por otra parte, la facilidad de realizar comparativas de precios en la Red puede tener notables implicaciones en las políticas de captación masiva de clientes con la posibilidad de que los nuevos contratos escapen a los controles de riesgos habituales.

Finalmente hemos centrado nuestra atención en la que hemos denominado *interface* público-



privada, para analizar cómo el sector asegurador puede contribuir a paliar las consecuencias de las reformas en materia de pensiones y de dependencia.

En efecto, la reciente reforma del sistema de pensiones, recogida en la Ley 27/2011, hace que la información sobre su alcance y consecuencias sea un elemento de análisis del máximo interés. Las 50 disposiciones adicionales de la Ley 27/2011, así como los múltiples informes o estudios que en ellas se prevén, junto con la indeterminación del factor de sostenibilidad, tanto en la fórmula de cálculo, como en el momento de su implantación, nos sitúan ante un debate no concluido. La reforma de pensiones, sin duda ayuda al sistema a ganar tiempo, pero no soluciona cualitativamente el problema subyacente de envejecimiento poblacional. Analizar en profundidad el efecto de la reforma sobre la situación futura del cotizante y plantear diferentes posibilidades de aplicación del factor de sostenibilidad, son aspectos que tratados exhaustivamente.

Si bien la reforma del sistema sanitario no se ha abordado, sí se han producido algunos cam-

bios significativos en el contexto económico que han impactado en su evolución. Al debate sobre la necesidad de cofinanciación del gasto sanitario y/o farmacéutico habrá que añadir un riesgo de insostenibilidad del sistema sanitario bajo los parámetros demográficos actuales y previstos. Por ello hemos analizado las principales tensiones que serían susceptibles de ser mejoradas con un adecuado impulso del seguro privado de salud y su adecuada comprensión por parte de todos los agentes implicados. Se describirán características singulares del sistema de salud y el compromiso público-privado que se da de facto en el panorama español.

Respecto al sistema de apoyo a la autonomía personal y al escaso desarrollo que los seguros de dependencia han experimentado en España en comparación con países del entorno inmediato como Francia, hemos intentado identificar la razones que lo justifiquen, al tiempo que se exponen nuevos productos y programas preventivos de adaptación funcional que permitirían evitar el riesgo o mejorar las prestaciones y servicios por dependencia en personas mayores en los grados que el sistema público no puede cubrir.



RESUMEN EJECUTIVO: EL SECTOR ASEGURADOR ANTE LAS TRANSFORMACIONES DEL ESTADO DEL BIENESTAR

Pilar Blanco-Morales Limones

I. LA ARQUITECTURA DEL SEGURO ESPAÑOL EN 2011-2012

1. UN SECTOR QUE RESISTE Y CREA EMPLEO

1.1. Volumen de primas y ratios de densidad y penetración

En España el crecimiento sostenido del seguro en los primeros años de la década ha sufrido un estancamiento desde el inicio de la crisis en 2008. El volumen de primas de seguros devengadas, en cifras redondas, creció desde los 45 mil millones en 2004 hasta los 60 mil millones de euros en 2008. Sin embargo, desde el año 2008, el volumen de primas de seguros devengadas se ha estabilizado en torno a los 60 mil millones de euros.

Tras alcanzar su máximo en 2009, el volumen de primas de seguros devengadas sufrió un descenso en 2010 del que se recuperó en 2011, alcanzando los 61 mil millones de euros. Si ponemos en relación esta cifra con la población y riqueza del país, ratios de densidad y penetración, respectivamente, supone una media de 1.294 euros al año por habitante, y un 5,7% del Producto Interior Bruto de nuestro país.

Estos datos ponen de manifiesto la magnitud e importancia del sector asegurador en nuestra economía y reflejan la buena salud de la que goza en comparación con la evolución de la mayoría de los sectores de la economía española.

El incremento del ahorro gestionado por las entidades aseguradoras sigue confirmando el efecto refugio que estos productos ofrecen al ahorrador frente a otras posibilidades más volátiles y arriesgadas en este contexto de crisis financiera. Por el contrario, el descenso de la actividad económica, como es de esperar, reduce el volumen de primas de los seguros no vida, especialmente el de aquellos ramos más estrechamente ligados a las actividades económicas, industriales y comerciales, poniendo de manifiesto la gravedad de la crisis en esos sectores económicos.

Por volumen de primas, el sector asegurador español se sitúa en el sexto puesto dentro de la UE, tan sólo por debajo de países que históricamente han albergado importantes multinacionales aseguradoras. El peso de los ramos de vida y no vida es similar en España y parecido al que se observa en Alemania. Otros países, como Reino Unido y Francia, con multinacionales más dedicadas al ramo de vida, presentan un mayor peso de las primas de vida.

El ramo de vida concentraba en España en el año 2011 un total de 38.065.022 clientes, con un volumen de ahorro gestionado de 187 mil millones de euros aproximadamente. Los planes de pensiones gestionados por entidades aseguradoras representan un pequeño porcentaje de este total. Dentro de los seguros de vida, los seguros de riesgo de fallecimiento son los más extendidos por número de clientes y gestionan un total de 5.445



millones de euros en primas. Los seguros de ahorro, en cambio, representan un menor porcentaje de los clientes pero gestionan más de 148 mil millones de euros. El seguro de dependencia sigue siendo testimonial en el total de los seguros de vida. Si desglosamos el seguro de ahorro-jubilación por tipos de productos, observamos como los seguros tradicionales (capitales diferidos y rentas) siguen siendo los más importantes, tanto en clientes como en volumen. Destacar que los PPA y los PIAS, los productos más modernos, ya superan los seguros *unit linked* en número de clientes, si bien estos últimos presentan aún un mayor volumen de ahorro gestionado.

El ramo de seguros no vida o seguros generales, entre los que se encuentran los seguros de automóviles, salud, multirriesgos, responsabilidad civil, otros daños a los bienes, decesos, crédito y caución, asistencia, transportes, incendios, pérdidas pecuniarias y defensa jurídica, concentraba un volumen de primas de 31.723 millones de euros en el año 2011. El seguro de automóviles es el ramo de no vida con mayor volumen de primas, representado casi el 36% del total. Si añadimos el ramo de asistencia sanitaria y enfermedad y el de multirriesgos, estos cuatro ramos representaron conjuntamente más del 75% de las primas en el año 2011.

Según los datos oficiales de la DGSFP, en el año 2011, el sector asegurador ha experimentado un incremento en el volumen de primas devengadas de un 4,58%, fundamentalmente por el incremento en el ramo de vida, del 8,96%. Para el negocio de no vida, tras dos años de retroceso, se produce un pequeño repunte del 0,70% de variación. Si consideramos el periodo 2007-2011, observamos que el sector asegurador, en su conjunto, ha experimentado un crecimiento en el volumen de primas superior al 9%, cifra muy inferior al crecimiento experimentado en los años anteriores a la crisis económica. No obstante, la crisis económica ha afectado mucho más al negocio de no vida, que ha retrocedido un 2,5% en estos 5 últimos años, que al ramo de vida que ha experimentado un crecimiento del 25%. Se intuye que los seguros de vida han atraído a quienes sienten mayor

aversión al riesgo y a las fluctuaciones que la crisis financiera ha provocado.

Este comportamiento dispar de los dos ramos ha reducido la diferencia entre éstos en el peso que representan cada uno en el total del sector. En el sector asegurador español el peso del ramo no vida sigue siendo superior al de vida, aunque en los últimos años se ha equilibrado la balanza. En concreto, en 2007 el ramo de no vida gestionaba un volumen de primas superior en más de 8.200 millones de euros al de vida. En cambio, en el año 2011 esta diferencia se ha reducido a poco más de 1.300 millones.

Dentro del ramo de vida, cuando diferenciamos entre negocio tradicional y seguros *unit-linked*, apreciamos como el incremento del ramo está causado por la suscripción en el negocio tradicional. En el último año, la suscripción en el negocio tradicional ha aumentado un 13,5%, frente a la contracción del 14,3% experimentada en los seguros *unit-linked*. La aversión al riesgo y la elevada volatilidad de los mercados financieros causada por la crisis han motivado la contracción en la suscripción de los seguros en los que el tomador asume el riesgo de la inversión.

Los seguros de ahorro experimentan durante el último año un importante aumento (14,4%). La comentada volatilidad de los mercados financieros ha atraído aquel capital que busca un rendimiento garantizado como el que ofrecen productos como los PPA, PIAS y la mayoría de seguros de rentas.

En los seguros de no vida, no todos los seguros han tenido la misma evolución. La crisis económica ha causado una reducción en el volumen de suscripción en aquellos seguros más ligados a la evolución de la actividad económica, como los seguros de automóviles, de responsabilidad civil o de transporte. En cambio, tres ramos han tenido un crecimiento anual en el volumen de primas, como son los seguros de asistencia sanitaria y enfermedad, multirriesgos y decesos. Los recortes en los servicios sanitarios públicos provocados por la crisis podrían ser la razón principal del aumento en la contratación de los seguros médicos.



Según los datos publicados por ICEA en su informe relativo a la evolución del sector asegurador con datos cerrados a 30 de junio de 2012, la tónica general en este 2012 es similar a la comentada para 2011. Por un lado, el ahorro gestionado en productos del seguro de vida durante los seis primeros meses del año se incrementó en un 2,45%, manteniéndose de este modo la dinámica ascendente de estos últimos años. Por otro lado, en contraposición, los ingresos por primas del seguro no vida descendieron en un 2,28% respecto del mismo periodo del año anterior. Este descenso, más que el posible estancamiento que apuntábamos con los datos de 2011, confirma la tendencia negativa de esta actividad en los últimos cinco años.

Los seguros no vida no ven reducido su volumen de facturación en los mismos términos que los sectores económicos que sufren la crisis debido a la buena evolución de los ramos más dirigidos a particulares, como salud y multirriesgos del hogar que crecen un 2,42% y un 3,14% respectivamente. Está por ver si el alargamiento en el tiempo de la crisis económica acabará por afectar a estos ramos.

1.2. Evolución de la cuota de mercado de las entidades aseguradoras

La evolución en el número de entidades de seguros privados en España según su forma jurídica desde 2004 hasta 2011 revela una tendencia de continua concentración en el número de entidades que operan en el sector, pasando de 328 entidades que se dedicaban al seguro directo en 2004 a 277 entidades en 2011. La crisis económica parece haber acelerado este proceso, ya que en 2009 el número de entidades era de 292. Este proceso de concentración, en los últimos años, se debe casi exclusivamente a la reducción en el número de sociedades anónimas.

A finales de 2011, el grupo Mapfre sigue liderando con diferencia el sector y es el único grupo asegurador que tiene una cuota de mercado superior al 10% en seguro directo en España. Sin embargo, en los últimos años, la diferencia res-

pecto al segundo se ha acortado drásticamente debido a la evolución de la cuota de mercado del grupo La Caixa. En 2008 el grupo La Caixa ocupaba la novena posición por cuota de mercado de seguro directo, convirtiéndose en el cuarto grupo a finales del 2009, y en el segundo, hasta casi obtener una cuota del 10%, a finales del 2010. Esta cuota se ha visto ligeramente reducida en 2011, sin perder el segundo puesto, por la pérdida de la cartera de SegurCaixa Adeslas que pasa a manos de Mutua Madrileña. Esta última entidad consigue con esta incorporación y la de la cartera de vida de Aresa la tercera posición del *ranking*, adelantando así a Zurich, que pierde peso al desprenderse de las carteras de seguros provenientes de Caixa Sabadell. Sin apenas cambios en su cuota de mercado y prácticamente empatadas, se encuentran a continuación Allianz y el grupo AXA. A nivel agregado, los once primeros grupos aseguradores tienen una cuota de mercado de casi el 63%, siendo del 33% la cuota de mercado que suman los cuatro primeros grupos del *ranking*.

Cuando analizamos la evolución del *ranking* de los grupos aseguradores diferenciado por ramos de vida y no vida observamos una mayor concentración en el ramo de vida que en el de no vida. En concreto, en el ramo de vida, los primeros 10 grupos aseguradores del *ranking* tienen una cuota de mercado de más del 77%. En cambio, los primeros 10 grupos aseguradores del ramo de no vida alcanzan una cuota del 63%. Además, si atendemos a la evolución del porcentaje de cuota de mercado para el resto de grupos, se observa una mayor reducción en el porcentaje en el ramo de vida que en el de no vida.

En el ramo de vida, destacamos la evolución en sentido inverso que experimenta el grupo La Caixa, por un lado, y Santander Seguros y Zurich, en menor medida, por el otro. Así, el grupo La Caixa se ha convertido en 2011 en el grupo asegurador con mayor cuota de mercado, superando el 17% del total y personándose como el protagonista del proceso de concentración en este ramo. Por su parte, Mapfre ha mantenido su porcentaje de mercado. El ramo de no vida, en cambio, está liderado por el grupo Mapfre con



una cuota de mercado que también ha mantenido constante en el período analizado. En este ramo, cabe destacar la evolución de Mutua Madrileña, su apuesta por la compra de carteras le ha llevado hasta el segundo puesto del *ranking*, incluso acortando su distancia a Mapfre.

1.3. Evolución de los resultados técnicos-financieros

En general, los resultados técnicos financieros del sector asegurador español en 2010 y 2011 no experimentan grandes oscilaciones. El ramo de vida presenta menos cambios que el ramo de no vida. Como es habitual, en el ramo de vida el resultado técnico es negativo y el resultado financiero es positivo hasta compensar el primero. El resultado técnico-financiero en el ramo de vida se mantiene estable en torno al 6,6% durante estos dos ejercicios, salvo un pequeño repunte en la primera mitad del 2011. Aún sin grandes cambios en el resultado técnico financiero, el ramo de no vida presenta una tendencia positiva en estos dos años. El resultado técnico en el total no vida en 2011 mejora respecto al ejercicio anterior alcanzando un 7%, compensando de esta manera la caída del rendimiento financiero. La razón de esta mejora se encuentra en un mayor control de la siniestralidad, que desciende hasta el 70% de las primas imputadas netas, en parte afectada por la reducción en el volumen de negocio.

1.4. Provisiones técnicas y margen de solvencia de las entidades

Para analizar la solvencia del sector asegurador español, se consideran básicamente dos ratios, el de cobertura de las provisiones técnicas y el del margen de solvencia.

La ratio de cobertura presenta una tendencia claramente decreciente, debido al desigual crecimiento de las provisiones técnicas y los activos aptos para su cobertura. Mientras que en el período considerado las provisiones técnicas aumentan en un 4,6%, los activos aptos sólo lo

hacen en un 1,3%, fundamentalmente por la pérdida de valor de mercado que sufren las inversiones. El margen de solvencia, por su parte, presenta una tendencia relativamente estable para el conjunto del seguro directo.

La ratio de cobertura de provisiones técnicas es claramente superior para el seguro de no vida que para el seguro de vida. Esta diferencia se explica por el elevado volumen de provisiones matemáticas, ligadas a seguros de ahorro, que son el resultado de la capitalización del ahorro del negocio suscrito en ejercicios anteriores. En cuanto a la evolución de la ratio de cobertura en el período considerado para los dos ramos, el ramo de vida sigue una pauta similar al total del sector, mientras que el ramo de no vida, experimenta un descenso en las provisiones técnicas de un 1,5% y un mayor descenso de los activos aptos, de un 6,9%, que empeora la ratio de cobertura en mayor medida que en el ramo de vida.

Por lo que se refiere al margen de solvencia, se observa igualmente una mayor ratio para el ramo de no vida (un 356,6% en el último trimestre de 2010) que para el ramo de vida (un 192,7% en el mismo trimestre). En cuanto a la evolución experimentada por la ratio del margen de solvencia en ambos ramos para el período considerado, comentar la tendencia estable que se observa en el ramo de no vida en contraste con la reducción experimentada para el ramo de vida.

Al margen de los conceptos comentados, para ampliar la visión sobre la situación económico-financiera del sector, la evolución trimestral de los años 2010 y 2011 del margen de resultados sobre primas, de la rentabilidad financiera (ROE) y de la rentabilidad económica (ROI), pone de manifiesto una relativa tendencia estable en los porcentajes que, dado el contexto económico-financiero global, puede considerarse como una prueba de la buena salud del sector asegurador español.

En la evolución trimestral para los años 2010 y 2011 de la composición de la cartera de inversiones del total del seguro directo, del ramo de vida y del ramo de no vida, respectivamente, des-



taca, en primer lugar, la reducción progresiva del peso de la renta fija privada a favor de la renta fija pública. En segundo lugar, la leve reducción del peso de inmuebles causada en parte por la disminución de su valor de tasación por la crisis del sector inmobiliario; y, por último, un leve incremento en la renta variable. El resto de las inversiones muestra un comportamiento relativamente estable.

1.5. Reaseguro

Desde una óptica internacional, el sector reasegurador se encuentra ante un empeoramiento de las perspectivas económicas y financieras mundiales, agravadas por la ocurrencia de grandes catástrofes en el último año. Las catástrofes naturales ocurridas en 2011 merecen ser mencionadas. Los terremotos de Japón y de Nueva Zelanda y las inundaciones de Australia y de Tailandia, entre otras, alcanzan un monto de 380.000 millones de US\$ en pérdidas económicas totales, colocando a este año en el primer lugar del *ranking* por ese concepto. A pesar de la conjugación de tales circunstancias, el sector reasegurador mantiene suficiente disponibilidad de capital en 2011 para afrontar las renovaciones de 2012 en una línea de estabilidad, con una moderada tendencia alcista de los precios.

El análisis del sector globalmente considerado, pone de manifiesto un aumento en las primas de seguro directo en el año 2011 respecto al 2010 del 4,6%. Por otro lado, las primas del reaseguro aceptado tan sólo crecieron un 1% y las del cedido/retrocedido decrecieron un 17%. La retención, ya de por sí elevada en el mercado español, tiene un aumento superior al del seguro directo y ya representa, sobre el total de primas, un porcentaje de casi el 93%.

Efectuando el análisis de la retención entre los ramos de vida y el conjunto de ramos no vida, se observa que, en general, la retención es mucho mayor en el ramo de vida que en el de no vida, en más de 10 puntos porcentuales, aproximadamente un 98% sobre un 88% en los últimos años. Como se ha mencionado anteriormente, el ramo

de vida ha tenido un mayor aumento en el volumen de primas del seguro directo que el ramo de no vida, que sufre un estancamiento como consecuencia de la crisis económica. En el ramo de vida tanto las aceptaciones como las cesiones han disminuido levemente en 2011. En cambio, en los ramos de no vida crecen, también levemente, las aceptaciones pero retroceden casi en un 20% las cesiones, provocando un aumento considerable, de tres puntos porcentuales, en el porcentaje de retención respecto al año 2010.

1.6. Empleo estable y de calidad

El sector asegurador español mantiene o incluso incrementa su nivel de empleo. La industria aseguradora se presenta pues como un sector estratégico para nuestra economía desde el punto de vista de la generación neta de empleo. En el año 2010, según los últimos datos disponibles, el sector asegurador creó empleo directo. La información procedente de los datos de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones indica que el empleo en el año 2010 creció en 2.096 personas, casi seis diarias, hasta llegar a 50.212 personas, lo que representa un aumento anual del 4,3%. Si bien estos cálculos no incluyen el empleo indirecto, principalmente aquel referido a las redes de distribución, el hecho de que la cifra del empleo asegurador directo se haya mantenido e incluso incrementado durante el año 2010 es un importante síntoma de mantenimiento de la actividad.

En la misma línea, y tomando como referencia las series estadísticas de la Encuesta de Población Activa (EPA), realizadas con otra metodología, adjudican al sector asegurador, en el ramo de actividad del sector seguros, reaseguros y fondos de pensiones una cifra de empleados, en el año 2010 de unos 130.000, sólo unas 5.000 personas menos que en 2009. Este leve descenso, probablemente causado por el mencionado empleo indirecto, resulta destacable en un contexto en el que el número total de ocupados se redujo de forma mucho más acentuada para el conjunto de la sociedad española.



Las entidades aseguradoras implantadas en España presentan una tasa de temporalidad del 2,46%, diez veces más baja que la tasa general (UNESPA, 2012b), sin apenas diferencias entre hombres y mujeres. Los empleados en el sector asegurador tienen una edad media cercana a los 41 años y una antigüedad media en la empresa de casi 12 años.

II. UNA REGULACIÓN EN CONTINUO DESARROLLO

2. LA AGENDA DE REFORMAS LEGALES: MEJORAR LA REGULACIÓN, ACTUALIZAR LA SUPERVISIÓN

En España, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones tiene atribuidas por ley tanto funciones de regulador como de supervisor del sector asegurador. Ello favorece la posibilidad de que, ante situaciones de deterioro de los mercados o ante prácticas de mercado no adecuadas, se adopten con agilidad medidas regulatorias que puedan corregir tales situaciones. Sin perjuicio de la necesidad de garantizar un sector solvente, no podemos dejar de subrayar que el objetivo principal del supervisor de seguros es garantizar una adecuada protección del asegurado.

La agenda normativa de la DGSFP, a nuestro juicio, es la plasmación de un proceso reformador de profundo calado, que sigue un modelo de adopción de decisiones cooperativo y dialogante, impulsado por las iniciativas de la Unión Europea e inspirado por los compromisos que implica el fomento ordenado y estable del sector asegurador.

La necesidad de incorporar al ordenamiento jurídico español la Directiva 2009/138/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de noviembre de 2009, sobre el seguro de vida, el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio, *Solvencia II*, requiere desarrollar un texto que permita incorporar con norma de rango legal un proyecto ciertamente ambicioso y complejo. No obstante, la transposición de la

Directiva se instrumentará no sólo a través de la Ley, sino que también será necesario utilizar la vía reglamentaria, que permitirá regular aquellas cuestiones de mayor aspecto técnico y que, precisamente por este carácter, pueden estar sujetas a modificaciones más frecuentes.

La transposición de *Solvencia II* estará presidida por el principio de proporcionalidad que graduará el establecimiento de requisitos y su complejidad, atendiendo al perfil de riesgo de las entidades y, en particular, a la naturaleza, escala y la complejidad de las operaciones de seguro o reaseguro realizadas por las entidades, así como a los riesgos inherentes a su modelo de negocio.

El proyecto *Solvencia II*, tal y como está actualmente configurado, implicaría cambios no sólo en lo que se refiere al sujeto supervisado (entidades aseguradoras, principalmente) sino también en lo que hace referencia al supervisor. En efecto, un proceso como *Solvencia II*, con sus complejidad técnica, demanda un supervisor preparado y adaptado a este reto, lo que nos debe llevar a plantearnos a todos los que formamos parte del sector (a nivel público y privado) si los organismos supervisores están adaptados a las exigencias de *Solvencia II*. Por lo tanto, sin perjuicio de los requisitos que a los supervisores de seguros exigen tanto la Directiva *Solvencia II* como los principios y recomendaciones dictadas por los organismos internacionales en materia de supervisión de seguros y reaseguros, en virtud de los cuales se aconseja reconocer legalmente la autonomía funcional de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en el ejercicio de sus funciones supervisoras, se debe también tener muy presente la necesaria adaptación de las estructuras del supervisor, incluyendo sus medios humanos y materiales.

Centrándonos en las mejoras regulatorias, por lo que se refiere al contrato de seguro, la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, requiere una adaptación completa a la evolución que ha experimentado el sector en estos años. La jurisprudencia, la doctrina y el mercado en su conjunto han señalado la necesidad de regular nuevas figuras o ramos consagrados ya



por la práctica del sector. Igualmente, se pone de manifiesto que algunos artículos y expresiones han perdido su sentido, o se encuentran referencias a instituciones que ya no existen, como sucede en materia concursal.

La reforma afronta el reto de mantener la calidad técnica de la Ley de 1980, aprovechar la experiencia y la jurisprudencia recaída en su aplicación, así como reforzar la seguridad jurídica, adaptada a un mercado que no es el mismo que hace 32 años. Uno de los principales objetivos del proyecto es efectuar una simplificación y actualización de conceptos y de términos jurídicos, al objeto de hacer más comprensible el contenido de las pólizas, favoreciendo una mayor transparencia en el condicionado de los contratos y configurar un proceso contractual más claro, y todo ello tratando de asegurar una mayor coordinación con la normativa general de protección al consumidor, en aquellos casos en que los asegurados tengan dicha consideración. Además, debe ser un texto adaptado a su tiempo, lo que exige tener presente el mundo de las nuevas tecnologías y adoptar las medidas adecuadas que permitan conferir la necesaria seguridad jurídica a los contratos celebrados a distancia (Internet, teléfono u otro medio electrónico). En otro orden, se pretende incluir bajo el nuevo régimen jurídico ramos que no eran objeto de regulación hasta ahora, como los seguros de decesos y de dependencia.

Por otra parte, la implantación de un texto a nivel nacional que sirva como herramienta que dé solución a la necesidad de incorporar al ordenamiento jurídico la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, en el denominado caso *Test Achats*, en materia de igualdad de trato, supondrá eliminar de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, la habilitación para que reglamentariamente pudieran establecerse estas diferencias y la posibilidad de que transitoriamente se mantuviesen las bases técnicas y las tarifas, en las que el sexo constituyese un factor determinante de la evaluación del riesgo. Asimismo, procedería incluir en nuestra normativa una disposición adicional que consagre este principio y el ámbito de su aplicación, así como el momento a partir del

cual los contratos de seguro no podrán contener esta diferenciación en función del sexo. La prohibición en todo caso abarca a los nuevos contratos celebrados a partir del 21 de diciembre. En este sentido, la norma proyectada definirá qué se ha de entender por nuevos contratos, solventado las dudas y aclarando los supuestos que no se considerarían nuevos contratos, no siéndoles por tanto de aplicación la regla unisex.

Como inversores institucionales, las entidades aseguradoras mantienen inversiones en deuda pública cuyas características se consideran adecuadas para instrumentar procesos de inmunización financiera pero que, en el actual contexto, se ven expuestas a una volatilidad de las calificaciones crediticias que opera en detrimento de una gestión estable de las opciones de inversión. Aunque con un rango normativo inferior, debemos destacar la importancia de la OM de inmunización financiera. En cuanto a los objetivos perseguidos y las razones que justifican las modificaciones introducidas en la Orden de 2007 por el proyecto de nueva OM, es preciso destacar que la situación actual de los mercados financieros y, en particular, la volatilidad que actualmente está experimentando la prima de riesgo de los instrumentos de deuda de países de la zona euro, ha incidido sobre las decisiones de los agentes financieros en materia de gestión de riesgos, condicionando asimismo el diseño de sus políticas de inversión. La Orden ECC/335/2012, de 22 de febrero, por la que se modifica la Orden EHA 339/2007, de 16 de febrero, introdujo por primera vez modificaciones con objeto de incorporar las recomendaciones internacionales a la regulación prudencial sobre inmunización financiera de operaciones de seguro, al tiempo que se adaptaban los coeficientes reductores por riesgo de crédito, en operaciones de seguro que utilizan técnicas de inmunización financiera, a la situación de los mercados de deuda pública. Con idéntico planteamiento al introducido por la Orden ECC/ 335/2012, de 22 de febrero, se pretende la adaptación del régimen de las inversiones de las entidades aseguradoras a la realidad de los mercados financieros.

De gran relieve es también el proyecto de modificación del baremo *para la valoración de los*



daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Los principales objetivos que se persiguen con su reforma son actualizar su contenido y estructura, sobre la base de la experiencia y de los pronunciamientos judiciales desde que se puso en práctica el baremo; actualizar las cuantías, por cuanto algunas de ellas pueden considerarse bajas dada la evolución que ha experimentado nuestra sociedad; mejorar el tratamiento indemnizatorio de los grandes lesionados, especialmente en el concepto de ayuda de tercera persona; mantener la estructura tabular y el carácter tasado del baremo, de forma que todos los conceptos indemnizables y sus cuantías y métodos de cálculo, así como los factores de corrección estén integrados en el sistema; facilitar las transacciones entre aseguradoras y víctimas y perjudicados de manera rápida y sencilla.

Junto con estos proyectos normativos, otras cuestiones que afectan a diferentes materias del sector serán objeto de análisis en los próximos meses. Entre las más relevantes podemos citar la creación de grupo de trabajo para elaborar una propuesta normativa que cree mecanismos alternativos a los sistemas de rating, considerando el impacto de éstos en las carteras de las entidades y en la forma de gestión de éstas; la mejora de las medidas de lucha contra el fraude y una más adecuada implementación de la protección de datos personales.

3. LA PROTECCIÓN DEL ASEGURADO SE REFUERZA CON LAS REFORMAS PROYECTADAS

Como hemos señalado, el sistema de protección del asegurado vigente en nuestro Ordenamiento está en fase de revisión para adaptarse a *Solvencia II*.

La protección de los asegurados se verá notablemente potenciada por las reformas legales en curso del mercado español de seguros tanto en los aspectos de supervisión, como se contempla en el borrador de Anteproyecto de Ley de Supervisión de los Seguros Privados, de 8 de mayo de 2012 (APLSSP) como en los aspectos de contratación,

recogidos en el Anteproyecto de Ley de Contrato de Seguro, de 8 de abril de 2011 (APLCS).

Las técnicas de protección al asegurado deben adaptarse a los distintos tipos de seguros (de daños o de personas), extenderse a otros sujetos interesados (como los beneficiarios en los seguros de vida para caso de muerte o los terceros perjudicados en los seguros de responsabilidad civil) y acomodarse a las distintas técnicas de contratación, tales como la contratación a distancia y los seguros colectivos.

Especial consideración merece la nueva regulación sobre los deberes de información de las entidades aseguradoras a los tomadores de los seguros y a los asegurados, que se establecerá en dos ámbitos. En primer lugar, en el plano de la supervisión, las previsiones del art. 8 y el Anexo del APLCS introducen los mandatos armonizadores del art. 185 de la Directiva *Solvencia II* que, cuando se refiere a la información a los tomadores de seguros de vida distingue entre la que debe suministrar la aseguradora antes de celebrarse el contrato y la que debe proporcionar a lo largo de la vida del mismo. Por otra parte, la protección del asegurado, en el momento de contratar un seguro, se verá afectada por la nueva legislación en los aspectos relativos a las «condiciones del contrato de seguro». Al respecto, el APLCS, en su art. 4, dedicado a establecer algunas previsiones relevantes para la mejor protección del asegurado, de las que debemos empezar destacando la previsión de que «la póliza del contrato de seguro deberá contener únicamente las condiciones generales, particulares y, en su caso, las especiales, que sean aplicables al contrato que suscriba el tomador». Este mandato pretende evitar que el tomador de un seguro se encuentre con una documentación compuesta por unas condiciones generales, especiales y particulares, que se derogan en parte conforme a mandatos genéricos y le obligan, con frecuencia, a asumir sobre sus hombros, una tarea de interpretación cruzada de condiciones –de notable complejidad jurídica– para saber cuáles de todas ellas se le aplicarán.

El APLCS mantiene, en su art. 7 los principios vigentes sobre los documentos precontractuales



típicos del seguro. A saber: mantiene la asimetría de posiciones del potencial tomador, cuya solicitud de seguro no vinculará al solicitante; frente a la del asegurador, cuya proposición de seguro le vinculará durante un plazo de quince días a suscribir el contrato en los términos propuestos. Dicha proposición se redactará por escrito e incluirá la información previa legalmente exigible, así como todas las condiciones contractuales; salvo cuando se utilicen técnicas de contratación a distancia, en cuyo caso podrá quedar constancia de la proposición mediante cualquier soporte duradero a disposición del tomador o asegurado. Estas previsiones se entienden sin perjuicio de lo establecido para el contrato de seguro en la legislación sobre comercialización a distancia de los servicios financieros. Por último, también se mantiene la posibilidad de retrotraer, por acuerdo de las partes, los efectos del seguro al momento en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición.

Dado que la obligación de pago de la prima es la prestación esencial del tomador del seguro, los requisitos que deben cumplir las tarifas de primas influyen directamente en el nivel de protección del asegurado. A tal efecto, al APLSSP establece, en su art.94, una serie de principios que deberán cumplir las tarifas de primas que son: Fundamentación técnica, Suficiencia, Equidad, Indivisibilidad e Invariabilidad.

Una de las regulaciones más sensibles y efectivas para proteger al asegurado y al resto de sujetos implicados en el contrato de seguro es la que garantiza la debida privacidad y protección de sus datos personales porque el legislador debe garantizar que los derechos fundamentales al honor y a la intimidad personal y familiar consagrados en el art.18 de nuestra Constitución no se pongan en riesgo con ocasión de la contratación de un seguro.

Como el contrato de seguro, especialmente si se trata de seguros de personas, implica la necesidad de las aseguradoras de conocer ciertos datos personales de los asegurados y del resto de sujetos directamente implicados en la relación de seguro, el art. 103 del APLSSP establece que

aquellas entidades aseguradoras podrán tratar los datos de los tomadores, asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados, así como de sus derechohabientes sin necesidad de contar con su consentimiento a los solos efectos de garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro y el cumplimiento de las obligaciones establecidas en esta ley y en sus disposiciones de desarrollo. Y, por esa misma justificación, se añade que el tratamiento de los datos de las personas antes indicadas para cualquier finalidad distinta de las especificadas en el párrafo anterior deberá contar con el consentimiento específico de los interesados. Adviértase de la importancia de esta última previsión si tenemos en cuenta que las aseguradoras pertenecen con frecuencia a grupos financieros que pueden querer disponer de los datos personales de los asegurados y del resto de sujetos citados para ofrecerles otro tipo de productos financieros o para aprovechar aquellos datos en el marco del desarrollo de contratos bancarios ya celebrados y vigentes.

En todo caso, el art. 103 del APLSSP impone a las entidades aseguradoras los deberes de información generales en el momento de la recogida de datos (art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999) y los refiere al asegurado, beneficiario o al tercero perjudicado acerca del tratamiento y, en su caso, de la cesión de los datos de salud.

Una serie de situaciones características del mercado asegurador obligan a establecer regulaciones específicas del tratamiento de datos de carácter personal en este mercado: la existencia de grupos de entidades aseguradoras y reaseguradoras; el reparto de riesgos en segundo grado gracias al mecanismo del reaseguro; la posible externalización de parte de sus funciones o actividades en terceras entidades; los supuestos de cesión de cartera, transformación, fusión o escisión de entidades aseguradoras; el posible establecimiento por las entidades aseguradoras de ficheros comunes que contengan datos de carácter personal para la liquidación de siniestros, la elaboración de estudios de técnica aseguradora y la colaboración estadística actuarial destinada a la determinación individual de la tarificación y selección de riesgos; la posibilidad reconocida a



las aseguradoras de establecer ficheros comunes cuya finalidad sea prevenir el fraude en el seguro sin que sea necesario el consentimiento del afectado, salvo que se trate de datos relativos a la salud que sólo podrán ser objeto de tratamiento con el consentimiento expreso del afectado y, por último, la propia dinámica del contratación de los seguros, donde se producen con frecuencia situaciones en las que las solicitudes de los asegurados o las proposiciones de los aseguradores no culminan con la efectiva contratación de un seguro, obliga a introducir la expresa obligación de las entidades aseguradoras de proceder inmediatamente a la cancelación de los datos que le hubieran sido facilitados con anterioridad a la celebración de un contrato si el mismo no llegara a celebrarse.

La aplicación del derecho fundamental del art. 24 de nuestra CE en el ámbito del seguro lleva al art.100 del APLSSP a constatar que los conflictos que puedan surgir entre tomadores de seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con entidades aseguradoras se resolverán por los jueces y tribunales competentes. En este ámbito el APLCS mantiene la norma imperativa del fuero del domicilio del asegurado, de enorme importancia práctica, puesto que evita una eventual y costosa transhumancia litigiosa del asegurado. Sin perjuicio de lo anterior, el coste asociado a las reclamaciones judiciales que, junto al tiempo, lo hacen a menudo insoportable para el asegurado, lleva a la normativa de seguros a mencionar otros posibles mecanismos de solución de conflictos como el arbitraje y los departamentos y servicios de reclamaciones de las entidades aseguradoras.

4. NUEVOS HORIZONTES PARA LA MEDIACIÓN: LA PROPUESTA DE DIRECTIVA DE MEDIACIÓN DE SEGUROS Y SU IMPACTO EN EL MERCADO ESPAÑOL

El pasado 3 de Julio de 2012 se publicaron las propuestas de Directiva sobre mediación en los

seguros (IMD II) y de Reglamento relativo a la información en los productos preempaquetados de inversión minorista (Reglamento PRIIPs). Estas propuestas se encuadran, asimismo, dentro de la iniciativa más amplia de la Comisión Europea de armonizar las prácticas de venta de todos los productos de inversión, empleando, el mismo enfoque que las propuestas de revisión de la Directiva 2009/65/CE sobre los organismos de inversión colectiva en valores mobiliarios (UCITS V), que fue publicada en la misma fecha; y de la Directiva 2004/39/CE relativa a los mercados de instrumentos financieros (MiFID II), cuya elaboración está mucho más avanzada y de cuyos principios han bebido estas nuevas propuestas.

En lo que a España respecta, la aprobación de la Directiva sobre mediación en los seguros, IMD II, en las líneas en las que ha sido propuesta tendría un impacto muy significativo en la actual configuración de la mediación de seguros, afectando tanto a mediadores, aseguradoras, como a otros operadores que pasarían a prestar servicios considerados ahora de mediación.

IMD II, es algo más que una Directiva de mediación de seguros, ya que viene a regular a todos los intervinientes en la distribución de seguros en sentido amplio, así como a operadores de la fase de posventa. Uno de los principales objetivos que persigue la propuesta IMD II es incrementar los mecanismos de protección del consumidor en línea con la normativa MiFID y con la intención de evitar que se produzcan situaciones de malas prácticas en la comercialización de productos financieros como, por ejemplo, las que se han puesto de manifiesto en el contexto de la actual crisis financiera.

Desde la perspectiva española, no sería apropiado equiparar la situación del sector asegurador con la del sector financiero, afectado por el escándalo de las participaciones preferentes. Si bien la situación no es la misma en todos los Estados de la UE, nos encontramos, curiosamente, con que algunos de los países en los que han surgido los mayores escándalos en relación con comercializaciones inapropiadas de seguros aplicaban ya la normativa MiFID a la venta de segu-



ros, lo que también pone de manifiesto que estas normas no tienen por qué ser la panacea que solucione eventuales malas prácticas de comercialización.

Asimismo, la aplicación de principios MiFID al ámbito asegurador no es una aplicación obvia que se pueda hacer de manera automática, ya que habría que tener en cuenta las particularidades del mercado asegurador y de sus productos.

En cuanto al ámbito de aplicación de IMD II y dado su carácter omnicompreensivo, entendemos que va a producirse una «absorción» de distintas figuras que participan, de una u otra manera en la distribución de seguros y que no son actualmente mediadores, hacia la mediación. Nos estamos refiriendo, por ejemplo, al hecho de que al reducir el ámbito de las exclusiones determinadas entidades deban convertirse en Mediador de Carácter Auxiliar o reducir su ámbito de actuación; o a que se pudiera plantear la necesidad de suprimir o, al menos, reconfigurar la figura del auxiliar-asesor, cuando además la actividad de asesoramiento se incluye expresamente en IMDII como actividad de mediación, y se les podría dar fácilmente encaje dentro de la nueva concepción de intermediario de seguros ligado. Por otra parte, muchos de los comparadores pudieran tener que convertirse en mediadores. Esa tendencia puede hacer, igualmente, que otras figuras que actualmente tienen un tratamiento particular, como es, por ejemplo, el caso de las agencias de suscripción, se les pudiera llegar a exigir también convertirse en mediadores. De confirmarse este efecto habría que analizar cuidadosamente, así como concretar, en su caso, los principios de un trato proporcional que recoge IMD II para alguna de estas figuras. Entendemos que este fenómeno de «absorción» hacia la mediación no debería afectar a la figura del mero auxiliar externo (no asesor), figura ampliamente extendida en la práctica y cuyos límites de actuación han quedado claramente definidos por la DGSFP.

Creemos acertado que se trate de aclarar la situación de los comparadores, aunque no deja de resultar paradójico que un tema tan relevante

en la práctica se mencione tan solo en la exposición de motivos y con poca precisión técnico jurídica.

La introducción de las compañías de seguro directo, de los gestores de siniestro a título profesional y de los peritos dentro del ámbito de IMD II suponen modificaciones muy relevantes en el actual régimen de mediación español que derivan, como se ha señalado, de una concepción de IMD II que va mucho más allá de la concepción actual de la mediación.

Creemos que deben ser bienvenidas las novedades introducidas en relación con libertad de establecimiento y la libre prestación de servicios (entre otras, la reducción de plazos para ejercitar el comúnmente denominado «pasaporte» comunitario), ya que sirven para conseguir uno de los objetivos marcados por IMD II, que es simplificar y aproximar el procedimiento de acceso transfronterizo a los mercados de seguros de la UE. Sin embargo, si se quiere realmente seguir avanzando en la consecución de este objetivo, entendemos que debería aprovecharse IMD II para regular también otras cuestiones muy relevantes en la práctica. En aras de la seguridad jurídica y de favorecer el acceso transfronterizo a los mercados de seguros en la UE, hace falta regular a nivel europeo con mayor claridad los criterios de conexión en materia de servicios transfronterizos de mediación.

El tema de la remuneración es uno de los verdaderos «caballos de batalla» de IMD II y ha desatado la crítica general de las entidades afectadas por estas medidas (tanto mediadores –excepto aquellos a los que se le aplique procedimiento de registro simplificado– como compañías de directo). Se argumenta, entre otras cuestiones, que su introducción no está suficientemente justificada y que estas obligaciones de información no van a traer necesariamente aparejada una mejor gestión de los conflictos de intereses y una mayor protección de los consumidores, especialmente en productos «comoditizados».

Es difícil adelantar con exactitud cómo será incorporada a nuestro Derecho la posibilidad de realizar ventas no asesoradas a las que se refiere



expresamente IMD II para todo tipo de productos (incluidos los productos de inversión), ya que dependerá de la opción de política legislativa que finalmente se tome sobre un tema tan relevante como el del asesoramiento. El concepto de ventas no asesoradas lleva a replantearse qué debe entenderse por asesoramiento con carácter general y el ámbito de este en relación con los distintos tipos de mediadores y de productos.

Si en la versión final de MiFID II no se prohibieran las ventas vinculadas, IMD II no debería contener dicha prohibición y lo razonable parecería volver a los términos en que estas ventas se regulan en MiFID II, acotando además el contenido de la obligación de información teniendo en cuenta las particularidades del mercado asegurador. Sin embargo, si finalmente se decidiera ir más allá de una mera obligación de información, esta cuestión debería ser objeto de un análisis detallado en el que se explicitaran aquellos supuestos concretos que se consideran prohibidos y no una prohibición genérica de ventas vinculadas, que podría plantear importantes problemas en la práctica aseguradora donde ciertos seguros se comercializan con determinados servicios para hacerlos más atractivos.

Respecto a los requisitos adicionales en relación con los productos de seguro de inversión destacar que la definición de productos de inversión prevista en el Reglamento PRIIPs (que al mismo tiempo es la que se utiliza a efectos de IMD II) es muy amplia, incluyendo no sólo a los *unit-linked* sino también a los productos de vida ahorro con las implicaciones que traerá aparejada en la comercialización de estos últimos. De ahí que las empresas aseguradoras estén interesadas en limitar esta definición para que se excluya a los productos de vida ahorro y se aplique exclusivamente a productos considerados equivalentes (los *unit-linked*). Adicionalmente, destacar que esta definición podría generar cierta incertidumbre sobre los productos a los que en concreto será aplicable ya que, debido al grado de flexibilidad a la hora de estructurar distintos productos, las líneas divisorias entre las diversas categorías no quedan perfectamente definidas.

La aplicación de la filosofía MiFID al ámbito de IMD II va a exigir que se elabore numerosa documentación y que se pongan en marcha procesos y utilicen diversos instrumentos, como son, entre otros, las políticas de conflicto de intereses; los procesos de aprobación de productos en los que se valorará su compatibilidad con las necesidades del cliente; cuestionarios o tests de idoneidad; y, por aplicación del Reglamento PRIIPs, también será necesario el documento KID. Adicionalmente, también resultará necesario que los operadores establezcan sistemas y mecanismos de control interno adecuados y se proporcione la adecuada formación a los integrantes de la red comercial, para dar cumplimiento a dichos requisitos adicionales. A la luz de los numerosos requisitos introducidos, y teniendo en cuenta la experiencia MiFID en el ámbito financiero, podría ser conveniente que la DGSFP, sin perjuicio de lo que se establezca a nivel comunitario por medidas de nivel 2, elaborara, de la misma forma que ha hecho la CNMV, en relación con los productos financieros, las correspondientes guías detalladas mediante las que se orientara sobre el correcto modo de cumplir con los nuevos requisitos; y

IMD II introduce como se ha ido analizando a lo largo de este trabajo muchas otras cuestiones que deberán ser incorporadas al Derecho español, tales como, por ejemplo, la exigencia de formación continua para todos los mediadores, el uso de sitios web para dar cumplimiento a los requisitos de información, la creación de la figura del cliente profesional, el incremento de las cuantías de las sanciones o la inclusión de un régimen simplificado de registro.

Finalmente, destacar que, como en todo proceso legislativo, estamos ante un proceso vivo y cambiante, con la particularidad en este caso de que afecta a varias propuestas legislativas de distintos ámbitos que avanzan a distinta velocidad y que deben acompañar sus modificaciones, por lo que un análisis de IMD II requiere no sólo tener en cuenta las discusiones que sobre esta propuesta se están realizando, sino, como hemos tratado de hacer en este trabajo, al mismo tiempo un análisis de cómo está avanzando MiFID II, el



Reglamento PRIPs y UCITS V. Sin embargo, el hecho de que cada propuesta legislativa se moverá a distintas velocidades de tramitación en el Parlamento Europeo y en el Consejo, podría suponer que acaben siendo desarrolladas de distintas formas. A ello contribuye también que EIOPA realizará propuestas a la Comisión para actos delegados en relación con IMD II, mientras que otro organismo, ESMA, hará lo propio para MiFID II y UCITS V. Por ello, todo parece indicar que, frente al empeño de la Comisión, existe un riesgo de que al final no exista un único enfoque para los consumidores en los distintos ámbitos del sector financiero en un sentido amplio.

5. LA IGUALDAD UNA EXIGENCIA PARA EL SEGURO: PROBLEMAS DERIVADOS DE LAS TARIFAS UNISEX

El 1 de marzo de 2011 el Tribunal de Justicia de la Unión Europea dictaminó que la diferenciación en precios y en prestaciones dependiendo del género es discriminatoria y por lo tanto no puede continuar utilizándose la tarificación diferenciada por sexo en los seguros en los nuevos contratos. La fecha límite para el cambio de las compañías aseguradoras a que todos sus productos sean a *tarifas unisex* es el 21 de diciembre del 2012. Desde esta fecha, los requisitos del artículo 5.1 de la Directiva de 2004 sobre *igualdad de trato en el acceso a bienes y servicios y su suministro*, deben aplicarse a los seguros. La Comisión Europea adoptó en enero de 2012 unas directrices (Comunicación de la Comisión sobre la aplicación de la Directiva 2004/113 a la luz de la sentencia *Test Achats*, (DOUE, de 13 de enero 2012), para ayudar al sector a la implementación del requerimiento de tarificación unisex..

La decisión tomada en 2011 relativa a eliminar las diferencias de precios se tomó aún sabiendo de la evidencia estadística que verifica, por ejemplo, que en todos los países del mundo las mujeres tienen una longevidad mayor a la de los hombres y por lo tanto tienen tasas anuales de mortalidad menores hasta bien entrada la vejez. Tampoco se tuvo en cuenta lo que se verifica en

los países desarrollados; que los hombres jóvenes presentan mayor cantidad de siniestros en el seguro de automóviles y que los hombres presentan mayores tasas de invalidez que las mujeres. Como se ha puesto de manifiesto en muchos de los casos analizados, excepto para el caso de la longevidad sobre el que existen numerosas teorías, la mayoría de diferencias se pueden explicar por comportamientos distintos que caracterizan a hombres y mujeres respectivamente. Dichos hábitos y estilos distintos han sido evidenciados en numerosos estudios científicos, en todo el mundo.

En el ámbito de lo seguros, la tarificación unisex afecta muy directamente a los seguros de vida donde es muy difícil introducir factores explicativos basados en el comportamiento y, por lo tanto, la eliminación del sexo en la tarificación va a constituir un cambio fundamental. Las dificultades y consecuencias de la implementación de la tarificación unisex en los seguros de vida se dan, de forma muy paralela, en otros ramos que cubren riesgos personales como son los que incluyen rentas vitalicias y los seguros de salud.

La implementación de la normativa plantea la posibilidad de un incremento generalizado de primas. De todos modos, en el plano individual, se verán afectadas las mujeres en el pago de primas de seguros de vida, porque la no discriminación conducirá a una equiparación a los hombres y, por lo tanto a un aumento de los precios respecto al pasado. Los hombres, por su parte, se verán muy afectados en los cálculos derivados de productos que planteen la percepción de una renta vitalicia en la jubilación. En todos los casos, la composición de la cartera de la entidad puede acabar dictando la tarifa final. Por esa razón, a partir de la entrada en vigor de la Directiva sobre no discriminación de sexos en los seguros, cobra una importancia muy singular la proporción diferencial entre hombres y mujeres a los que la entidad aseguradora ha proporcionado un contrato de cobertura.

En los seguros no-vida, de los cuales el de automóvil es el más extendido por su obligatoriedad, como consecuencia de la nueva normati-



va tampoco se permiten tarifas diferentes por sexos. En este sentido, las mujeres obtienen un precio por el seguro de automóvil superior al que se les aplicaría si no estuviera implementada la nueva normativa de no discriminación.

Tras la entrada en vigor de la norma, las aseguradoras tienen que ajustar el precio de los contratos en función de su composición. Los hombres deberían obtener bonificaciones respecto a su punto de partida, en una forma proporcional a la composición de su cartera y a los descuentos que se hubieran aplicado a las mujeres y que dejan de aplicarse.

Sin embargo, es posible que en la práctica dichos ajustes de precios no se estén produciendo de inmediato, por lo que previsiblemente se experimentará un cambio generalizado de tarifas, lo que implica un cierto riesgo a que se dé un incremento de los precios medios del seguro de automóviles en 2013. En determinadas circunstancias dependiendo sobre todo del enfoque que se dé en los medios de comunicación y de la percepción social que se produzca, es altamente peligroso el fenómeno comercial que pueda desencadenarse y que podría conducir al ramo de automóviles a una nueva e intensa guerra comercial de consecuencias imprevisibles si no se impiden los desequilibrios técnicos.

Por todo ello, el ramo de automóviles es en principio y a corto plazo el potencialmente más vulnerable a las consecuencias de la implementación de la Directiva por la facilidad de cambio de entidad (rotaciones altas) y el hecho de que incluso antes de la implementación ya exista un comportamiento del sector muy generalizado en el que el ganar cuota de mercado sin atender el riesgo constituye una prioridad. En el entorno actual, cargado de sensibilidad por la gestión de riesgos que exige *Solvencia II*, parece razonable que no haya ninguna entidad que no perciba como una amenaza el hecho de ganar cuota de mercado de forma agresiva, aunque se esté reconociendo que ganar cuota de mercado suele ser lo deseable.

A largo plazo, sin embargo, la no discriminación por sexos en la tarificación de los seguros de

vida es la que puede provocar más complicaciones al sector. La principal recomendación es desvincular completamente la gestión de riesgos y cálculo de provisiones de la tarificación. Para los primeros la diferenciación por sexos no está vetada y, por lo tanto, la medición del riesgo debe efectuarse utilizando la tabla de mortalidad de cada sexo por separado. Por ello, el uso extendido de una tabla de mortalidad unisex, construida como combinación lineal entre la tabla de mortalidad masculina y femenina, puede ser útil para tarificar pero no debe sustituir a las tablas y proyecciones que se efectúan separando ambos colectivos.

6. RÉGIMEN FISCAL DE LAS APORTACIONES REALIZADAS A LAS MUTUALIDADES DE PREVISIÓN SOCIAL: SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTAS DE FUTURO

Las cantidades abonadas a mutualidades de previsión social por profesionales no integrados en la Seguridad Social únicamente reducirán la base imponible del IRPF en la parte dedicada a la cobertura de las mismas contingencias que los planes de pensiones, esto es, las previstas en el art. 8.6 de la Ley reguladora de Planes y Fondos de Pensiones. Para ello será necesario, además, que tales cantidades no hubieran tenido la consideración de gasto deducible para hallar los rendimientos netos de la actividad económica, en los términos establecidos por la regla 1ª del art. 30.2 de la Ley del IRPF.

Como es sabido este art. 30.2 de la Ley del IRPF contiene un conjunto de reglas especiales destinadas a la determinación del rendimiento neto de las actividades económicas en el régimen de estimación directa. Señala concretamente la regla primera del citado precepto que no tendrán la consideración de gasto deducible los conceptos a que se refiere el art. 14.3 del RDLeg. 4/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Impuesto sobre Sociedades, ni las aportaciones a mutualidades de previsión social del propio empresario o pro-



fesional, sin perjuicio de lo previsto en el art. 51 de la Ley 35/2006. Ahora bien, precisa a continuación dicho art. 30.2 de la LIRPF en su regla primera que *«No obstante, tendrán la consideración de gasto deducible las cantidades abonadas en virtud de contratos de seguro, concertados con mutualidades de previsión social por profesionales no integrados en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos, cuando, a efectos de dar cumplimiento a la obligación prevista en la disposición adicional decimoquinta de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de ordenación y supervisión de los seguros privados, actúen como alternativas al régimen especial de la Seguridad Social mencionado, en la parte que tenga por objeto la cobertura de contingencias atendidas por la Seguridad Social, con el límite de 4.500 euros anuales»*.

Los profesionales no integrados en alguno de los regímenes de la Seguridad Social pueden considerar como gasto deducible de sus rendimientos íntegros de actividad profesional aquellas cantidades que destinen a la mutualidad de previsión social, si bien con un límite de 4.500 euros anuales, y siempre y cuando dichas cantidades se destinen a cubrir las mismas contingencias que la Seguridad Social. En cambio, los profesionales integrados en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos pueden considerar gasto deducible todas las cotizaciones efectuadas a este régimen especial de la Seguridad Social. Resultan en consecuencia mejor tratados fiscalmente los profesionales integrados en el Régimen Especial de Trabajadores por cuenta Propia o Autónomos que aquellos otros pertenecientes a Mutualidades de Previsión Social Alternativas a la Seguridad Social.

¿Es esta diferencia de trato discriminatoria? Desde nuestro punto de vista no, dado que estos profesionales integrados en las mutualidades de previsión social alternativas a la Seguridad Social han elegido esta opción en lugar de integrarse en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos de la Seguridad Social.

Un segundo grupo de aportaciones al que alude el art. 51.2.a) de la LIRPF es el integrado por las cantidades abonadas a mutualidades de

previsión social por profesionales o empleados individuales pertenecientes a cualquiera de los regímenes de la Seguridad Social. Estas cantidades únicamente reducirán la base imponible en la parte destinada a la cobertura de las mismas contingencias que los planes de pensiones, es decir, las previstas en el ya citado art. 8.6 del TRLRFPF. Finalmente se refiere el art. 51.2.a) de la LIRPF a las cantidades abonadas a mutualidades de previsión social por trabajadores por cuenta ajena.

Pues bien las cantidades aportadas a los seguros concertados con mutualidades de previsión social por profesionales no integrados en alguno de los regímenes de la Seguridad Social, por profesionales integrados en cualquiera de los regímenes de la Seguridad Social o por trabajadores por cuenta ajena, siempre que se cumplan las exigencias previstas en cada uno de estos casos, únicamente darán derecho a reducir la base imponible si dichos contratos de seguro cumplen los restantes requisitos previstos por el número 3º del art. 51.2.a).3º de la LIRPF.

De este modo será necesario, en primer lugar, que las aportaciones anuales máximas a tales contratos, incluyendo en su caso aquellas que hubiesen sido imputadas por los promotores, no puedan rebasar las cantidades previstas en el art. 5.3 del RDLeg. 1/2002. En segundo término, los derechos consolidados de los mutualistas sólo podrán hacerse efectivos en los supuestos previstos para los planes de pensiones por el art. 8.8 del citado Texto Refundido, de manera tal que si se dispusiere total o parcialmente de tales derechos consolidados en supuestos distintos, el contribuyente habría de reponer las reducciones en la base imponible indebidamente practicadas, efectuando las correspondientes declaraciones-liquidaciones complementarias con inclusión de los intereses de demora.

Finalmente, las prestaciones deberán tributar en su integridad, sin que en ningún caso puedan minorarse en las cuantías correspondientes a los excesos de las contribuciones sobre los límites de reducción en la base imponible.

Como límite máximo conjunto para las reducciones previstas en los apartados 1, 2, 3, 4



y 5 del art. 51 de la Ley, se aplicará la menor de las cantidades siguientes: el 30 por 100 de la suma de los rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas percibidos individualmente en el ejercicio, porcentaje que se eleva no obstante al 50 por 100 para contribuyentes mayores de 50 años; y 10.000 euros anuales, si bien tratándose de contribuyentes mayores de 50 años, la cuantía anterior sería de 12.500 euros. Añade además el apartado segundo del citado precepto que «*Los partícipes, mutualistas o asegurados que hubieran efectuado aportaciones a los sistemas de previsión social a que se refiere el artículo 51 de esta Ley, podrán reducir en los cinco ejercicios siguientes las cantidades aportadas incluyendo, en su caso, las aportaciones del promotor o las realizadas por la empresa que les hubiesen sido imputadas, que no hubieran podido ser objeto de reducción en la base imponible por insuficiencia de la misma o por aplicación del límite porcentual establecido en el apartado 1 anterior. Esta regla no resultará de aplicación a las aportaciones y contribuciones que excedan de los límites máximos previstos en el apartado 6 del artículo 51*».

¿Tiene sentido proceder a establecer un límite máximo conjunto a la reducción de la base imponible por las aportaciones efectuadas a mutualidades de previsión social y a planes de pensiones? En nuestra opinión así es. Coincidimos en este sentido con SANZ GADEA («Fondos de Pensiones», *Revista de Contabilidad y Tributación*, núm. 73, 1989, pág. 28) cuando afirma que «*no puede resultar de mejor derecho quien está adscrito a todos los sistemas descritos que quien haya concentrado sus esfuerzos en uno de ellos*».

No obstante una posibilidad susceptible de ser adoptada a este respecto de cara al futuro sería que los límites financieros máximos de aportación a sistemas de previsión social y los límites fiscales máximos de reducción en la base imponible del IRPF del contribuyente se apliquen de forma separada –y no de forma conjunta, como sucede en la actualidad– a las aportaciones individuales de los contribuyentes y a las contribuciones empresariales realizadas por las empresas a favor de los mismos.

III. RETOS Y OPORTUNIDADES EN LA COYUNTURA ECONÓMICA ACTUAL

7. ESTRATEGIAS INNOVADORAS EN TIEMPOS DE CRISIS

Tal y como hemos destacado anteriormente, pese a su resistencia el mercado asegurador experimenta actualmente un decrecimiento en el volumen de primas. En este contexto especialmente complicado, las compañías compiten entre ellas para ganar cuota de mercado. Las estrategias a seguir pasan por atraer a los asegurados de la competencia al tiempo que se intenta retener y fidelizar a los buenos asegurados en cartera, e incluso ofrecerles la posibilidad de contratar nuevos productos a precios atractivos. Todas estas iniciativas tienen igualmente un coste para la compañía, de modo que ha de conseguir que los recursos empleados a tal fin queden compensados por los beneficios que de ellos se derivan.

7.1. Fidelizar al cliente

Para orientar la toma de decisiones en este sentido, resulta fundamental conocer qué razones llevan a los asegurados a cambiar de compañía, de modo que se pueda incidir sobre las decisiones de cancelación. Del mismo modo, tener una aproximación a la probabilidad de cancelación de cada contrato en cartera resulta igualmente una información muy valiosa. También debe tenerse en cuenta que sólo resultará rentable retener a un asegurado con una baja siniestralidad que esté generando beneficios para la compañía, con lo cual conocer el valor de ese asegurado como cliente, también resulta fundamental. Por último, la compañía sólo ofrecerá un nuevo producto a un asegurado en cartera si espera que vaya a tener una baja siniestralidad en ese nuevo producto, de modo que le genere un beneficio con ello.

Las condiciones económicas actuales sitúan a la compañía en un entorno cada vez más competitivo, en el que las compañías han de hacer un esfuerzo por retener a sus asegurados al tiempo



que intentan captar a los de la competencia. Cada vez es más necesario conocer las razones por las que los asegurados deciden cancelar sus pólizas y suscribirlas con otro asegurador. Para ello, es fundamental considerar todos los aspectos que tengan que ver con la relación entre el asegurado y la compañía así como las iniciativas llevadas a cabo por la competencia. Entre ellos podemos mencionar la gestión de los siniestros, la actualización de las tarifas aplicadas cada anualidad al asegurado o las campañas de captación llevadas a cabo por las compañías competidoras, entre otros.

En concreto, si el asegurado percibe que la gestión y compensación de un siniestro no es satisfactoria, mucho más si esto ocurre tras años en la compañía sin declarar ninguno, puede decidir cancelar su póliza, e incluso alguna otra póliza que tuviera suscrita con dicho asegurador. Del mismo modo, el asegurado siempre será muy sensible ante incrementos en su tarifa, sea cual sea la razón de tal incremento, ante lo cual la compañía podrá llevar a cabo alguna estrategia de fidelización ante la posibilidad de perder a dicho asegurado, si es que desea retenerlo.

En cualquier caso, siempre que se produjera una cancelación, la compañía debería intentar averiguar y registrar la causa de ésta. La recopilación de dicha información es valiosísima para la compañía de cara a conocer por qué se producen estas cancelaciones e intentar evitarlas en un futuro.

Además de recopilar y analizar las causas por las que se producen las cancelaciones, es necesario tener una visión integral del asegurado y de su relación con la compañía. Frecuentemente, un asegurado tiene varias pólizas de distinto tipo en una misma compañía. En tal caso, los acontecimientos que afecten a una de ellas, en caso de tener efectos negativos, pueden propagarse al resto de contratos y desencadenar una cancelación total con la consiguiente pérdida del cliente. Tener una visión integral significa mirar al cliente considerando todos los contratos que tiene suscritos con el asegurador. Este enfoque ha llegado a motivar el concepto de la tarificación

multiproducto, en la que se ofrecería un precio especial al asegurado que tuviera determinadas pólizas en la compañía de seguros (por ejemplo, hogar, automóvil y vida) con un doble efecto. Por un lado, se consigue atraer al asegurado en distintas líneas de negocio, aumentando el número y tipo de pólizas contratadas. En segundo lugar, la determinación de dicha tarifa debe tener en cuenta simultáneamente la siniestralidad en todas las pólizas contratadas, evitando así que el asegurado pueda sentirse excesivamente penalizado por un siniestro acontecido en uno de los ramos si carece de siniestros en los demás. De ese modo, se consigue una tarificación más ajustada al riesgo integral de ese cliente, que así es percibida por él.

Bajo este enfoque, la unidad de estudio sería el asegurado con todas sus pólizas. No obstante, a veces un determinado hogar tiene distintas pólizas contratadas con una misma compañía pero suscritas por diferentes miembros de la unidad familiar. En estos casos, es habitual que los miembros de esta unidad familiar tomen decisiones conjuntamente respecto a la cobertura de sus riesgos comunes, de modo que los acontecimientos que afecten a una de sus pólizas pueden afectar igualmente las decisiones que el hogar tome en relación con el resto de contratos, estén o no suscritos por un mismo asegurado. Esto justifica un segundo enfoque, consistente en considerar el hogar como unidad de estudio.

Considerar el hogar (con todos sus miembros) y no el asegurado individual como unidad de estudio conlleva una serie de dificultades. En primer lugar, la compañía de seguros ha de poder identificar a estos hogares, lo cual no siempre es tarea fácil. En segundo lugar, ha de integrar todos los contratos suscritos por dicho hogar como pertenecientes a una misma unidad y ser capaz de analizar las decisiones de cancelación que afecten a la totalidad de pólizas suscritas. No obstante, consideramos que éste es el enfoque que mejor puede llevar a la compañía a entender y explicar las cancelaciones registradas y las causas que las han motivado.

Al margen de conocer las causas por las que se producen las cancelaciones, la compañía puede



estimar la probabilidad de cancelación de sus pólizas, lo cual ha sido también abordado en distintos estudios. En estos casos, lo habitual es la utilización de modelos de regresión *logit* o *probit*. Estos modelos predicen la probabilidad de cancelación en función de las características de las pólizas y de los asegurados. Resulta importantísimo seleccionar correctamente las variables explicativas que se van a utilizar en este tipo de modelos. Además, las técnicas estadísticas actuales no sólo permiten estimar la probabilidad o riesgo de cancelación sino también en qué momento es más probable que ésta se produzca. De este modo, el asegurador además de tener identificados a los asegurados con mayor probabilidad de cancelación también tiene una aproximación del tiempo de reacción del que dispone para intentar retenerlos.

En definitiva, las técnicas estadísticas proporcionan hoy en día a las entidades múltiples herramientas para el estudio y control de la caída de cartera. Además en el contexto económico actual resulta especialmente importante llevar a cabo acciones dirigidas a fidelizar y mantener en cartera a aquellos asegurados que generan beneficio para la compañía. Por todo ello, nuestra recomendación en este sentido es la implementación en las entidades de sistemas de control como los descritos con el empleo de las técnicas estadísticas adecuadas.

7.2. Venta cruzada en el sector asegurador

Desde hace tiempo, la venta cruzada se perfila como una de las oportunidades que tienen las compañías para ganar cuota de mercado, si bien es un terreno en el que todavía hay mucho camino por avanzar. Además, la utilización de la venta cruzada como herramienta de marketing resulta crucial porque diversos estudios corroboran que a medida que el cliente contrata más servicios con una misma entidad se incrementan para éste los costes en los que incurre en caso de decidir cambiar a otra entidad, por lo que aumenta su fidelidad. Además, la venta cruzada permite a la entidad conocer mejor las prefe-

rencias de los clientes y disponer de más información que puede utilizarse para predecir su comportamiento.

En concreto, en el ámbito asegurador, como también ocurre en el financiero, el cliente tiene una relación a largo plazo con la entidad, y ésta recopila información sobre sus características demográficas, sociológicas y su historial en la entidad, que es habitualmente registrado en bases de datos. Toda esta información puede y debe ser utilizada para seleccionar a los clientes a los que ofrecer nuevos productos. Este tipo de campañas suponen un gasto para la compañía que sólo resulta rentable si decide contratar el nuevo producto y además, en el caso de tratarse de una póliza de seguros, si su siniestralidad en el nuevo producto es baja.

En definitiva, la venta cruzada se perfila hoy en día como una de las oportunidades que tienen las compañías para aumentar su cuota de mercado. Nuestra recomendación en este sentido sería la implementación de sistemas que ayuden a decidir qué productos ofrecer a cada cliente. Esto garantizará que la venta cruzada y los recursos destinados a ella tendrán al final un efecto positivo en las cuentas de la compañía.

7.3. El valor del cliente

Conocer el valor del asegurado es crucial para la compañía en el contexto actual. Éste se define como el valor actual de los futuros beneficios que se espera que dicho cliente genere en un determinado horizonte temporal. Habitualmente, se distingue además entre el que se denomina *valor realizado* y *valor potencial* del cliente. El primero de ellos es una medida de los beneficios que un determinado cliente ha generado para la compañía aseguradora hasta el momento actual. El segundo de ellos, se refiere al valor que proporcionaría dicho cliente si se comportara de manera ideal, es decir, si comprara todos sus productos aseguradores en la misma compañía aseguradora de referencia. Por lo tanto, a priori diríamos que resulta difícil para el asegurador medir el valor potencial dado que normalmente sólo tendrá conocimiento de aquellos



productos aseguradores que en ese momento tenga contratados en su compañía.

7.4. La retención de asegurados exige innovación comercial

Como hemos señalado, en el contexto actual, conseguir retener al asegurado o incluso que suscriba nuevos productos en la compañía implica en muchos casos emprender acciones comerciales que suponen un coste para la entidad. Por este motivo resulta necesario decidir correctamente a qué asegurados ha de dirigir esa acción comercial. En un primer momento, podemos pensar en que tendría que dirigirse a quienes tengan una mayor probabilidad de cancelar sus pólizas y un elevado valor para la compañía. No obstante, habrá asegurados que no se verán influenciados por dicha acción comercial pudiendo decidir igualmente cancelar sus pólizas, lo cual supone una pérdida de recursos para la entidad. Por ello, la compañía ha de dirigirse a aquellos asegurados que previsiblemente respondan mejor a dicha acción comercial.

Medir o anticipar la respuesta del cliente ante una campaña de fidelización no es fácil. Implica tener en cuenta la actitud del asegurado antes y después de dicha acción comercial. Las técnicas estadísticas disponibles en la actualidad nos hacen plantearnos dos alternativas para dar respuesta a estas preguntas. Por una parte, podemos predecir la probabilidad de retención antes y después de la acción comercial en función del perfil del asegurado y posteriormente sustraer ambos resultados. De algún modo, bajo este enfoque realizamos un ajuste indirecto de lo que queremos medir, el incremento de probabilidad. El segundo enfoque consistiría en predecir directamente el incremento en dicha probabilidad en función de las características del asegurado. Las evidencias existentes hasta la fecha claramente indican que el planteamiento que proporciona mejores resultados es la modelización directa de la diferencia en las probabilidades, a través de lo que se denomina modelización de la respuesta diferencial (*uplift modelling*).

A la hora de seleccionar las variables explicativas relacionadas con el perfil del asegurado que nos van a ayudar a predecir su respuesta diferencial, hay que tener en cuenta una serie de recomendaciones. Algunas de ellas, que son válidas igualmente para cualquier tipo de modelización, cobran especial importancia en el caso de los modelos de respuesta diferencial. Por una parte, es conveniente incluir sólo las variables estrictamente necesarias para reducir la dimensionalidad y evitar problemas de sobreajuste. Del mismo modo, hay que evitar que exista una elevada correlación entre ellas, dado que en tal caso se presentan importantes dificultades de modelización e incluso de interpretación del modelo.

La utilidad de los modelos de respuesta diferencial está hoy en día fuera de discusión. Diversos estudios así lo demuestran, tanto en el ámbito asegurador como en otras aplicaciones en marketing. Todas estas evidencias, nos llevan a concluir que la utilización de estas técnicas en el ámbito asegurador aporta importantes beneficios a la compañía aseguradora en el contexto actual.

7.5. Innovación en tarificación: el pago por uso

El decrecimiento en el volumen de primas que está experimentando en la actualidad el mercado asegurador es un fenómeno preocupante, que necesita ser afrontado desde el mayor número de ángulos posible. Un cálculo más preciso de la prima a pagar por el asegurado es sin duda una de las acciones que siempre tienen margen para la mejora. Si el asegurado percibe que paga un precio justo por su seguro, la probabilidad de que decida cancelar alguna de sus pólizas o trasladarla a una compañía de la competencia será menor. No hay que olvidar que en la situación actual el asegurado común no puede permitirse pagar más de lo necesario por sus seguros. Este hecho, sumado a que con un clic a través de comparadores de seguros *on-line* tiene a su alcance información sobre los productos de la competencia, hace que su relación contractual con la compañía esté en un equilibrio inestable, que no sólo



requiere de acciones comerciales; es también necesario que el asegurado perciba mejoras reales en el modo en que se calcula qué precio debe pagar.

Así pues, la implementación de mejoras en la tarificación debe ser objeto constante de atención por parte de las aseguradoras. El problema ha sido abordado desde múltiples perspectivas, y numerosos avances han sido llevados a cabo a lo largo del tiempo. Sin embargo, el reto de seguir precisando mejor las primas cuenta en la actualidad con un factor inexistente hace pocas décadas: el avance de las técnicas informáticas, que permite considerar de modo global toda la cartera de asegurados, de modo que sea posible encontrar los factores de riesgo no ya para grupos segmentados a partir de algunas variables, sino incluso a nivel individual y dinámico.

Las técnicas de tarificación se dividen de forma natural en dos grupos, según se disponga o no de información previa sobre el comportamiento del asegurado. Si este se incorpora por primera vez a la compañía, se le aplicará la tarifa correspondiente al grupo de individuos de características similares que ya forman parte de la cartera, y para los que se conoce su riesgo. Esta es la llamada tarificación *a priori*, que en algunos tipos de seguro, como el de automóvil, ya no se aplica de forma tan inmediata, pues es posible conocer algunos aspectos del historial del individuo en la compañía de que procede, como el *bonus-malus* que se le aplicaba.

El segundo grupo de métodos de tarificación son los que parten del historial de siniestros del asegurado en la compañía y le aplican descuentos o recargos en la prima en función de cuáles sean los costes que ha supuesto para ella en los períodos precedentes. Estos sistemas *a posteriori* se conocen también como *bonus-malus* en automóviles y su uso está muy difundido.

Estas técnicas tradicionales siguen siendo el sustrato sobre el que se apoyan las innovaciones, pero cada vez es mayor la posibilidad de realizar un cálculo más ajustado para cada individuo, sin tener que clasificarle en grupos inevitablemente compuestos por individuos heterogéneos en

cuanto a su riesgo. Ello conlleva que aquél que da un uso escaso al vehículo, por ejemplo, perciba que está pagando los costes que corresponden al conductor más asiduo. De este modo, su insatisfacción con la prima que se le aplica puede llevarle a buscar otro seguro más económico, aunque crea que la nueva compañía es menos solvente que la primera, pues se da cuenta de que existe poco riesgo de que sufra un siniestro.

Las técnicas informáticas disponibles en la actualidad, junto con las grandes bases de datos sistematizados sobre el comportamiento de la cartera, abren todo un abanico de posibilidades para lograr una tarificación que pueda ser percibida como más equilibrada por parte de los clientes.

Las compañías de seguros recopilan de forma continua información acerca de sus carteras, en la que se recogen no sólo las características del tomador del seguro, sino también el historial detallado y dinámico de su siniestralidad. Esta información da lugar a enormes bases de datos, cuyo análisis solo es posible a través de potentes sistemas informáticos. Un correcto tratamiento estadístico de estos datos permite determinar los factores de riesgo a tener en cuenta para el cálculo de las primas.

Por tanto, las metodologías utilizadas deben ser capaces de determinar qué variables tienen significación estadística para explicar los fenómenos estudiados; es decir, es necesario identificar de qué factores depende el número de siniestros y el coste de los mismos, así como la siniestralidad entendida como el producto de ambos.

Los sistemas de tarificación tradicionales parten de segmentar la cartera de asegurados en función de ciertas variables, relacionadas fundamentalmente con características del asegurado y del bien a asegurar. En caso de estar disponible, también se tiene en cuenta el historial de siniestralidad. A pesar de ello, con frecuencia los grupos resultantes no son tan homogéneos como sería de desear en cuanto al riesgo que generan y, por tanto, la asignación de una misma prima a todos los individuos que confor-



man el grupo puede romper el principio de equidad.

En el contexto del seguro del automóvil, una mejora que permite individualizar más el producto, adaptándolo mejor al riesgo, es el llamado seguro *Pay As You Drive* (PAYD). El principio que subyace en el seguro PAYD es sencillo: a igualdad en las demás variables, cuanto mayor sea el uso que un asegurado hace del automóvil que asegura, mayor será la prima a pagar. Así, el seguro PAYD surge de considerar el kilometraje, e incluso otras características de la conducción, como el porcentaje de exceso de velocidad sobre los límites permitidos, la franja horaria de conducción o el tipo de vía, a la hora de determinar la prima. Existen diversidad de factores psicofísicos y hábitos al volante que se relacionan directamente con el riesgo que un conductor asume, y que son bien conocidos en el ámbito de la seguridad vial. Sin embargo, no han sido tenidos en cuenta hasta ahora por las compañías aseguradoras para mejorar la tarificación.

Un sistema PAYD eficiente debería ser capaz de controlar el mayor número de variables relacionadas con los hábitos de conducción. En el seguro PAYD una variable esencial para el cálculo de la prima, y que ha sido poco considerada hasta el momento, es la exposición al riesgo. El hecho que genera el riesgo es muy diverso en cuanto a intensidad y frecuencia con que se produce. La Ley del Contrato de Seguros establece que el asegurado deberá pagar una prima justa en función del riesgo que está generando. En un caso extremo, si hubiera ausencia de riesgo, aun estando en vigor la póliza, habría que replantear el cálculo de la prima de forma que esta fuera más equitativa. El principio que subyace es básico, sencillo e intuitivo: cuanto más expuesto al riesgo esté el asegurado, mayor tendrá que ser la prima a pagar.

Sin embargo, la búsqueda de esta proporcionalidad supone hablar de una serie de factores no considerados hasta el momento, al menos de forma generalizada, en el sector asegurador español. Asimismo, se generan consecuencias que van más allá de los cálculos actuariales. Así,

por ejemplo, del mismo modo que los asegurados de bajo riesgo verán reducirse sus primas y se fidelizarán a la compañía, aquellos que son gravosos verán cómo estas se incrementan, de modo que la probabilidad de que abandonen la compañía será mayor. Cada entidad tendrá que valorar hasta qué punto le interesaba mantener en su cartera a estos individuos que cabe esperar que le ocasionen más pérdidas que beneficios.

Al margen de estas consideraciones, otro aspecto de importancia vital para poder plantear un seguro que tenga en cuenta la exposición al riesgo es la cuantificación de esta exposición. Abandonemos momentáneamente el ámbito del automóvil para entender mejor estos conceptos. Por ejemplo, en un seguro de accidentes laborales, ¿cómo puede analizar la compañía la exposición al riesgo? No existen experiencias publicadas a nivel nacional ni internacional que puedan dar una respuesta clara a esta pregunta. Los factores clásicos que se han contemplado hasta el momento están ligados con el tipo de actividad profesional realizada, clasificada en grandes grupos (industria, construcción, etc.), que luego se divide según las características más específicas del trabajo realizado en dicha profesión. Por ejemplo, dentro del terreno de la agricultura, no se considera el mismo riesgo para un trabajador que utilice maquinaria agraria pesada, que para uno que no lo haga. O en la construcción, la altura sobre el suelo a la que deba trabajar habitualmente el obrero introduce un riesgo claramente diferenciado que hay que tener en cuenta.

Por otro lado, los hábitos y conductas del asegurado durante su actividad laboral diaria tienen gran relación con el nivel de riesgo que asume, de modo que pueden ser de gran relevancia a la hora de la tarificación. El problema es que estos factores de comportamiento son con frecuencia difíciles de medir u observar. Las medidas de prevención de riesgos existen por ley, pero la compañía que asegura estos riesgos laborales debería prever en su tarificación sistemas de validación del cumplimiento de esas medidas, que se pasan por alto con frecuencia. De ese modo, podría reducirse el número de indemnizaciones cuantiosas que muchos accidentes laborales sue-



len implicar, por la presencia de daños corporales graves, secuelas, invalidez, etc.

Un modo de abordar este tipo de controles de riesgo en un seguro que tuviera en cuenta la exposición, sería pensar que, puesto que el asegurado espera obtener una reducción en la prima a pagar, debería pedírsele a cambio su consentimiento para que la compañía pueda realizar controles sobre el tipo, intensidad y duración de la actividad realizada, sin que sea necesario el acaecimiento de un siniestro. Así, por ejemplo, la compañía podría llevar a cabo de manera preventiva controles aleatorios durante el período de vigencia de la póliza, que le permitieran validar el seguimiento de determinadas normas de seguridad laboral.

Adicionalmente, el conocimiento del asegurado de que la compañía puede llevar a cabo controles aleatorios en momentos imprevistos, conllevará posiblemente la reducción de la exposición al riesgo de accidente, puesto que las normas de seguridad no se relajarán con tanta facilidad. Cabe esperar acciones por parte del asegurado que acaben revirtiendo en una menor siniestralidad, tales como: un incremento de recursos preventivos propios, la adopción de planes de seguridad vial relacionados con la actividad profesional, o el seguimiento exhaustivo de los índices de siniestralidad laboral, tanto en lo que respecta a partes de accidente de trabajo declarados, como a gravedad de los mismos. No hay que olvidar que la realización de auditorías voluntarias, sin imposición legal, es una de las actuaciones contempladas por el R.D. 404/2010, de 31 de marzo, por el que se regula el establecimiento de un sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral.

En el caso del seguro del automóvil, la medición de la exposición al riesgo pasa por reunir datos sobre las variables antes citadas, que se relacionan con los hábitos y conductas en el uso del vehículo.

A la hora de diseñar e implementar un producto asegurador basado en el uso como es el

PAYD, hay que plantearse algunas cuestiones importantes, a las que habrá que dar respuesta. En primer lugar, es preciso determinar qué variables se desea que intervengan como indicadoras de la exposición al riesgo (kilometraje, velocidad, otros hábitos de conducción, etc.). Todas ellas son variables que permiten perfilar el riesgo de cada individuo. El problema puede derivar de la dificultad para acceder a esa información de modo fiable. También es necesario decidir si estas variables se combinarán o no con las usadas tradicionalmente para segmentar la cartera en grupos de riesgo. Por ejemplo, si se fijara una prima universal por kilómetro recorrido, sin tener en cuenta otras variables relacionadas con el individuo y el vehículo asegurados, no se podría garantizar la suficiencia de las primas ni su equidad. Los asegurados no quedarían bien segmentados en su grupo de riesgo, de modo que podría haber incongruencia entre la siniestralidad esperada y la real. Por tanto, lo aconsejable sería utilizar también las variables tradicionalmente usadas en la tarificación y definir el sistema de modo que los conductores con más exposición al riesgo paguen más por kilómetro recorrido.

En tercer lugar, habrá que ocuparse de cómo medir en la práctica las variables de exposición al riesgo. La variable más sencilla de tener en cuenta es el kilometraje, que puede controlarse a partir del cuentakilómetros o de mecanismos más seguros y sofisticados, como un GPS. El resto de variables podrían conocerse también en caso de instalación de un GPS en el vehículo. Otra opción sería preguntar directamente al asegurado sobre ellas, pero es evidente que las respuestas podrían tener poca fiabilidad. Ya se ha comentado que el GPS instalado de forma voluntaria (a cambio de incentivos) en el vehículo asegurado es hoy en día la mejor opción para conseguir la información necesaria sobre exposición al riesgo y conductas al volante.

Finalmente, otra cuestión a plantear sería qué repercusión debería tener una mayor exposición al riesgo sobre el incremento en la prima. Como ya se ha comentado anteriormente, el kilometraje no es directamente proporcional al



riesgo de siniestro, pues también intervienen otras variables que actúan de modo favorable cuando el uso del vehículo es más frecuente (experiencia del conductor, vías más seguras, vehículos más nuevos).

No existen experiencias en España que ayuden a cuantificar de forma más precisa esta relación entre prima y kilometraje. Del mismo modo, no está cuantificado qué efecto concreto tienen sobre la siniestralidad la franja horaria de conducción o el porcentaje de tiempo que se conduce excediendo los límites de velocidad.

Estos novedosos sistemas de tarificación basados en el uso cubren, entre otros, los siguientes objetivos. Así, desde el punto de vista técnico-actuarial, ofrecen importantes ventajas para las aseguradoras, pues permiten una mejor segmentación del mercado y un aumento de la equidad. Los asegurados también resultan beneficiados, pues las primas son más ajustadas y los sistemas de tarificación más transparentes. Además, el asegurado reduce la intensidad y el grado de utilización del vehículo, y puede mejorar sus hábitos de conducción, para así beneficiarse de un mayor ahorro. Esta menor utilización del vehículo y mejora de las conductas al volante revierte en un descenso de la siniestralidad, de los problemas de congestión del tráfico y del gasto público en mantenimiento de carreteras. También el medio ambiente resulta beneficiado, al reducirse las emisiones. Finalmente, este sistema aumenta la asequibilidad del seguro, de modo que ayuda a reducir el número de vehículos que circulan sin haber contratado una póliza.

8. LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES

La Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social, cuya entrada en vigor se producirá, con carácter general, el 1 de enero de 2013, aunque como suele ser habitual en las reformas de la Seguridad Social, está previsto que su aplicación se haga de forma gradual con la finalidad, entre otras, de suavizar su impacto,

introduce importantes modificaciones que afectan al régimen jurídico de la pensión contributiva de jubilación.

Las reformas más destacables se refieren a las cuestiones siguientes:

- Ampliación de la edad legal de jubilación
- Jubilación anticipada
- Jubilación parcial
- Periodo de cálculo de la base reguladora y cobertura de lagunas
- Porcentaje aplicable a la base reguladora (tasa de sustitución)
- Incentivos por prolongación voluntaria de la vida laboral
- Factor de sostenibilidad

Todas las medidas adoptadas suponen cambios concretos en algún parámetro que interviene en el cálculo de la pensión inicial de jubilación (medidas paramétricas). No obstante, existe una que es cualitativamente distinta a las anteriores: el factor de sostenibilidad. En un sentido amplio, el factor de sostenibilidad se puede definir como cualquier tipo de mecanismo que vincula la revisión automática de algún parámetro del sistema de pensiones a algún factor exógeno al propio sistema, bien sea de tipo demográfico o de tipo económico. Esto supone que, en teoría, la revisión de los parámetros pasaría a ser una cuestión técnica, sin necesidad de alcanzar ningún acuerdo político o social. El objetivo fundamental de este tipo de mecanismos es mantener la proporcionalidad entre las contribuciones al sistema y las prestaciones esperadas del mismo, así como garantizar su sostenibilidad. La Ley 27/2011 no especifica qué parámetro hay que vincular pero sí concreta que la variable exógena es la esperanza de vida. En concreto, la ley establece que partir del año 2027, y con periodicidad quinquenal, los parámetros fundamentales del sistema se revisarán en función de las diferencias entre la evolución de la esperanza de vida a los 67 años de la población en el año en que se efectúe la revisión y la esperanza de vida a los 67 años en el año 2027.

La pronta definición de este factor de sostenibilidad y el adelanto de su aplicación sobre la



fecha prevista sería lo más sensato, de forma que exista un mecanismo claro para modular el ritmo y el alcance de las reformas necesarias si así lo exige la situación financiera. En este mismo sentido, el Consejo Europeo aprobó el 30 de mayo de 2012 una Recomendación sobre el Programa Nacional de Reformas 2012 de España, en el que se insta al gobierno a acelerar la introducción del factor de sostenibilidad. Por otro lado, este tipo de mecanismo es una recomendación preferente en el Libro Blanco sobre pensiones, recientemente publicado por la Comisión Europea. Siguiendo estas recomendaciones, la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera recoge la posibilidad de anticipar en el tiempo la entrada en vigor del factor de sostenibilidad ya que en su artículo 18.3 se dice que «*El gobierno, en caso de proyectar un déficit en el largo plazo del sistema de pensiones, revisará el sistema aplicando de forma automática el factor de sostenibilidad en los términos y condiciones previstos en la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social*». Como consecuencia, existe un compromiso por parte del gobierno de enviar una propuesta de regulación del factor de sostenibilidad a la Comisión Parlamentaria del Pacto de Toledo antes de que acabe 2012.

El efecto del factor de sostenibilidad dependerá de cómo se calcule y a qué parámetro se asocie, pero es evidente que implicará un ahorro para el sistema si se tiene en cuenta que cada década la esperanza de vida a los 67 años aumenta en casi un año. En Europa varios países ya tienen implantado en su sistema de pensiones un factor de sostenibilidad, aunque con diferencias importantes entre ellos. El grado de automatismo y su diseño es diferente en cada caso, pero el objetivo común es incrementar la estabilidad financiera a largo plazo, evitando que en el sistema interfieran objetivos de ámbito más político. La mayoría de ellos han optado, al igual que España, por implantar un factor de sostenibilidad que depende de la esperanza de vida pero el parámetro vinculado a su evolución en unos casos es la edad de jubilación (Dinamarca, Italia, Grecia y Holanda), en otros el número de años

cotizados necesarios para alcanzar el 100% de la pensión (Francia e Italia) y en otros la cuantía de la pensión inicial (Finlandia y Portugal). Algunos países como Alemania, Suecia y Hungría han implantado un factor de sostenibilidad que depende de variables demográficas y económicas y cuya evolución determina la revalorización de las pensiones.

Si bien no cabe duda de que la reforma aprobada en 2011 es la más importante y profunda de todas las que se han llevado a cabo en nuestro sistema de pensiones, también es cierto, como se analiza en el presente Estudio, que ésta es claramente insuficiente pues no resuelve el problema a largo plazo de forma definitiva. Se podría decir que con la reforma se ha dado un paso importante pero no suficiente para conseguir un sistema sostenible. Prueba de ello es que cuando aún no ha entrado en vigor la reforma 2011, el Gobierno ha anunciado que antes de finales de 2012 enviará a la Comisión del Pacto de Toledo una nueva propuesta de reforma del sistema de pensiones. Por todo ello, son muchas las voces que se están alzando para indicar que se tendrá que acometer una reforma de la reforma de 2011. Entre las medidas que se podrían llevar a cabo, algunas de las cuales han sido planteadas de forma reiterada en los últimos meses, están las siguientes:

- Aumentar las penalizaciones por jubilaciones anticipadas e incentivar la prolongación voluntaria de la vida laboral, con el objetivo de acercar la edad efectiva de jubilación a la edad legal.
- Adelantar la entrada en vigor de la jubilación a los 67 años, reduciendo el período transitorio previsto en la Ley 27/2011.
- Incrementar el número de años que se consideran para el cálculo de la Base Reguladora hasta alcanzar toda la vida laboral, como ya se hace en otros países de nuestro entorno.
- Aumentar el período de cotización necesario para percibir el 100% de la pensión.
- Elevar el número de años necesarios para obtener una pensión contributiva de jubilación.



- Modificar los criterios de revalorización de las pensiones, utilizando un indicador distinto al IPC.
- Acercar las pensiones máximas, a través de recortes o congelaciones de los incrementos, y las pensiones mínimas.

Poco tiempo después de que el Gobierno hiciese públicas las medidas de reforma del sistema de pensiones español, comenzaron a aparecer los primeros trabajos para analizar los efectos que tendrían estas medidas sobre su sostenibilidad. Los resultados de las simulaciones muestran que el efecto de estas modificaciones podría suponer un ahorro de alrededor del 40% del aumento del gasto en pensiones sobre el PIB proyectado entre 2009 y 2060, por lo que la reforma supone un paso importante para aliviar los efectos del envejecimiento de la población. En el trabajo publicado por Domínguez et al. (2011) se analiza el impacto de la reforma utilizando diversos indicadores actuariales y concluyen que las medidas adoptadas recorren sólo un 30% del camino hacia la sostenibilidad financiero-actuarial del sistema.

Según la OCDE (2011), la reciente reforma de pensiones va a mejorar significativamente la sostenibilidad financiera a largo plazo del sistema de pensiones español, reduciendo la tasa de reemplazo al 73,9%, frente al 81,2% antes de la reforma, para un trabajador con carrera completa. Además, el gasto en pensiones a largo plazo se reducirá en el equivalente del 3,5% del PIB. La OCDE prevé que el gasto en pensiones en el año 2050 será inferior en España que en países como Francia, Alemania e Italia y se sitúe en cifras muy cercanas a la media de la OCDE.

En cualquier caso, de los análisis realizados se deduce que la Ley 27/2011 va a suponer para el futuro jubilado que su pensión pública cubrirá una parte menor de los ingresos previos a la jubilación y, por tanto, que será necesario un mayor ahorro en la etapa activa para complementar la pensión pública. Una vez esté aplicada de forma completa la reforma de 2011, la cuantía que un cotizante percibirá como pensión es menor que la que obtendría antes de aplicarse la reforma,

manteniendo las mismas condiciones de acceso a la jubilación en cuanto a edad de jubilación y años cotizados. Esta disminución se produce aun cuando se modifiquen las decisiones, no siempre elegibles, de edad de jubilación y de años cotizados. Todo ello conlleva que si el cotizante quiere mantener, durante el período de jubilación, el mismo poder adquisitivo que durante el período activo, tendrá que realizar un mayor esfuerzo de ahorro debido al descenso general de la tasa de sustitución.

9. EL AHORRO INDIVIDUAL TRAS LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES

Actualmente existen en España una multitud de productos financieros susceptibles de utilizarse con la finalidad de ahorro pensión, es decir productos financieros que se pueden destinar para complementar la pensión de jubilación que proporcione la Seguridad Social. En muchas ocasiones, estos productos responden a las necesidades comercializadoras de las entidades financieras y aseguradoras, si bien existen grupos de productos que tienen unas mismas características fiscales. Aparte de la rentabilidad financiera que puedan proporcionar, la fiscalidad se considera como la característica más importante a la hora de elegir cualquier producto de inversión en general y, en particular, a la hora de seleccionar el producto idóneo de ahorro pensión.

La variedad de tratamientos fiscales de las distintas operaciones financieras hacen que no sea fácil su comparación de forma intuitiva. Sin embargo, la matemática financiera utiliza una herramienta que permite incorporar los distintos aspectos fiscales de las operaciones. La mejor forma de compararlos es mediante el cálculo del tanto efectivo de rendimiento financiero-fiscal. Este instrumento se define como el tipo de interés de la ley de capitalización compuesta que hace que sean equivalentes los capitales entregados y recibidos por el inversor, una vez aplicados los impuestos y deducciones correspondientes. Como el resultado de la aplicación de este método es un valor único, su comparación es sencilla:



basta con encontrar el que proporcione el mayor tanto efectivo. Además, para las operaciones de seguros, es algo más complejo calcular su rentabilidad financiero-fiscal, ya que hay que tener en cuenta, las probabilidades de que ocurran las contingencias aseguradas.

Como conclusión de los análisis realizados, se puede afirmar que los Planes de Pensiones son los que ofrecen la mayor rentabilidad de todas las operaciones analizadas. Además este resultado se ha obtenido con tipos impositivos iniciales y finales iguales. Esto significa que si el tipo impositivo final (tipo al que se tributa) fuese menor que el inicial (tipo al que se deduce la aportación), la rentabilidad aún sería más elevada. También hay que destacar que la rentabilidad es más elevada en el caso de cobrarlo como Renta Financiera que como Renta Vitalicia, lo cual no tiene mucho sentido si, como se ha apuntado anteriormente, la finalidad de la contratación de estos productos es la de complementar la pensión de jubilación de la Seguridad Social, que tiene carácter vitalicio. El hecho de que la renta financiera se haya calculado con un plazo coincidente con la esperanza de vida, no deja de implicar un riesgo de longevidad, al poder sobrevivir el inversor a la edad considerada para los cálculos. También conviene apuntar que la rentabilidad para el caso de cobro en forma de Renta Financiera es creciente con la edad, mientras que ocurre lo contrario para el cobro como Renta Vitalicia, alcanzando en el caso límite una rentabilidad financiero-fiscal igual a la rentabilidad financiera.

La siguiente operación con mejor rentabilidad financiero-fiscal es el Plan Individual de Ahorro Sistemático (PIAS), excepto cuando la edad del inversor está cerca de los 65 años (considerada como edad de jubilación), ya que, como se ha comentado anteriormente, perdería la ventaja fiscal al no mediar 10 o más años entre la fecha de comienzo de la operación y la fecha de cobro de la renta. De todas maneras, la rentabilidad financiero-fiscal de los PIAS siempre está por debajo de la rentabilidad financiera ya que no existe deducción por la aportación. Además, la rentabilidad va disminuyendo conforme aumenta la edad del inversor.

La tercera mejor opción sería la operación financiera pura, si bien está alejada de la rentabilidad financiera y con un descenso importante a medida que aumenta la edad inicial del inversor. Conviene apuntar que aquí no hay peaje fiscal, porque estamos entendiendo que la propia operación permite los reembolsos. Igual que en el caso de los planes de pensiones con cobro mediante renta financiera, existe el riesgo de que el inversor sobreviva al plazo estipulado en las hipótesis, es decir que supere la esperanza de vida, con lo cual no cobraría a partir de ese momento.

En último lugar se situaría la operación financiera que se cobra como renta vitalicia y con peaje fiscal, lo cual demuestra que el peaje fiscal supone un serio inconveniente para contratar este tipo de operaciones.

Por otro lado, entendemos que los Planes de Pensiones están bien tratados fiscalmente, ya que, a igualdad de tipos impositivos inicial y final, se obtienen rentabilidades financiero-fiscales superiores a la rentabilidad financiera; es decir, se reciben mayores deducciones fiscales que los impuestos por los que hay que tributar. Esto sucede porque se ha considerado el Plan de Pensiones como una operación aleatoria; sin embargo, las rentabilidades hubieran sido iguales si se hubiera tratado el Plan de Pensiones como una operación cierta. Creemos, por lo tanto, que las propuestas genéricas que se hacen para mejorar la rentabilidad de los planes de pensiones son innecesarias, pero sí que podría mejorarse en el caso concreto de que se contrate una renta vitalicia, pues, como hemos comentado anteriormente, están peor tratadas que en el caso del cobro como una renta financiera.

Aparte de lo ya apuntado para los Planes de Pensiones, conviene insistir en el peor tratamiento fiscal que se le da a las Rentas Vitalicias respecto a otras formas de cobro. Siendo la renta vitalicia la más adecuada para complementar la pensión de jubilación, debería beneficiarse de un tratamiento fiscal ventajoso. Por lo tanto, se deberían disminuir los porcentajes que se aplican sobre el importe de la renta para constituir el



rendimiento de capital mobiliario por el que tributan, de tal forma que mejorara su rentabilidad financiero- fiscal y aumentara su atractivo para los inversores en productos de ahorro pensión.

En cuanto a los PIAS, el cálculo de la rentabilidad financiera fiscal nos sirve para detectar que siempre es menor que la rentabilidad financiera, por lo que, en definitiva, existe un pago impositivo. La forma de mejorar los aspectos fiscales de este producto sería igual a lo que se ha propuesto para las rentas vitalicias.

A modo de conclusión final, el objetivo de todas las operaciones de ahorro pensión debería ser que su rentabilidad financiero fiscal no difiriera mucho de la rentabilidad financiera. Es decir, que no existiera imposición sobre este tipo de operaciones.

10. LAS POSIBILIDADES QUE PLANTEA AL SEGURO ESPAÑOL LA NECESARIA REFORMA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y DE LA DEPENDENCIA

10.1. Los seguros de salud

Los seguros privados de salud son muy comunes y con una implantación muy extendida en la población. En el informe de ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones) «El Seguro de Salud: Estadística de Marzo. Año 2012» a fecha de 31 de marzo de 2012 hay un total de 10.517.023 asegurados entre todas sus modalidades: Asistencia Sanitaria, Reembolso de Gastos (ambas de forma conjunta forman la modalidad Prestación de Servicios) y Subsidios e Indemnizaciones. Por lo que respecta a la modalidad de Asistencia Sanitaria, ésta es la más extendida entre la población, con 8.028.356 asegurados, entre los cuáles 6.062.485 se corresponden con pólizas financiadas de forma privada y 1.965.871 a pólizas financiadas por la Administración Pública (AAPP), ligadas a la población protegida por Mutualidades Públicas.

En general, en su modalidad de Asistencia Sanitaria, los seguros de salud proporcionan asis-

tencia médica y hospitalaria a los asegurados dentro de un cuadro médico concertado. La compañía aseguradora suscribe un contrato con médicos y centros sanitarios que pone a disposición de sus asegurados. Estos pagan una cuota, generalmente mensual, para tener derecho a todas las coberturas que se detallan en la póliza. Además, los beneficiarios, en algunas aseguradoras, también deben abonar una pequeña cantidad (copago) cada vez que utilizan un servicio médico.

En función del número de personas aseguradas y de la relación existente entre ellos (sea ésta laboral, familiar, etc.), existen distintos tipos de seguros: individuales, familiares y de grupo. La mayoría de las compañías ofrecen importantes descuentos cuando suscriben pólizas a más de un miembro. Los servicios que ofrecen se detallan en la póliza suscrita. Sus principales ventajas con respecto a la sanidad pública son, entre otras, la posibilidad de acudir directamente al especialista que se necesite sin pasar por el médico de cabecera, la libre elección de especialistas dentro de un cuadro médico concertado y la libre elección de centros y hospitales concertados. Además, no hay listas de espera y se da una mayor rapidez en la realización de pruebas médicas o de diagnóstico y en la obtención de resultados.

Por lo que respecta a sus inconvenientes, se pueden citar algunos como la existencia de un periodo de carencia; es decir, estos seguros no cubren todas las necesidades desde que se contratan, sino que suelen marcar determinados plazos, y no tratan las enfermedades preexistentes a la fecha de contratación. Por otro lado, no suelen admitir a personas con enfermedades crónicas, como diabetes, sida, etc. y, tampoco, mujeres embarazadas. Además, las compañías aseguradoras suelen revisar el importe de las primas tras cada anualidad, en función del uso del servicio, o de la siniestralidad.

En el contexto de la sanidad pública, el término copago implica que los usuarios de los servicios tengan que pagar una cantidad de dinero cada vez que hacen uso de los mismos. En España dicho copago ya se utiliza en lo que respecta al uso de fármacos.



Cuando la administración pública investiga implantar un sistema de copago puede plantearse un doble objetivo, por un lado, disuasorio y, por otro, recaudatorio. El mayor o menor alcance de un objetivo u otro dependerá del tipo de servicio en el que se implante el copago: atención primaria, especialistas atención hospitalaria, urgencias y fármacos. En este sentido, es lógico pensar que en aquellos servicios en los que la decisión de asistir es del usuario –las visitas al médico de cabecera o al servicio de urgencias– el efecto del copago puede ser disuasorio; sin embargo, en aquellos servicios donde la decisión no es del usuario –las visitas a especialistas, hospitalizaciones y fármacos– el copago puede entenderse como una medida con fines recaudatorios. Todo ello ha abierto un debate en la sociedad española, en el que el seguro privado debe tener un papel relevante, dado que, en función del nivel de renta de los individuos, éste puede complementar e incluso sustituir algunos servicios ofrecidos por el sistema sanitario público.

El copago está bastante extendido en Europa; siete países europeos tienen implantado el copago en todos los servicios sanitarios públicos: atención primaria, especialistas, atención hospitalaria, servicio de urgencias y fármacos, y otros seis países lo tienen implantado en algunos de estos servicios, en su mayoría en aquellos donde el paciente puede decidir. Finalmente, sólo tres países, entre ellos España, tienen implantado el copago únicamente en los fármacos. Algunas de las principales conclusiones a las que llega *Mas et al.* (2011) son que el copago implica una reducción en la utilización de los servicios sanitarios públicos, por lo tanto tiene un efecto disuasorio, y no parece traducirse en un empeoramiento del estado de salud de la población. Además, observan que «los sistemas de copago europeos establecen niveles de copago más bajos para la medicina preventiva o para las estancias hospitalarias que para los médicos especialistas o la atención a urgencias». Lo cual, desde el punto de vista de los seguros privados puede ser un resultado interesante, estos pueden tener un papel sustitutivo más importante en unos servicios que en otros. El individuo ten-

drá que decidir entre pagar una cantidad extra por la atención pública o pagar por un seguro privado, en función de su situación económica y sus expectativas de salud futuras.

Según los datos de la OCDE en 2009, existe una relación positiva entre el PIB per cápita y los gastos sanitarios de un país, sean estos públicos o privados. Ello implica que cuanto mayor es la riqueza de los individuos mayores son sus exigencias de salud, lo cual puede llevar a la insostenibilidad de un sistema de salud público universal.

Por el contrario, no existen evidencias de que exista relación entre el porcentaje del gasto en seguros privados de salud sobre el total del gasto sanitario y la existencia del copago. En el informe de 2009 de la OCDE se analiza en porcentaje de gastos en seguros privados de salud para 17 países en Norteamérica, Oceanía y Europa. Centrándonos en el caso europeo, si comparamos estos porcentajes con la mayor o menor implantación del copago sanitario, nos encontramos distintas situaciones. Países como España, Portugal, Holanda, Bélgica y Luxemburgo tienen un porcentaje del gasto en seguros de salud privado entre el 4% y el 6%. Sin embargo, los sistemas del copago en estos países son muy diversos, yendo desde el caso español, donde el copago sólo existe en los fármacos, hasta países como Bélgica, que tienen implantado el copago en todos los servicios sanitarios públicos. Por otro lado, Alemania y Francia, que también poseen copago en todos los servicios que ofrecen sus sistemas de salud público poseen un porcentaje de gasto en seguros de salud privados superior al 10%, alcanzando casi el 15 % en el caso francés.

En España, si comparamos entre Comunidades Autónomas, se observa cierta relación entre la renta *per cápita* y la penetración del seguro de salud privado. Cataluña, Madrid y las Islas Baleares poseen un mayor porcentaje de gastos en sanidad privada (UNESPA, 2010).

No parecen existir evidencias que relacionen el copago con el seguro de salud privado. Lo que sí que se vislumbran son distintos factores que pueden influir en la mayor o menor penetración



del seguro de salud privado en una población. Por un lado, existe un efecto renta, cuanto más rico es un país mayores son sus exigencias en salud y por tanto mayores los gastos, sean estos por parte del Estado o por parte de los particulares. Por otro lado, también es importante tener en cuenta la calidad de los servicios, tanto públicos como privados, la decisión final del paciente también depende de ello.

10.2. La reforma del sistema de Dependencia: efecto del retraso en la implementación de la cobertura de dependencia moderada

La entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, supuso la puesta en marcha de una de las políticas sociales más relevantes que se han producido en nuestro país en los últimos años. España, caracterizada por el envejecimiento de la población, pasaba a partir de ese momento a contar con una cobertura pública para los cuidados de larga duración, en el marco de un modelo de protección universal. Difería en ese sentido de las políticas seguidas en otros países, como Alemania, que años antes, en 1995, definía un nuevo pilar de la Seguridad Social relacionado con la cobertura de la dependencia financiado por las cotizaciones de los trabajadores y pensionistas, o de Francia, con un modelo asistencial de protección de la dependencia dirigido a las personas con menores recursos económicos.

La Ley marcaba en su articulado la definición de tres niveles de severidad de dependencia en la que los beneficiarios podrían recibir cobertura pública, a la vez que señalaba un calendario de implementación para el pago de dichas ayudas. En este sentido, bajo una fórmula de implementación progresiva, definía el grado máximo de severidad de la dependencia, para la que se establecía como condición necesaria para la recepción de la ayuda pública la necesidad permanente de ayuda de terceras personas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Dicha ayuda entró en vigor en el año 2007. Entre 2008 y 2009 se produjo la entrada en vigor de la

ayuda para la dependencia severa, en la que se establecía como condición que el beneficiario requiriese la ayuda de terceras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, aunque no necesitaba el apoyo permanente de un cuidador. Finalmente, la entrada en vigor de la última categoría de severidad de la dependencia, la dependencia moderada, en la que se establece que la persona requiere ayuda para realizar las tareas cotidianas al menos una vez al día, se estableció para el periodo 2011-2013, teniendo en cuenta las exigencias presupuestarias establecidas en ese momento. El objetivo era que el sistema de la dependencia estuviese totalmente implantado en el año 2015.

Las estimaciones sobre el número de personas dependientes que habría en los años posteriores a la entrada en vigor de la ley, a los que tendría que ofrecer cobertura, se hicieron utilizando como referencia fundamental los resultados obtenidos a partir de la Encuesta EDDDES 1999, primera macroencuesta realizada en nuestro país sobre la situación de las personas discapacitadas y con requerimiento de ayuda de terceras personas. Se fueron afinando las características que debían reunir los posibles beneficiarios de la cobertura pública de dependencia, en sus diferentes niveles de severidad, mediante el diseño de un baremo de valoración de la dependencia, publicado como anexo a la ley y que ha sido objeto de diferentes modificaciones desde su entrada en vigor.

Sin embargo, con el transcurso de los años desde la entrada en vigor de la ley, los datos publicados por el Servicio Público de Atención a la Dependencia (SAAD) han puesto de manifiesto importantes desviaciones en las estimaciones realizadas sobre el número esperado de personas dependientes en cada nivel de severidad. El Anteproyecto de ley, en el año 2006, estimaba que hasta el año 2011 el total de solicitantes de una prestación sería de aproximadamente 1,17 millones de personas. Sin embargo, según el SAAD, el número de resoluciones valoradas para ese periodo ha sido superior a 1,5 millones de personas, y por tanto, un 28% superior. El grupo de los grandes dependientes, que son los que más coste suponen para el



Estado, ha alcanzado cifras superiores en más de un 100% a las previstas, de forma que en general, las previsiones iniciales de financiación, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, se han superado en más de un 50%. Además, y aunque la ley señala que se debe atender preferentemente a las personas dependientes a través de la Red de Servicios Sociales, se ha priorizado el pago de prestaciones económicas a los cuidadores del entorno familiar del beneficiario, por lo que la creación de empleo que se pretendía con la puesta en vigor de la ley, no ha sido ni mucho menos la esperada.

¿Qué ocurre, por tanto, en una situación como la analizada, si tenemos en cuenta también las dificultades económicas por las que está atravesando España en la actualidad? Realmente, la situación es más que delicada, y las debilidades presupuestarias para poder mantener los objetivos de la Ley de Dependencia son evidentes. El Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio de 2012, recoge las nuevas disposiciones aprobadas por el Gobierno sobre la Ley de Dependencia, publicadas en un momento en el que el sistema se encuentra colapsado, con prácticamente 300.000 personas pendientes de recibir una prestación que ya les ha sido reconocida (según declaraciones realizadas por el Director General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, *Diario Expansión*, 11 de agosto de 2012).

El Título III del RDL 20/2012 recoge las medidas propuestas de racionalización del sistema de dependencia. A la refundición de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales y del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en un único órgano denominado Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se unen un conjunto de reformas que afectan directamente a la estructura de los niveles de severidad de la dependencia, a las prestaciones económicas vinculadas a cada grado, al calendario de cobro de las prestaciones, y al tipo de ayuda recibida por el beneficiario.

Una de las reformas más significativas que ha supuesto la entrada en vigor del RDL ha sido la supresión de los niveles de severidad definidos

dentro de cada grado de dependencia. En este sentido, si hasta ahora, para los tres grados de dependencia (moderada, severa y gran dependencia) se establecían dos niveles de severidad (nivel I y nivel II) en función de la autonomía y necesidades de cuidados requeridos por el dependiente (en base a la puntuación obtenida tras la aplicación del baremo de valoración), con prestaciones diferenciadas, a partir del 15 de julio de 2012, procede hablar únicamente de los tres grados de severidad mencionados, sin particularizar en niveles. Este hecho afecta también a las prestaciones económicas recibidas por los cuidadores no profesionales que pasan a ser únicas para cada grado, además de verse reducidas en importe. En este sentido, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales pasa a ser de 387,64 euros mensuales para grandes dependientes, 268,79 euros para dependientes severos, y 153 euros para dependientes moderados. Los cuidadores no profesionales dejan de quedar incluidos obligatoriamente en el Régimen General de la Seguridad Social y en situación asimilada al alta, de manera que la suscripción del convenio especial regulado como obligatorio en el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, pasa a ser voluntario a partir del 15 de julio de 2012.

De gran relevancia es la consideración de un plazo suspensivo (con un máximo de dos años desde la fecha de resolución de reconocimiento de la prestación) en la percepción de las prestaciones, periodo en el que las personas dependientes pueden no disponer de las ayudas concedidas. Se modifica, asimismo, el calendario de aplicación de las prestaciones y servicios de cobertura a la situación de dependencia, afectando fundamentalmente a las personas con nivel de severidad moderada. En este sentido, se pospone al 1 de julio de 2015 el pago de las prestaciones relacionadas con este nivel. Nótese que para este nivel de severidad se está produciendo una dilación en la prestación de ayudas de al menos dos años, dado que la Ley del 2006 preveía su entrada en vigor en 2013.

Ante esta situación, ¿tiene sentido continuar hablando del desarrollo de los seguros privados



de dependencia como una opción adecuada para garantizar los cuidados de larga duración en España, teniendo en cuenta que su implementación en nuestro país no ha sido la esperada hace una década?

Nosotros pensamos que sí, teniendo en cuenta que los factores que incidieron en la concienciación social del problema de la dependencia siguen produciéndose (envejecimiento de la población y cambios estructurales en las familias) y la cobertura pública de la dependencia (al menos en sus niveles menos severos) no parece estar garantizada.

Los productos para la cobertura de la dependencia en el ámbito de los seguros privados se engloban fundamentalmente en tres clases: seguros de vida; seguros de salud, y seguros mixtos.

En el ámbito de los **seguros de vida** suelen configurarse como productos de ahorro, aunque también existen productos de riesgo. Normalmente garantizan el pago de rentas vitalicias calculadas a prima nivelada. La cobertura de dependencia puede constituirse como la garantía principal de la póliza, o ser una garantía complementaria, y pueden integrarse en el diseño de seguros colectivos. Respecto a las prestaciones, algunos de los productos ofertados en nuestro mercado ofrecen el pago de una doble renta en caso de dependencia, o de determinados grados de dependencia. Existen productos mixtos de ahorro-riesgo, en los que el destino de la provisión puede ser jubilación o dependencia. A veces, el patrimonio inmobiliario del dependiente se utiliza como activo en la financiación de las primas.

En el ámbito de los **seguros de salud** es frecuente que tengan carencias y franquicias, siendo una de las prestaciones más habituales el pago de una renta mensual para la contratación de servicios. No obstante, encontramos también productos en los que queda cubierta la asistencia (mediante consejos y ayudas), y el reembolso de gastos. Suelen calcularse a prima nivelada o bien con primas de riesgo renovables crecientes con la edad. Normalmente en la tarificación se considera, además de la edad del individuo, su estado de salud, y se ofrecen garantías inmediatas o diferi-

das (aunque en el primer caso las primas pueden llegar a ser muy elevadas). Los baremos de medición de la dependencia y de su nivel de severidad son a veces los mismos que los del sistema público, pero las entidades suelen incluir adicionalmente un sistema de valoración independiente.

En el ámbito de los **seguros mixtos** se combinan las prestaciones propias de un seguro de vida con la asistencia en caso de dependencia. En algunas ocasiones se centran en la cobertura de salud más una prestación económica para la contratación de servicios de ayuda en caso de dependencia. Pueden combinar tanto prestaciones asistenciales como prestaciones económicas y reembolso de gastos, y su contratación puede realizarse tanto por individuos libres de discapacidad como por individuos ya dependientes. En algunas ocasiones, este tipo de productos garantizan el pago de una prestación única, aunque es más frecuente el pago de prestaciones periódicas, con cobertura temporal o vitalicia. La cobertura de dependencia puede ofrecerse como garantía principal o complementaria. Las bases técnicas de los seguros de dependencia tienen unas características particulares que los hacen diferentes de otros tipos de productos. Respecto a la edad de adhesión es habitual que este tipo de productos vayan dirigidos a personas con edades comprendidas entre los 40 y 65-70 años de edad. Para edades superiores a las indicadas el riesgo de caer en dependencia aumenta notablemente, por lo que la oferta de las entidades es mucho menor. En edades inferiores a las señaladas puede ocurrir que el propio individuo no sienta la necesidad de contratar el producto por la baja probabilidad de entrar en dependencia, con lo que la suscripción de este tipo de seguros disminuye.

Respecto al pago de las primas es habitual que el asegurado pague hasta su entrada en estado de dependencia, o hasta su fallecimiento. A diferencia de los seguros de invalidez, los seguros de dependencia no tienen porqué estar asociados a la vida laboral de los individuos. La prima pagada suele ser función de la edad del individuo en el momento de la suscripción, aunque también puede estar asociada, como hemos comentado en párrafos anteriores, a su estado de salud. Las



entidades aseguradoras que ofertan este tipo de productos suelen hacer revisiones de las primas (incluso anualmente) debido a la incertidumbre sobre la evolución del fenómeno de la dependencia, y a la escasa experiencia que aún existe en nuestro mercado. De hecho, salvo en caso de accidente, la pérdida de autonomía suele ser progresiva, por lo que la realización de un examen médico al asegurado puede ser fundamental para conocer los factores agravantes del riesgo. La entidad aseguradora suele realizar una selección médica basada en una declaración de salud adaptada a la suscripción del riesgo de dependencia. En función de la edad y del capital puede realizarse una selección médica más completa. El resultado de la selección médica puede llevar asociado la no contratación del seguro o el establecimiento de una sobreprima al asegurado.

Para limitar los posibles riesgos de antiselección es frecuente establecer plazos de carencia en este tipo de productos. Las carencias vigentes actualmente en nuestro mercado son de diferentes tipos. A modo de ejemplo, si la situación de dependencia se deriva de un accidente es frecuente que el efecto de la cobertura sea inmediato. Si la dependencia surge a consecuencia de una enfermedad, los plazos de carencia suelen ser de un año. Finalmente, si la dependencia surge como consecuencia de una demencia senil o situaciones similares, los plazos de carencia suelen ser superiores, de tres o más años.

Los seguros privados de dependencia se presentan como una alternativa de cobertura de dependencia que puede ser muy relevante en momentos como el actual, en el que la cobertura pública se ha visto reducida. Sin embargo, una de las grandes críticas a este tipo de productos es la elevada prima que el asegurado ha de pagar en numerosas ocasiones para su contratación.

Hasta ahora, la escasa información que existía en España sobre el fenómeno de la dependencia ha hecho que las compañías ofertasen este tipo de productos con elevados recargos de seguridad para poder cubrir las posibles desviaciones existentes en los riesgos. Aunque los volúmenes de información sobre las necesidades de ayuda

requeridas por este colectivo están siendo cada vez más elevadas (teniendo en cuenta, sobre todo, la información facilitada por el SAAD y su nivel de desagregación) las cifras obtenidas y comentadas en este Estudio sobre el crecimiento en las tasas de prevalencia de la dependencia en la población de mayores de 65 años, sobre todo para los grandes dependientes, pueden ser un freno para las entidades aseguradoras, que deben ser capaces de diseñar productos adecuados al riesgo asumido. A modo de ejemplo, la ventaja de este tipo de productos es que existen diferentes grados de dependencia a cubrir, por lo que la compañía puede seleccionar la fórmula que más le interese (cobertura únicamente de gran dependencia y/o dependencia severa, cobertura únicamente de dependencia moderada, cobertura parcial de los diferentes grados, etc.). Ofrecer este tipo de productos puede ser socialmente necesario, sobre todo teniendo en cuenta que nos referimos a situaciones en las que la persona necesita ayuda de terceras personas de manera continua, y recibir la prestación en el momento en que se produce la contingencia puede ser fundamental.

Al igual que en el sistema de pensiones, el sistema de dependencia debe garantizar el acceso de todos los ciudadanos a los cuidados necesarios, pero puede pensarse también en la complementariedad por un sistema privado, para aquellas situaciones en las que el sistema público, básicamente por limitaciones presupuestarias, no pueda acceder.

Una de las políticas que actualmente está ganando más peso en las economías desarrolladas es la relacionada con el desarrollo de medidas preventivas de entrada en situación de dependencia. Los productos comentados en los párrafos anteriores se centran en la oferta de coberturas (básicamente, prestación de servicios, pago de cuantías monetarias o reembolso de gastos) cuando la contingencia se produce, es decir, cuando la persona pasa a ser dependiente. Sin embargo, cada vez más se están realizando actuaciones que permiten retrasar en el tiempo la entrada en situación de dependencia, sobre todo, en las personas de mayor edad, en las que el



fenómeno se produce normalmente por causas endógenas (envejecimiento) y por tanto, de forma progresiva. El objetivo de estas políticas es realizar una valoración de las capacidades que tienen los individuos para realizar las actividades básicas de la vida diaria (vestirse, lavarse, comer, desplazarse,...) y facilitar una serie de productos que ayuden a la persona a realizarlas de forma autónoma, frenando por tanto la entrada en situación de dependencia. Este tipo de cobertura es bastante novedosa en nuestro país, y se ha ofrecido fundamentalmente a nivel público, pero puede ser también una forma de actuar importante a considerar por el sector asegurador privado. Como hemos analizado en este Estudio, los desembolsos realizados en términos de las ayudas técnicas ofrecidas pueden no ser muy elevados, y el ahorro esperado por el retraso en la entrada en situación de dependencia ser mucho más alto.

Las entidades aseguradoras pueden contemplar la puesta en marcha de coberturas de dependencia con enfoque claramente preventivo, proporcionando ayudas técnicas a personas con necesidad de apoyo que no muestran todavía un grado de severidad elevado, y para las que las primas cobradas podrían llegar a ser sustancialmente inferiores a las actuales.

11. SOLVENCIA II Y ESTRUCTURAS DE GRUPOS ASEGURADORES: SUCURSALIZACIÓN ¿UNA VÍA A SEGUIR?

Como consecuencia de *Solvencia II*, los grupos aseguradores se están replanteando cuáles son las estructuras idóneas para llevar a cabo la actividad aseguradora de manera más eficiente desde múltiples perspectivas: regulatoria, fiscal, contable o de gobierno corporativo, entre otras. Un caso paradigmático de procesos de reorganización en la estructura operativa de los grupos aseguradores es el de las sucursalizaciones.

Los procesos de sucursalización son procesos de simplificación de estructuras societarias dentro de un grupo de sociedades, mediante la sus-

titución de sociedades filiales por sucursales de la sociedad operativa en cuestión que se considere conveniente dentro del grupo.

Desde una perspectiva española los procesos de sucursalización están afectando, fundamentalmente, a filiales de grandes grupos internacionales que deciden sucursalizar la totalidad o parte de sus negocios en el Espacio Económico Europeo, incluidas sus filiales España. Los grandes grupos aseguradores españoles históricamente han centrado sus procesos de expansión internacional en Hispanoamérica o actúan ya en el EEE, fundamentalmente, a través de sucursales o en libre prestación de servicios y, por lo tanto, en principio, parecen menos propicios a este tipo de procesos.

En cuanto a las razones que podrían justificar estos procesos cabría destacar que la principal razón parece ser la de optimizar y flexibilizar la posición de capital de solvencia a nivel de grupo. En concreto, la posibilidad de beneficiarse de los *efectos de diversificación*, que se tiene en cuenta en la configuración de los distintos módulos de riesgo que se utilizan para el cálculo de capital de solvencia obligatorio básico en *Solvencia II*, será más sencilla, en principio, para una sucursal que para una filial por el hecho de que se pueda demostrar, más fácilmente, dada la fungibilidad de su capital y la capacidad de compensar el resultado negativo de ciertos riesgos en unas jurisdicciones con el resultado más favorable de otras. La motivación de aquellas empresas que han optado por sucursalizar sus negocios parece haber sido la de buscar la estructura más simple y más flexible que permita utilizar la posición global de capital del grupo en las distintas jurisdicciones en las que opere, evitando situaciones en las que se impidiera, por ejemplo, a una filial movilizar capital regulatorio hacia otra sociedad del grupo.

Junto a ello, la centralización y racionalización del cumplimiento de determinados requisitos regulatorios en una jurisdicción permitirá a aquellas entidades aseguradoras que opten por sucursalizar sus negocios obtener mayores eficiencias en sus procesos operativos relacionados



con el cumplimiento normativo en relación con todos los Pilares de *Solvencia II*, lo que puede redundar en ciertos ahorros de costes. Aunque estas eventuales eficiencias estarán condicionadas también, en parte, por las nuevas exigencias que pudiera demandar su supervisor de origen con respecto al negocio sucursalizado. Un buen ejemplo es el de la distinta documentación que exige el sistema de gobierno. Para un grupo que opere a través de sucursales, la cantidad de informes y documentación que debe entregar a los supervisores será sustancialmente más baja que la de un grupo con múltiples filiales donde deben cumplirse con los distintos requisitos de información y documentación a nivel de la matriz y de cada una de las filiales. No obstante lo anterior, *Solvencia II* debe ser un proceso que involucre a toda la organización en la identificación y gestión del riesgo y, en ese sentido, los procesos de recopilación de información y de datos deberían ser similares con independencia de que se opere a través de sucursales o filiales.

La fiscalidad desde el punto de vista de tributación en el Estado en el que se establece la sucursal o la filial no debería ser un factor que justifique por sí mismo los procesos de sucursalización. Sin embargo, sí pueden existir situaciones donde, a nivel de grupo, se obtengan ciertos beneficios fiscales en este tipo de procesos, sobre todo, cuando vengán acompañados de decisiones de centralizar la dirección efectiva del grupo en jurisdicciones con impuestos de sociedades más bajos.

Al operar a través de una entidad sin personalidad jurídica, se simplifican los procesos incluidos aspectos de gobierno corporativo. Se evita la problemática derivada de las limitaciones que pudiera imponer el derecho societario de

cada una de las jurisdicciones involucradas a cuestiones tales como la relación entre el interés social y el interés del grupo, el régimen de conflicto de intereses de los consejeros, la normativa de administradores de hecho y la eventual responsabilidad de los consejeros que actúan en interés del grupo y no necesariamente en interés de la filial.

Como demuestran varios de los procesos ejecutados hasta el momento, las entidades que han decidido sucursalizar sus negocios analizan también cuál es la jurisdicción más eficiente desde la que realizar estos procesos, poniéndose de manifiesto una cierta competencia entre ordenamientos del EEE. La realización de este tipo de operaciones supone una forma de ejercer la libertad de establecimiento recogida en los arts. 49 y 54 del TFUE. En un mercado europeo cada vez más integrado, las operaciones transfronterizas (no sólo las relacionadas con sucursalizaciones, sino con otros procesos de adquisiciones o reorganizaciones transfronterizas) seguirán ganando protagonismo, por lo que nos parece esencial optimizar estos procesos de cara a dotarlos de una mayor agilidad y seguridad jurídica. Hoy por hoy, las fusiones transfronterizas entre entidades aseguradoras son una realidad, pero una realidad susceptible de mejoras. Estas operaciones ponen de manifiesto ciertos desajustes entre distintos ordenamientos que se acrecientan en el contexto de operaciones transfronterizas donde su ejecución se complica, los plazos se alargan y la coordinación entre la normativa administrativa y societaria no es siempre fácil. De ahí que hayamos hecho hincapié en ciertas recomendaciones para tratar de agilizar estos procesos y dotarlos de mayor seguridad jurídica.



RECOMENDACIONES

Pilar Blanco-Morales Limones

Las recomendaciones que presentamos recogen las principales conclusiones y reflexiones contenidas en las distintas colaboraciones de este Estudio. Todas y cada una de las consideraciones y recomendaciones que resultan de los diferentes Capítulos tienen igual importancia y entidad. No obstante, en aras a cumplir los objetivos globales del Estudio, se ha procedido a elaborar un catálogo de las que, tienen alcance más general y oportunidad más apremiante.

Ello no resta mérito ni procedencia a las conclusiones y recomendaciones realizadas en cada una de las colaboraciones, que realzan los desarrollos particulares y ponen en valor el empeño reflexivo y crítico con que se abordan las materias analizadas.

AL REGULADOR Y A LAS ENTIDADES: UN MARCO NORMATIVO EFICIENTE Y UNA GESTIÓN PRUDENTE

PRIMERA. SOSTENER LA PRODUCTIVIDAD PRIMANDO LA SEGURIDAD

Desde el inicio de la actual crisis y hasta el cierre del primer semestre del 2012, el sector asegurador español, muestra un comportamiento anticíclico, creciendo en unos ramos y decreciendo en otros, pero en definitiva manteniendo e incrementando la cifra global de negocio.

Esta fortaleza, que ha venido de la mano de una rigurosa regulación, de unas sanas prácticas

técnicas y comerciales a la vez que de una muy rigurosa gestión de las inversiones, está permitiendo mantener tanto los niveles de resultados del sector como la adecuada cobertura de las provisiones técnicas y del margen de solvencia a la altura de ejercicios anteriores, sin olvidar el efecto en el mantenimiento del empleo e incluso en la generación neta de puestos de trabajo.

En este contexto, la prudencia en la toma de decisiones y por encima de todo el respeto a las bases técnicas, así como la mejora paulatina pero sostenida de la productividad, deben seguir siendo los pilares sobre los que afianzar el futuro del sector.

La gestión responsable de los activos, primando la seguridad sobre la rentabilidad, junto con razonables políticas de capitalización de las entidades debe consolidar el nivel de solvencia alcanzado. La implantación de *Solvencia II*, no supone un gran escollo en ese horizonte temporal tantas veces desdibujado, aunque no podemos ni debemos olvidar que la dimensión de las entidades aseguradoras supondrá un factor decisivo. En este sentido se echa en falta una mayor simplificación de los procesos legales para fomentar la creación de entidades de mayor dimensión.

SEGUNDA. UNA REGULACIÓN EFICIENTE

Para alcanzar los mejores resultados, y fijar un marco normativo eficiente y que permita un adecuado funcionamiento del sector en su con-



junto, se hace necesaria la colaboración y la aportación de ideas de todos, pues sólo de esta forma lograremos diseñar el mejor marco normativo posible.

Como pusimos de manifiesto en los anteriores Estudios, *Solvencia II* es un proyecto ambicioso y complejo. La complejidad del proceso se ha retroalimentado con el elevado nivel de documentación elaborado por diferentes organismos e instituciones. Ello ha llevado a regular los requisitos de solvencia de las entidades de una manera detallada, minuciosa. Considerando la madurez, profesionalidad y desarrollo del sector asegurador nacional y europeo, cabe plantearse si esta pormenorización no resulta excesiva.

El momento presente puede ser oportuno para reflexionar sobre dónde estamos transcurridos varios años desde que comenzó la andadura de *Solvencia II* y, con mayor perentoridad, deliberar hacia dónde queremos ir. El resultado que se alcance debería configurar una regulación que permita garantizar un adecuado control de la solvencia de las entidades y que tenga presente en todo momento cuál es el nivel de desarrollo del sector en el momento actual. El control de la solvencia de las entidades aseguradoras es sin duda un aspecto fundamental, aunque no el único, de la labor de supervisión. No obstante, al igual que no sería adecuada la falta de regulación en una materia clave como ésta, tampoco sería apropiado un exceso de regulación. Como consecuencia de las incertidumbres económicas de la zona euro, hay quienes estiman que las previsiones de *Solvencia II* pueden generar obstáculos a la de competitividad a las entidades aseguradoras europeas frente a las americanas y las asiáticas.

El Diario Oficial de la Unión Europea publicó el 14 de septiembre de 2012 la Directiva 2012/23/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 12 de septiembre de 2012, que modifica la Directiva 2009/138/CE (*Solvencia II*) por lo que se refiere a la fecha de transposición, la fecha de aplicación y la fecha de derogación de determinadas Directivas. El motivo fundamental de este aplazamiento para la entrada en

vigor *Solvencia II* es la elaboración de la llamada *Directiva Ómnibus II*, propuesta por la Comisión el 19 de enero de 2011 y cuya complejidad implica que no haya podido ser adoptada para las fechas previstas, por lo que se ha decidido retrasar la entrada en vigor de *Solvencia II*. La propuesta de *Directiva Ómnibus II* establece nuevos requisitos en materia de solvencia y supervisión de las entidades aseguradoras, a los que deberá ajustarse *Solvencia II*. El objetivo de las autoridades europeas es la entrada en vigor conjunta. Pero para ello es necesario superar importantes dificultades. La Comisión, el Parlamento y el Consejo no han logrado el acuerdo sobre la política de requisitos de capital a aplicar a determinados productos, en particular, a los de vida ahorro a largo plazo, todo ello como consecuencia de la profunda crisis económica y de la situación que padecen los bancos. A ello debe añadirse la creación de la nueva realidad institucional europea, con la nueva estructura de supervisión del seguro encarnada en la creación de la Autoridad Europea de Supervisión, más las correspondientes a los sectores bancario y de los mercados de valores.

La Directiva *Solvencia II* establecía el plazo de 31 de octubre de 2012 como fecha de transposición y el 1 de noviembre de 2012 como fecha de aplicación y de derogación de un numeroso conjunto de Directivas de seguros y reaseguros en vigor, conjunto al que se viene denominando con *Solvencia I*, plazos que han sido modificados por la Directiva posterior. Concretamente, el plazo de 31 de octubre se pospone hasta el 30 de junio de 2013, y la fecha de 1 de noviembre de 2012 hasta el 1 de enero de 2014. Es probable que ni siquiera estas fechas sean finalmente respetadas. EIOPA considera posible que se lleve a cabo una fase interina para empezar a incorporar en el proceso de supervisión algunas de las características claves de *Solvencia II*, incluso, si no se aplica antes de 2016.

El aplazamiento de la entrada en vigor de *Solvencia II* no debería implicar riesgos para la aplicación uniforme de las disposiciones armonizadas de los pilares 2 y 3, ni generar dudas sobre la vigencia de este conjunto de disposicio-



nes frente a todos y cada uno de los actores en el mercado. Los requerimientos de *Solvencia II* en los aspectos cualitativos, cuyo cumplimiento por las entidades españolas puede considerarse notable, debe preservarse ante eventuales decisiones nacionales que cuestionen la armonización realizada respecto de los requerimientos cualitativos impuestos a las entidades que afectan, entre otros, a la gestión de riesgos y la relación con el supervisor (segundo pilar) y a los principios que conllevan las obligaciones de comunicación de información a los supervisores y a cualquier interesado (tercer pilar). En estos pilares segundo y tercero radica la verdadera revolución de *Solvencia II*, al cerrar el sistema de tutela de los derechos de los asegurados con rigurosas exigencias en materia de sistema de gobierno, mejorando el nivel de divulgación de información al mercado o definiendo un marco de colaboración entre supervisor y supervisado más dinámico.

TERCERA. UN SUPERVISOR INDEPENDIENTE Y DOTADO DE MEDIOS HUMANOS Y MATERIALES

Un nuevo sistema de solvencia basado en el riesgo y los cambios que ello requiere en la forma de gestión de las entidades, también implica cambios importantes para la actuación de las autoridades supervisoras, lo que nos debe llevar a continuar reflexionando sobre el modelo de supervisión que se debe implantar para los próximos años.

El importante grado de avance y profesionalización del sector asegurador, ha producido en los últimos 30 años, no han pasado desapercibidas para el supervisor, que ha podido apreciar cómo con carácter general, el nivel de gestión de las empresas, entendido éste en su sentido más amplio, ha mejorado ostensiblemente. La mayor formación del personal que trabaja en el sector, su alto grado de profesionalidad y conocimiento, unido todo ello a las ventajas que conlleva la globalización, que permite compartir información, experiencias, así como conocer

con inmediatez la evolución del sector a nivel global, han contribuido a desarrollar un sector que en términos generales se puede calificar como maduro, solvente profesional, y que sabe gestionarse.

Estos aspectos son los que nos deben guiar en la ponderación sobre el modelo de supervisión y de regulación que queremos desarrollar a nivel europeo y nacional.

Solvencia II, con su profunda complejidad técnica, demanda un supervisor preparado y adaptado a este reto. Ello no exige, a todos los que formamos parte del sector, a nivel público y privado, plantearnos si los organismos supervisores están adaptados a las exigencias de *Solvencia II*. Exigir a las entidades la adaptación a *Solvencia II* de su actividad y mecanismos de gestión, sin que los propios supervisores puedan garantizar su adecuada preparación y adaptación al reto que supone este proyecto, no representa el escenario ideal.

Por lo tanto, sin perjuicio de los requisitos que a los supervisores de seguros exigen tanto la Directiva *Solvencia II* como los principios y recomendaciones dictadas por los organismos internacionales en materia de supervisión de seguros y reaseguros, en virtud de los cuales se aconseja reconocer legalmente la autonomía funcional de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en el ejercicio de sus funciones supervisoras, se debe también tener muy presente la necesaria adaptación de las estructuras del supervisor, incluyendo sus medios humanos y materiales.

CUARTA. LOS MECANISMOS DE SIMPLIFICACIÓN DE ESTRUCTURAS SOCIETARIAS

Como consecuencia de *Solvencia II*, los grupos aseguradores se están replanteando cuáles son las estructuras idóneas para llevar a cabo la actividad aseguradora de manera más eficiente desde múltiples perspectivas: regulatoria, fiscal, contable o de gobierno corporativo, entre otras.



Las sucursalizaciones son un claro ejemplo de esta tendencia.

Los procesos de sucursalización son procesos de simplificación de estructuras societarias dentro de un grupo de sociedades, mediante la sustitución de sociedades filiales por sucursales de la sociedad operativa en cuestión que se considere conveniente dentro del grupo.

Estos procesos habitualmente se realizan mediante fusiones transfronterizas en las que los activos y pasivos de la sociedad absorbida se asignan a una sucursal de la sociedad absorbente. Se trata de un proceso largo y complejo en el que resulta esencial un análisis y planificación muy exhaustiva antes de iniciarlo.

Hemos identificado distintas áreas de mejora legislativa tanto en la regulación de seguros como en el ámbito propiamente mercantil de cara a agilizar y facilitar estas operaciones transfronterizas tan relevantes en un mercado europeo cada vez más integrado. Todo ello sin menoscabar el respeto de los intereses de los tomadores de seguros, acreedores y demás actores interesados.

En concreto, del estudio realizado en el marco de la ejecución de procesos de sucursalización se recomienda, entre otras, modificar la Directiva de Fusiones Transfronterizas para armonizar determinadas cuestiones, como, por ejemplo, el plazo para el derecho de oposición de acreedores, que permitan lograr acortar plazos e incluso establecer plazos máximos armonizados en las distintas jurisdicciones involucradas.

Igualmente se recomienda evitar incoherencias entre aquel tipo de requisitos regulados en el proceso mercantil de fusión que recoge la LME y la normativa de supervisión de los seguros privados; por ejemplo, en relación con la fecha elegida para los balances de fusión. También creemos que la normativa aseguradora debería indicar expresamente que la eficacia de la cancelación de las autorizaciones regulatorias pertinentes de las sociedades absorbidas quede aplazada al momento en que la fusión que se esté aprobando resulte eficaz desde el punto de

vista mercantil. Asimismo, en cuanto al momento del ejercicio del derecho de resolución, que se otorga a los tomadores de la sociedad española absorbida, entendemos que debería permitirse su ejercicio sólo desde el momento en el que la operación de fusión devenga eficaz y no haya posible marcha atrás de la misma, y no desde su autorización por el Ministerio de Economía y Competitividad (o, alternativamente, condicionar la eficacia de dicho derecho de resolución al momento en que la fusión despliegue todos sus efectos).

Finalmente, dado que la incorporación al Derecho de los Estados miembros de la nueva Directiva de Interconexión de Registros vendrá a mejorar claramente la coordinación entre los registros mercantiles, automatizando las comunicaciones en este tipo de operaciones transfronterizas a través de una nueva plataforma, consideramos que sería conveniente establecer en aras a una mayor seguridad jurídica, mecanismos de coordinación entre las autoridades competentes en el ámbito mercantil y regulatorio. Por ejemplo, estableciendo la obligación de comunicación por parte del Registro Mercantil a la DGSFP de la fecha de eficacia de la fusión tan pronto como reciba notificación del registro de la absorbente lo que redundaría en una mayor seguridad jurídica.

QUINTA. MEJOR PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

La protección de los asegurados se verá notablemente potenciada por las reformas legales en curso del mercado español de seguros tanto en los aspectos de supervisión (borrador de Anteproyecto de Ley de Supervisión de los Seguros Privados, APLSSP, de 8 de mayo de 2012) como en los aspectos de contratación (Anteproyecto de Ley de Contrato de Seguro, APLCS, de 8 de abril de 2011).

Antes de contratar un seguro, el asegurado debe contar con toda la información pertinente y adecuada para formarse un juicio fundado sobre el seguro que se le propone. Ello exige incre-



mentar tanto la cantidad como, muy especialmente, la calidad de la información que se le suministra, para que resulte fácilmente comprensible.

En el momento de contratar un seguro, el asegurador debe entregar al asegurado una póliza en la que figuren exclusivamente las condiciones que resulten aplicables a dicho contrato de seguro, sin obligar al asegurado a hacer interpretaciones complejas sobre cuáles de las condiciones generales, especiales o particulares le vinculan.

Después de contratar un seguro, el asegurado debe tener garantizado el acceso a mecanismos extrajudiciales de solución de conflictos que resulten eficientes. Por ello, deben potenciarse tanto los mecanismos públicos, a través de la DGSFP, como los mecanismos privados, a través del arbitraje genérico o de consumo y la mediación.

SEXTA. NUEVOS HORIZONTES PARA LA MEDIACIÓN EN SEGUROS

La revisión de la Directiva de mediación ocupará un papel relevante en los próximos meses. Consideramos necesario que el texto final sirva para configurar a nivel europeo un mercado de distribución de seguros mejor coordinado y que no genere distorsiones competitivas entre los Estados miembros. En cualquier caso no se debe olvidar que el objetivo final es proteger de una manera efectiva al asegurado que desea acceder a la contratación de un seguro.

El análisis de la nueva Directiva de mediación requiere tener en cuenta no sólo las discusiones que sobre esta propuesta se están realizando. Como hemos tratado de hacer en este trabajo, al mismo tiempo es necesario el análisis de cómo está avanzando MiFID II, el Reglamento PRIPs y UCITS V. Sin embargo, el hecho de que cada propuesta legislativa se moverá a distintas velocidades de tramitación en el Parlamento Europeo y en el Consejo, podría suponer que acaben siendo desarrolladas de distinta forma. A ello contribuye también que EIOPA

realizará propuestas a la Comisión para actos delegados en relación con IMD II, la orientación en distintos aspectos, mientras que otro organismo, ESMA, hará lo propio para MiFID II y UCITS V.

Uno de los principales objetivos que persigue IMD II es incrementar los mecanismos de protección del consumidor en línea con la normativa MiFID y con la intención de evitar que se produzcan situaciones de malas prácticas en la comercialización de productos financieros como, por ejemplo, las que se han puesto de manifiesto en el contexto de la actual crisis financiera. Desde la perspectiva española, no sería apropiado equiparar la situación del sector asegurador con la del sector financiero, afectado por el escándalo de las participaciones preferentes. Si bien la situación no es la misma en todos los Estados de la UE, nos encontramos, curiosamente, con que algunos de los países en los que han surgido los mayores escándalos en relación con comercializaciones inapropiadas de seguros aplicaban ya la normativa MiFID a la venta de seguros, lo que también pone de manifiesto que estas normas no tienen por qué ser la panacea que solucione eventuales malas prácticas de comercialización.

Asimismo, la aplicación de principios MiFID al ámbito asegurador no es una aplicación obvia que se pueda hacer de manera automática, sin más, ya que habría que tener en cuenta las particularidades del mercado asegurador y de sus productos.

En lo que a España respecta, la aprobación de IMD II en las líneas en las que ha sido propuesta tendría un impacto muy significativo en la actual configuración de la mediación de seguros, afectando tanto a mediadores, aseguradoras, como a otros operadores que pasarían a prestar servicios considerados ahora de mediación.

Dado el carácter omnicompreensivo de IMD II, entendemos que va a producirse una «absorción» de distintas figuras que participan, de una u otra manera en la distribución de seguros y que no son actualmente mediadores, hacia la mediación. De confirmarse este efecto habría que analizar



cuidadosamente, así como concretar, en su caso, los principios de un trato proporcional que recoge IMD II para alguna de estas figuras. Entendemos que este fenómeno de «absorción» hacia la mediación no debería afectar a la figura del mero auxiliar externo (no asesor), figura ampliamente extendida en la práctica y cuyos límites de actuación han quedado claramente definidos por la DGSFP.

Adicionalmente, en relación también con el ámbito de aplicación de IMD II, creemos acertado que se trate de aclarar la situación de los comparadores, aunque no deja de resultar paradójico que un tema tan relevante en la práctica se mencione tan solo en la exposición de motivos y con poca precisión técnico-jurídica.

Creemos que deben ser bienvenidas las novedades introducidas en relación con la libertad de establecimiento y la libre prestación de servicios, pero que debería aprovecharse la gran ocasión que supone IMD II para regular expresamente a nivel europeo los criterios de conexión que permiten determinar cuándo estamos ante un servicio transfronterizo de mediación de seguros y en qué país se debe entender que se presta dicho servicio.

En cambio, respecto a la introducción de las obligaciones de información sobre la remuneración, entendemos que habrá que analizar cuidadosamente en qué medida dichas obligaciones van a traer necesariamente aparejadas una mejor gestión de los conflictos de intereses y una mayor protección de los consumidores, especialmente en la comercialización de productos «comoditizados».

Por otra parte, el concepto de ventas no asesoradas debería llevar a replantearse qué debe entenderse por asesoramiento con carácter general y el ámbito de este en relación con los distintos tipos de mediadores y de productos, sin perjuicio de que se definan perfectamente las obligaciones de información que se deben de cumplir en las ventas no asesoradas.

Asimismo, si la versión final de MiFID II no prohibiera las ventas vinculadas, IMD II no debería contener dicha prohibición y lo razonable parecería volver a los términos en que estas ven-

tas se regulan en MiFID II, es decir, limitando la regulación al cumplimiento de una obligación de información y acotando además el contenido de esta teniendo en cuenta las particularidades del mercado asegurador. En cualquier caso, si finalmente se decidiera ir más allá de una mera obligación de información, esta cuestión debería ser objeto de un análisis detallado. Entendemos que una prohibición genérica de ventas vinculadas, podría plantear importantes problemas en la práctica aseguradora dónde ciertos seguros se comercializan con determinados servicios para hacerlos más atractivos.

Finalmente, indicar que a la luz de los numerosos requisitos introducidos, y teniendo en cuenta la experiencia MiFID en el ámbito financiero, podría ser conveniente que la DGSFP (sin perjuicio de lo que se establezca a nivel comunitario por medidas de nivel 2), elaborara, de la misma forma que ha hecho la CNMV, en relación con los productos financieros, las correspondientes guías detalladas mediante las que se orientara sobre el correcto modo de cumplir con los nuevos requisitos.

A LAS ENTIDADES

SÉPTIMA. LA IGUALDAD DE GÉNERO LLEGA AL SEGURO: LAS TARIFAS UNISEX

A partir del 21 de diciembre de 2012 todas las entidades aseguradoras de la UE Europeo tienen la obligación de calcular las primas de seguro para toda la nueva producción independientemente del sexo del cliente. Así lo afirmó la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea del 1 de marzo de 2011 al declarar plenamente aplicable al seguro la Directiva 2004/113/CE, por la que se prohíbe toda discriminación por razón de sexo.

En lo que se refiere a la reforma en materia de igualdad de género, además de considerar el coste de adaptación y de gestión administrativa que implicará para las entidades aseguradoras, se deberán analizar el impacto en precios, derivado de la necesidad de tarificar con arreglo a los nuevos parámetros normativos.



Las primas unisex deberían reflejar la composición de la cartera, tanto el porcentaje de hombres y de mujeres que serán asegurados, como el porcentaje del conjunto de entidades.

Desde la entrada en vigor de la Directiva se separa claramente el papel de los actuarios en la valoración del riesgo y provisiones y su papel en la tarificación, que además con la cooperación con los departamentos de marketing y ventas, debe garantizarse que la prima siga siendo proporcional al riesgo cubierto.

Se recomienda continuar recopilando toda la información relevante del asegurado incluido el sexo, aunque no pueda usarse en la tarificación. Cualquier factor que lleve al conocimiento del riesgo que adquiere la aseguradora será posible usarlo en la toma de decisiones internas de la compañía. El no poder usar el factor género en la fijación del precio no implica hacer caso omiso del riesgo contraído. Aun más sabiendo que la estadística y la experiencia dictan que es un factor de referencia.

Se recomienda, prestar más atención que en el pasado a la calidad de la información sobre los asegurados que se realiza en las entidades de seguros, dado que determinada información, si es fiable y veraz, puede constituir un factor de tarificación y de valoración del riesgo de tanto o más valor que el sexo.

Las bases de datos de asegurados requieren de una evaluación constante de su calidad. La definición de la calidad de datos es un concepto que tiene seis dimensiones: validez, integridad, exhaustividad, coherencia, precisión y oportunidad. La validez se refiere a los valores registrados en realidad dentro del rango de valores posibles. La integridad es la coherencia entre las entidades y atributos, como su fecha de nacimiento es antes de la fecha de expedición de la licencia de conducir, por ejemplo. La exhaustividad requiere que los datos estén completos. Estas tres magnitudes son fácilmente verificables. Las otras tres resultan ser un talón de Aquiles. La consistencia, que se refiere a la duplicación y realización de comprobaciones cruzadas de sistemas, la precisión, lo que indica que los datos requieren la verificación y la oportu-

nidad que significa que la información debe ser actualizada constantemente, son elementos difíciles de mantener en la práctica.

La modelización actuarial se perfila como el instrumento más útil para la valoración de riesgos en un momento en el que la tarificación se distancia de ser proporcional a la aportación concreta al riesgo colectivo que supone el asumir una nueva póliza y tiene que acomodarse a las circunstancias normativas.

OCTAVA. VENTANAS DE OPORTUNIDAD: CONOCE AL CLIENTE, RECONOCE SU VALOR, DINAMIZA EL EMPEÑO COMERCIALIZADOR

Fidelizar al asegurado

Las técnicas estadísticas proporcionan hoy en día a las entidades múltiples herramientas para el estudio y control de la caída de cartera. Además en el contexto económico actual resulta especialmente importante llevar a cabo acciones dirigidas a fidelizar y mantener en cartera a aquellos asegurados que generan beneficio para la compañía. Por todo ello, nuestra recomendación en este sentido es la implementación en las entidades de sistemas de control como los descritos con el empleo de las técnicas estadísticas adecuadas.

En el contexto económico actual recomendamos implementar un sistema que permitiera a las compañías tener una aproximación para cada asegurado de la probabilidad de cancelación, su valor y duración de vida como cliente, ésta última especialmente para los asegurados que hayan realizado ya alguna cancelación. Todo ello proporcionará a la compañía una orientación sobre cómo dirigir las campañas destinadas a retener a sus asegurados y evitar así perder cuota de mercado.

Nuevas modalidades de comercialización y tarificación

La venta cruzada se perfila hoy en día como una de las oportunidades que tienen las compañías



para aumentar su cuota de mercado. Nuestra recomendación en este sentido sería la implementación de sistemas que ayuden a decidir qué productos ofrecer a cada cliente. Esto garantizará que la venta cruzada y los recursos destinados a ella tendrán al final un efecto positivo en las cuentas de la compañía.

Todas estas evidencias, nos llevan a concluir que la utilización de estas técnicas en el ámbito asegurador aporta importantes beneficios a la compañía aseguradora en el contexto actual. Nuestra recomendación es por tanto la implementación de sistemas innovadores para orientar la toma de decisiones en el ámbito del marketing en seguros.

La implementación de una tarificación basada en el uso supone una línea de mejora para las compañías, que debe ser recomendada a la vista del escenario actual.

La aparición de buscadores y comparadores de productos aseguradores en Internet suponen una oportunidad para el sector al servir como nuevo canal de difusión (entre los que se incluyen también las redes sociales), pero al mismo tiempo la falta de una regulación al respecto ocasiona desprotección para el asegurado y para la compañía.

Nuevos productos

La expansión en nuevos sectores y productos al alcance de las compañías, como por ejemplo los ligados a la telefonía móvil (seguro de sustracción, pérdida o uso ilegítimo del móvil), la lucha contra la intromisión y la protección de la privacidad (seguro de suplantación de la identidad en el negocio electrónico, uso fraudulento de tarjetas de crédito, etc.), y la protección ante situaciones de desempleo (seguro de complemento a la prestación por desempleo), entre otros.

La prestación de servicios integrales al asegurado, como la obtención de descuentos en los cursos para obtener el permiso de conducir y la comercialización de paquetes de viajes ligados al seguro del automóvil, así como las actividades de

salud preventiva que se ofrecen ligadas al seguro de salud.

Por último, conocer cuál será la aceptación del producto asegurador tradicional por parte de las nuevas generaciones marcadas por el contexto de crisis actual, principalmente en su predisposición a contratar productos distintos de los obligatorios.

La interface público-privada

Existen ventanas de oportunidad que el sector asegurador debe aprovechar para crecer con rentabilidad. La cobertura de los servicios que la sociedad del bienestar demanda, asociados en mayor o menor medida a las prestaciones que la Seguridad Social deje de prestar pueden ser un buen ejemplo de ello.

NOVENA. EL SEGURO DE VIDA Y LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES

La reforma del sistema de pensiones recogida en la Ley 27/2011 de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social es la más importante y profunda de todas las que se ha llevado a cabo en el sistema de pensiones español. La aplicación de la reforma de 2011 supone un retraso de la edad de jubilación, un incremento en el período que se computa para calcular la pensión, una modificación de la escala de los porcentajes aplicables a la base reguladora y la aplicación, todavía no concretada, de lo que se denomina el factor de sostenibilidad, que supondrá la revisión automática de algún parámetro fundamental del sistema en función de la evolución de la esperanza de vida.

La reforma de 2011 implica una reducción de prestaciones para el cotizante que afecta tanto a la pensión, puesto que su cuantía resulta reducida, como al período de cobro de la misma, puesto que se incrementa la edad de jubilación. Si se quiere mantener el mismo poder adquisitivo que durante la vida activa, todo ello se traduce en un



incremento de la necesidad de complementar la pensión. Esta necesidad de complementar, que ya existía antes de la reforma, resulta incrementada tras la aplicación de la Ley 27/2011, tanto más cuanto algunos de los parámetros, tales como la edad de jubilación o los años cotizados, no son elegibles. Las consecuencias que se pueden prever de la tendencia que muestran las posibles reformas de la reforma de 2011 redundan en la reducción de la prestación de jubilación y, por tanto, en el incremento de la necesidad de complementar.

Esta necesidad de complementar ha sido puesta de manifiesto a lo largo de todo el análisis y, para que no sea excesivamente costosa, requiere que se realice una adecuada planificación del ahorro necesario que hay que destinar durante gran parte de la vida activa. Para llevar a cabo esta planificación, las reglas de cálculo han de ser conocidas, inteligibles y determinadas. Por ello, una de las recomendaciones de este trabajo es que las reformas que sean necesarias sean acometidas e informadas convenientemente y lo hagan de una forma definitiva.

En este punto, hemos de llamar la atención sobre la necesidad de mejorar la cultura aseguradora de Vida de los españoles, para complementar sus pensiones públicas de jubilación. La errática política fiscal no incentiva el ahorro a largo plazo, excepción hecha de los planes de pensiones y ha creado una gran inseguridad entre los potenciales asegurados, por los continuos cambios del tratamiento fiscal de los seguros de vida. Resulta especialmente llamativo el caso de los seguros de rentas, vitalicias o temporales.

A modo de conclusión, el objetivo de todas las operaciones de ahorro pensión debería ser que su rentabilidad financiero fiscal no difiriera mucho de la rentabilidad financiera. Es decir, que no existiera imposición sobre este tipo de operaciones.

DÉCIMA. LOS SEGUROS DE SALUD

En el contexto de la sanidad pública, el término copago implica que los usuarios de los servicios

tengan que pagar una cantidad de dinero cada vez que hacen uso de los mismos. En España dicho copago ya se utiliza en lo que respecta al uso de fármacos.

Según los datos de la OCDE en 2009, existe una relación positiva entre el PIB per cápita y los gastos sanitarios de un país, sean estos públicos o privados. Ello implica que cuanto mayor es la riqueza de los individuos mayores son sus exigencias de salud, lo cual puede llevar a la insostenibilidad de un sistema de salud público universal.

Por el contrario, no existen evidencias de que exista relación entre el porcentaje del gasto en seguros privados de salud sobre el total del gasto sanitario y la existencia del copago. En el informe de 2009 de la OCDE se analiza en porcentaje de gastos en seguros privados de salud para 17 países en Norteamérica, Oceanía y Europa. Centrándonos en el caso europeo, si comparamos estos porcentajes con la mayor o menor implantación del copago sanitario, nos encontramos distintas situaciones. Países como España, Portugal, Holanda, Bélgica y Luxemburgo tienen un porcentaje del gasto en seguros de salud privado entre el 4% y el 6%. Sin embargo, los sistemas del copago en estos países son muy diversos, yendo desde el caso español, donde el copago sólo existe en los fármacos, hasta países como Bélgica, que tienen implantado el copago en todos los servicios sanitarios públicos. Por otro lado, Alemania y Francia, que también poseen copago en todos los servicios que ofrecen sus sistemas de salud público poseen un porcentaje de gasto en seguros de salud privados superior al 10%, alcanzando casi el 15 % en el caso francés.

En España, si comparamos entre comunidades autónoma (CCAA), se observa cierta relación entre la renta per cápita y la penetración del seguro de salud privado. Territorios como Cataluña, Madrid y las Islas Baleares son aquellos que poseen un mayor porcentaje de gastos en sanidad privada (UNESPA, 2010).

No parecen existir evidencias que relacionen el copago con el seguro de salud privado. Lo que sí que se vislumbran son distintos factores que



pueden influir en la mayor o menor penetración del seguro de salud privado en una población. Por un lado, existe un efecto renta, cuanto más rico es un país mayores son sus exigencias en salud y por tanto mayores los gastos, sean estos por parte del estado o por parte de los particulares. Por otro lado, también es importante tener en cuenta la calidad de los servicios, tanto públicos como privados, la decisión final del paciente también depende de ello.

UNDÉCIMA. LOS SEGUROS DE DEPENDENCIA ANTE LA REFORMA DEL SISTEMA

Avanzar en el desarrollo de los seguros privados de dependencia como una opción adecuada para garantizar los cuidados de larga duración en

España, teniendo en cuenta que el envejecimiento de la población y el cambio estructural de las familias sigue produciéndose, y la cobertura pública no parece estar garantizada.

Se recomienda a las entidades aseguradoras que oferten seguros de dependencia, que hagan revisiones de las primas incluso anualmente, debido a la incertidumbre sobre la evolución del fenómeno de la dependencia, y a la escasa experiencia que aún existe en nuestro mercado. De hecho, salvo en caso de accidente, la pérdida de autonomía suele ser progresiva, por lo que la realización de un examen médico al asegurado puede ser fundamental para conocer los factores agravantes del riesgo.

Y, con carácter general, se recomienda avanzar en la aplicación de políticas preventivas de la dependencia, que retrasen la entrada en situación de dependencia.



I. EL SEGURO ESPAÑOL EN 2011-2012

Lluís Bermúdez Morata. RISC-IREA, Universidad de Barcelona
Joan Casanovas Arbo. RISC-IREA, Universidad de Barcelona
Miguel Santolino Prieto. RISC-IREA, Universidad de Barcelona

En el presente capítulo, con el objetivo de plasmar la evolución del sector asegurador español y su situación actual en un contexto de crisis económica, se muestran y comentan una serie de datos económicos del sector asegurador que provienen de diferentes fuentes de información, siendo la más consultada el informe anual de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, concretamente el informe del año 2011. Por esta razón la mayoría de secciones de este capítulo hacen referencia a la situación del sector hasta 31 de diciembre de 2011. No obstante, en la fecha en la que se escribe este capítulo ya están disponibles algunos datos económicos del primer semestre de 2012, en este caso, el informe elaborado por ICEA a partir de los datos provisionales de las entidades afiliadas a esta institución. Con el fin de mostrar los últimos datos disponibles y, al mismo tiempo, evitar confusiones producidas por la mezcla de datos y fuentes de distinta natu-

raleza, se ha incluido una sección (1.8) dedicada a estos datos.

1.1. SITUACIÓN DEL SEGURO EN EL CONTEXTO ECONÓMICO ACTUAL

La crisis que atraviesa el conjunto de la economía española ha tenido su impacto en el conjunto de entidades aseguradoras y gestoras de planes de pensiones que conforman el sector asegurador español. El crecimiento sostenido de este sector en los primeros años de la década ha sufrido un estancamiento desde el inicio de la crisis en 2008. El volumen de primas de seguros devengadas, en cifras redondas, pasó de los 45 mil millones en 2004 hasta los 60 mil millones de euros en 2008. Sin embargo, desde el año 2008, el volumen de primas de seguros devengadas se ha estabilizado entorno a los 60 mil millones de euros (tabla 1).

**TABLA 1. EL SEGURO EN LA ECONOMÍA ESPAÑOLA
AÑOS 2007-2011 (Datos en millones de euros)**

	2007	2008	2009	2010	2011
Primas devengadas brutas	55.775	60.225	61.931	58.373	61.045
PIB a p.m. (*)	1.049.848	1.095.163	1.051.151	1.062.591	1.073.383
Primas brutas/PIB a p.m.	5,31%	5,50%	5,89%	5,49%	5,69%
Primas brutas/habitante (euros)	1.234	1.305	1.304	1.241	1.294

(*) p.m. indica precios de mercado.

Fuentes: INE (2012) y DGSFP (2012).

**TABLA 2. PENETRACIÓN DE LOS SEGUROS EN LOS HOGARES ESPAÑOLES (*)**

Número de seguros	Porcentaje de hogares
Cinco seguros	10,4%
Cuatro seguros	9,2%
Tres seguros	23,3%
Dos seguros	34,3%
Un solo seguro	17,4%
Ningún seguro	5%

(*) Se incluyen seguros de automóvil, salud, vivienda, decesos y responsabilidad civil. Los seguros de vida quedan excluidos.
Fuente: UNESPA (2012a).

**TABLA 3. VOLUMEN DE PRIMAS POR RAMOS PARA DIFERENTES PAÍSES, 2010
(Datos en millones de euros)**

País	Primas VIDA	Primas NO VIDA	TOTAL
Reino Unido	161.297	72.559	233.855
Francia	145.152	66.119	211.271
Alemania	86.647	94.251	180.898
Italia	92.074	39.440	131.514
Holanda	18.935	54.276	73.211
España	25.768	31.819	57.587
Irlanda	29.642	6.492	36.133
Bélgica	20.653	10.352	31.005
Suecia	22.185	6.643	28.828
Dinamarca	14.337	7.877	22.214
Luxemburgo	22.562	2.338	24.901
Austria	7.558	9.212	16.770
Finlandia	13.446	3.469	16.916
Portugal	12.219	4.209	16.428
Polonia	6.772	6.627	13.399
República Checa	2.786	3.183	5.970
Grecia	2.388	2.204	4.592
Hungría	1.612	1.404	3.016
Eslovenia	656	1.438	2.094
Eslovaquia	941	1.027	1.967
Malta	344	761	1.105
Chipre	376	439	815
Lituania	156	293	449
Letonia	--	--	--
Estonia	--	--	--
TOTAL UE-25	688.508	426.431	1.114.939
ESTADOS UNIDOS	381.857	497.786	879.643
JAPÓN	332.617	87.870	420.487
CHINA	107.867	54.030	161.897
RESTO DEL MUNDO	387.057	299.024	686.081

Fuente: ICEA (2012a).

Tras alcanzar su máximo en 2009, el volumen de primas de seguros devengadas sufrió un descenso en 2010 del que se recuperó en 2011, alcanzando los 61 mil millones de euros. Si relativizamos esta última cifra a la población y riqueza del país (ratios de densidad y penetración, respectivamente), supone una media de 1.294 euros al año por habitante, y un 5,7% del Producto Interior Bruto de nuestro país. Estos datos ponen de manifiesto la magnitud del sector asegurador en la economía española y, al mismo tiempo, reflejan la buena salud de la que goza el sector asegurador en comparación con la evolución de la mayoría de los sectores de la economía española.

Centrándonos de nuevo en el volumen de primas, el sector asegurador español se sitúa en el sexto puesto dentro de la UE (tabla 3), tan sólo por debajo de países que históricamente han albergado importantes multinacionales aseguradoras. El peso de los ramos de vida y no vida es similar en España y parecido al que se observa en Alemania. Otros países, como Reino Unido y Francia, con multinacionales más dedicados al ramo de vida, presentan un mayor peso de la primas de vida.

Focalizando nuestra atención en el sector asegurador español, en las tablas 4 y 5, presentamos la estructura de los ramos de vida y no vida respectivamente. La tabla 4 recoge la estructura del seguro de vida en España en el año 2011, diferenciando

entre los seguros de riesgo de fallecimiento, los de dependencia y los de ahorro-jubilación, y teniendo en cuenta el número de clientes y el volumen de ahorro gestionado. Por su parte, la tabla 5 recoge el volumen de primas y su peso relativo para los ramos de no vida en España en el año 2011.

Según los datos presentados en la tabla 4, el ramo de vida concentraba en España en el año 2011 un total de 38.065.022 clientes, con un volumen de ahorro gestionado de 187 mil millones de euros aproximadamente. Los planes de pensiones gestionados por entidades aseguradoras representan un pequeño porcentaje de este total. Dentro de los seguros de vida, los seguros de riesgo de fallecimiento son los más extendidos por número de clientes y gestionan un total de 5.445 millones de euros en primas. Los seguros de ahorro, en cambio, representan un menor porcentaje de los clientes pero gestionan más de 148 mil millones de euros. El seguro de dependencia sigue siendo testimonial en el total de los seguros de vida. Si desglosamos el seguro de ahorro-jubilación por tipos de productos, observamos como los seguros tradicionales (capitales diferidos y rentas) siguen siendo los más importantes, tanto en clientes como en volumen. Destacar que los PPA y los PIAS, los productos más modernos, ya superan los seguros *unit linked* en número de clientes, si bien estos últimos presentan aún un mayor volumen de ahorro gestionado.

TABLA 4. ESTRUCTURA DEL RAMO DE VIDA ESPAÑOL SEGÚN NÚMERO DE CLIENTES Y AHORRO GESTIONADO, 2011

Ramo Vida	Número de clientes	Ahorro gestionado (millones euros)
Seguros de Vida	33.171.397	153.860,12
Riesgo	23.324.398	5.445,47
Seguros de Dependencia	19.266	4,88
Seguros de Ahorro-Jubilación	9.827.733	148.409,77
<i>Planes de Previsión de Asegurados</i>	893.032	8.701,57
<i>Capitales diferidos</i>	4.289.456	40.582,08
<i>Rentas Vitalicias y Temporales</i>	2.863.489	78.327,71
<i>Planes Individuales de Ahorro Sistemático</i>	647.921	2.596,95
<i>Unit linked</i>	1.133.835	18.201,46
Planes de pensiones gestionados por Entidades Aseguradoras	4.893.625	33.636,16
TOTAL	38.065.022	187.496,29

Fuente: ICEA (2012b).

**TABLA 5. VOLUMEN DE PRIMAS EMITIDAS POR RAMOS NO VIDA EN ESPAÑA, 2011.**
(Datos en millones de euros)

Ramo	Primas	% sobre total de primas
Automóviles	11.270	35,53%
Asistencia sanitaria y enfermedad	6.589	20,77%
Multirriesgos	6.508	20,52%
Decesos	1.756	5,54%
Responsabilidad civil	1.534	4,84%
Accidentes	899	2,83%
Otros daños a los bienes	964	3,04%
Crédito y Caucción	773	2,44%
Transportes	487	1,54%
Asistencia	319	1,01%
Incendios	182	0,57%
Defensa jurídica	102	0,32%
Pérdidas pecuniarias	340	1,07%
TOTAL	31.723	100%

Fuente: ICEA (2012a).

Según la tabla 5, el ramo de seguros no vida o seguros generales, entre los que se encuentran los seguros de automóviles, salud, multirriesgos, responsabilidad civil, otros daños a los bienes, decesos, crédito y caución, asistencia, transportes, incendios, pérdidas pecuniarias y defensa jurídica, concentraba un volumen de primas de 31.723 millones de euros en el año 2011. El seguro de automóviles es el ramo de no vida con mayor volumen de primas, representado casi el 36% del total. Si añadimos el ramo de asistencia sanitaria y enfermedad y el de multirriesgos, estos cuatro ramos representaron conjuntamente más del 75% de las primas en el año 2011.

Finalmente, como es bien conocido, la crisis económica ha tenido un impacto muy negativo en los niveles de desempleo del país. Sin embargo, según el informe de UNESPA (2012b), el sector asegurador se sitúa en el estrecho club de sectores de actividad económica que, en medio de una crisis tan profunda como la actual, mantiene o incluso incrementa su nivel de empleo. La industria aseguradora se presenta pues como un sector estratégico para nuestra economía desde el punto de vista de la generación neta de empleo. En el curso del año 2010, según los últi-

mos datos disponibles, el sector asegurador creó empleo directo. Más concretamente, la información procedente de los datos de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones indica que el empleo en el año 2010 creció en 2.096 personas, casi seis diarias, hasta llegar a 50.212 personas, lo que representa un aumento anual del 4,3%. Si bien estos cálculos no incluyen el empleo indirecto, principalmente aquel referido a las redes de distribución, el hecho de que la cifra del empleo asegurador directo se haya mantenido e incluso incrementado durante el año 2010 es un importante síntoma de mantenimiento de la actividad.

En la misma línea, y tomando como referencia las series estadísticas de la Encuesta de Población Activa (EPA), realizadas con otra metodología, adjudican al sector asegurador una cifra de empleados (en el ramo de actividad del sector seguros, reaseguros y fondos de pensiones¹) en el año 2010 de unos 130.000, sólo unas 5.000 personas menos que en 2009. Este leve descenso,

¹ En la categoría 66, según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE).

probablemente causado por el mencionado empleo indirecto, resulta destacable en un contexto en el que el número total de ocupados se redujo de forma mucho más acentuada para el conjunto de la sociedad española.

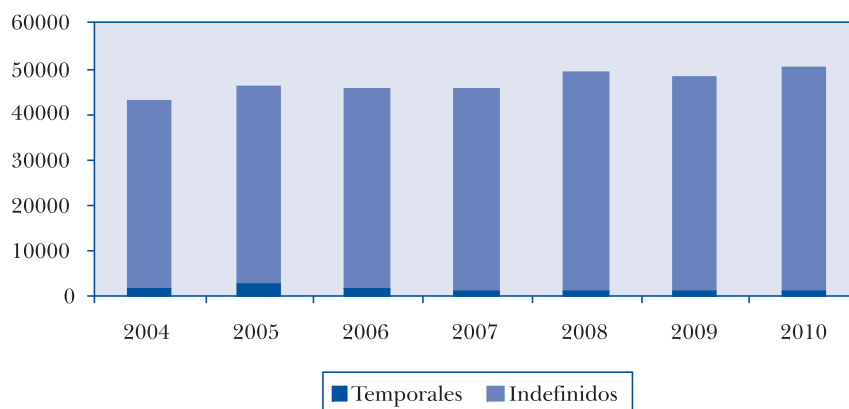
Otro factor favorable para el conjunto de nuestra economía, desde el punto de vista de la ocupación es el hecho de que en comparación a otros sectores la industria aseguradora apuesta por un empleo estable para sus plantillas. Las entidades aseguradoras implantadas en España presentan una tasa de temporalidad del 2,46%, diez veces más baja que la tasa general (UNESPA, 2012b). Sin apenas diferencias entre hombres y mujeres, la característica indefinida de los contratos de trabajo queda de manifiesto en la tabla 6. Los empleados en el sector asegurador tienen una edad media cercana a los 41 años y una antigüedad media en la empresa de casi 12 años. La evolución de la composición del empleo directo en el sector asegurador puede observarse en la figura 1.

En su informe sobre el empleo en el sector asegurador, UNESPA (2012b) realizó, en las últimas semanas del 2011, una encuesta a los responsables de Recursos Humanos de 56 entidades

aseguradoras sobre cuál eran las previsiones generales en materia de empleo para el futuro más próximo. El 23,2% de los encuestados afirmaron que tenían necesidad de ampliar su plantilla para habilidades determinadas, mientras que casi un 2% afirma que su posición básica frente al empleo se basa en aumentar la plantilla de forma genérica. En resumen, una de cada cuatro entidades encuestadas piensa en aumentar su plantilla en breve. Un 60,7% de las entidades, por su parte, tienen la intención de mantener su nivel de empleo, mientras que sólo un 14,3% confesó que tenía intención de reducir su fuerza laboral (figura 2).

A la hora de valorar las habilidades demandadas en las necesidades de los aseguradores, se solicitó a las entidades que valorasen de 0 a 10 determinados perfiles. Los resultados de esta pregunta (Tabla 7), indican que la principal demanda se refiere a profesionales de departamentos comerciales, seguido de los profesionales de orden técnico (actuarios) y de las personas para la atención al cliente (*call center*). Aunque en menor medida, también es relativamente elevada la demanda en el caso de los profesionales de sistemas e informática y contabilidad y auditoría.

FIGURA 1. COMPOSICIÓN DEL EMPLEO DIRECTO DEL SECTOR ASEGURADOR

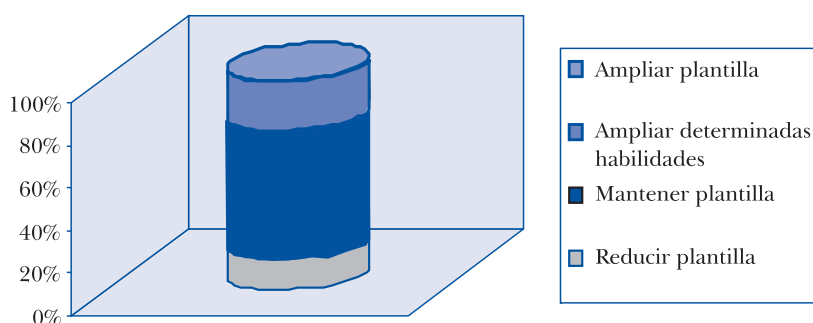


Fuente: UNESPA (2012a) y EPA (2012).

TABLA 6. TEMPORALIDAD POR SEXOS, 2011

	Indefinido	Temporal	Total
Hombre	49,12%	1,06%	50,18%
Mujer	48,43%	1,39%	49,82%
Total	97,54%	2,46%	100%

Fuente: ICEA (2012a).

FIGURA 2. PREVISIÓN DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS PARA EL FUTURO MÁS PRÓXIMO EN MATERIA DE EMPLEO


Fuente: UNESPA (2012a; 2012b).

TABLA 7. HABILIDADES DEMANDADAS POR LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

Habilidad	Posición según nivel de importancia
Ventas y marketing	1
Actuarial	2
Atención al cliente	3
Informática	4
Contabilidad	5
Financiero	6
Tramitadores	7
Análisis de datos	8
Jurídico	9
Administrativos	10
Médicos	11

Fuente: UNESPA (2012b).

1.2. MODIFICACIONES DEL MARCO REGULATORIO EN EL MERCADO ESPAÑOL

No existen importantes novedades en el ámbito del marco regulatorio, si bien están en proceso de tramitación la reforma de las dos principales normas que rigen el sector asegurador español, la Ley de supervisión de seguros privados y la Ley de contrato de seguro.

La incorporación a nuestro ordenamiento de la Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre el seguro de vida, el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio (en adelante directiva de Solvencia II), supone la publicación de una nueva normativa de supervisión. De este modo, en julio de 2011 el anteproyecto de Ley de supervisión de los seguros privados fue aprobado por el Consejo de Ministros como proyecto de Ley. No obstante, la disolución de las Cortes Generales como conse-

cuencia de la convocatoria de elecciones generales provocó la caducidad del proyecto. Previsiblemente, a lo largo de 2012 o principios de 2013 concluirá el nuevo proceso de tramitación.

Por otro lado, la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, una Ley con más de 30 años de vigencia, debe ser objeto de diversas modificaciones parciales que obedecen, por un lado, a la incorporación de la normativa comunitaria en materia de control de las entidades aseguradoras o de protección de los asegurados, y por otro, a la necesidad de atender a las nuevas circunstancias impuestas por la evolución del sector asegurador. El 19 de julio de 2011 el anteproyecto de Ley fue presentado en el Consejo de Estado pero de nuevo la convocatoria de elecciones generales y la disolución de las Cortes Generales paralizó el proceso de tramitación que será reiniciado durante 2012.

Dejando de un lado las Órdenes y Resoluciones que anualmente se aprueban, por ejemplo, las Resoluciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones por la que se publica el tipo máximo a utilizar en el cálculo de la provisión de seguros de vida, de aplicación al ejercicio 2011, o las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultarán de aplicar durante 2011 el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, durante el año 2011 se han aprobado dos Leyes generales que afectan directamente al sector asegurador. Nos referimos a la Ley 2/2011 de Economía Sostenible y la Ley 27/2011 sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social.

En el ámbito asegurador y de los planes y fondos de pensiones la Ley de Economía Sostenible incluye importantes medidas de reforma que conviene destacar. Las reformas introducidas en estos ámbitos se dirigen a mejorar la tutela de los derechos de los asegurados, fomentar el desarrollo de la actividad económica en el sector asegurador, mediante la transparencia en la mediación de seguros y reaseguros y a la simplificación y agilización de trámites administrativos. Como

consecuencia de esta Ley, en el ámbito de la mediación de seguros, se aprueba el Real Decreto 1490/2011 por el que se modifica el Real Decreto 764/2010 por el que se desarrolla la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados en materia de información estadístico-contable y del negocio, y de competencia profesional.

Por otro lado, la Ley 27/2011 sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, contiene disposiciones que afectan a los instrumentos de previsión social complementaria y, por tanto, a la gestión de los planes y fondos de pensiones.

1.3. EVOLUCIÓN DE LA CUOTA DE MERCADO DE LAS ENTIDADES ASEGURADORAS

La evolución en el número de entidades de seguros privados en España según su forma jurídica desde 2004 hasta 2011 queda recogida en la tabla 8. La tendencia observada para este periodo es de una continúa concentración en el número de entidades que operan en el sector asegurador, pasando de 328 entidades que se dedicaban al seguro directo en 2004 a 277 entidades en 2011. La crisis económica parece haber acelerado este proceso, ya que en 2009 el número de entidades era de 292. Este proceso de concentración, en los últimos años, se debe casi exclusivamente a la reducción en el número de sociedades anónimas.

En la tabla 9 se presenta la evolución del *ranking* de grupos aseguradores en seguro directo según su cuota de mercado durante el período 2008-2011. A finales de 2011, el grupo Mapfre sigue liderando con diferencia el sector y es el único grupo asegurador que tiene una cuota de mercado superior al 10% en seguro directo en España. Sin embargo, en los últimos años, la diferencia respecto al segundo se ha acortado drásticamente debido a la evolución de la cuota de mercado del grupo La Caixa. En 2008 el grupo La Caixa ocupaba la novena posición por cuota de mercado de seguro directo, convirtién-



dose en el cuarto grupo a finales del 2009, y el segundo, hasta casi obtener una cuota del 10%, a finales del 2010. Esta cuota se ha visto ligeramente reducida en 2011, sin perder el segundo puesto, por la pérdida de la cartera de SegurCaixa Adeslas que pasa a manos de Mutua Madrileña. Esta última entidad consigue con esta incorporación y la de la cartera de vida de Aresa la tercera posición del *ranking*, adelantando así a

Zurich, que pierde peso al desprenderse de las carteras de seguros provenientes de Caixa Sabadell. Sin apenas cambios en su cuota de mercado y prácticamente empatadas, se encuentran a continuación Allianz y el grupo AXA. A nivel agregado, los once primeros grupos aseguradores tienen una cuota de mercado de casi el 63%, siendo del 33% la cuota de mercado que suman los cuatro primeros grupos del *ranking*.

TABLA 8. NÚMERO DE ENTIDADES DE SEGUROS PRIVADOS EN ESPAÑA. SEGÚN SU FORMA JURÍDICA DESDE 2004 HASTA 2011

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Entidades de seguro directo								
Sociedades anónimas	225	215	207	206	204	202	195	188
Mutuas	44	40	38	37	35	34	35	34
Mutualidades de previsión social	59	55	51	52	55	56	55	55
Total entidades de seguro directo	328	310	296	295	294	292	285	277
Entidades reaseguradoras especializadas	2	2	2	2	2	2	2	2
Total entidades de seguros	330	312	298	297	296	294	287	279

Fuente: DGSFP (2012).

TABLA 9. EVOLUCIÓN EN EL RANKING DE GRUPOS ASEGURADORES EN SEGURO DIRECTO EN ESPAÑA

Grupo asegurador	Cuota de mercado Año 2008	Cuota de mercado Año 2009	Cuota de mercado Año 2010	Cuota de mercado Año 2011
Mapfre	13,83%	13,00%	14,68%	13,71%
Grupo La Caixa (*)	3,44%	5,52%	9,79%	8,36%
Mutua Madrileña	2,22%	2,16%	2,36%	5,73%
Zurich	7,82%	9,03%	8,07%	5,33%
Allianz	5,04%	5,06%	5,14%	4,95%
Grupo AXA	6,14%	5,48%	5,41%	4,86%
Santander Seguros	8,35%	5,82%	3,75%	4,87%
Caser	3,98%	4,00%	4,48%	4,65%
Generali	4,72%	4,31%	3,96%	3,99%
Grupo Catalana Occidente	3,70%	3,62%	3,55%	3,36%
BBVA Seguros	1,84%	2,28%	1,85%	3,07%
Resto	38,92%	39,72%	36,96%	37,12%

(*) *Caifor en 2008.*

Fuente: ICEA (2012c).

Cuando analizamos la evolución del *ranking* de los grupos aseguradores diferenciado por ramos de vida (tabla 10) y no vida (tabla 11), observamos una mayor concentración en el ramo de vida que en el de no vida. En concreto, en el ramo de vida, los primeros 10 grupos aseguradores del *ranking* tienen una cuota de mercado de más del 77%. En cambio, los primeros 10 grupos aseguradores del ramo de no vida alcanzan una cuota del 63%. Además, si atendemos a la evolución del porcentaje de cuota de mercado para el resto de grupos, se observa una mayor reducción en el porcentaje en el ramo de vida que en el de no vida.

En el ramo de vida, destacamos la evolución en sentido inverso que experimenta el grupo La

Caixa, por un lado, y Santander Seguros y Zurich, en menor medida, por el otro lado. Así, el grupo La Caixa se ha convertido en 2011 en el grupo asegurador con mayor cuota de mercado, superando el 17% del total y personándose como el protagonista del proceso de concentración en este ramo. Por su parte, Mapfre ha mantenido su porcentaje de mercado. El ramo de no vida, en cambio, está liderado por el grupo Mapfre con una cuota de mercado que también ha mantenido constante en el período analizado. En este ramo, cabe destacar la evolución de Mutua Madrileña, su apuesta por la compra de carteras le ha llevado hasta el segundo puesto del *ranking*, incluso acortando su distancia a Mapfre.

TABLA 10. EVOLUCIÓN EN EL RANKING DE GRUPOS ASEGURADORES EN PRIMAS DE VIDA EN ESPAÑA

Grupo asegurador	Cuota de mercado Año 2008	Cuota de mercado Año 2009	Cuota de mercado Año 2010 (**)	Cuota de mercado Año 2011
Grupo La Caixa(*)	6,02%	10,58%	14,29%	17,44%
Mapfre	9,68%	9,03%	12,64%	10,99%
Santander Seguros	17,84%	11,86%	7,70%	9,69%
Zurich	12,21%	14,64%	13,02%	7,14%
Aviva	6,98%	6,45%	6,84%	6,19%
Caser	4,11%	4,29%	5,55%	5,93%
BBVA Seguros	3,27%	4,01%	3,20%	5,62%
Aegon	3,50%	5,06%	5,23%	5,59%
IberCaja	3,73%	4,07%	4,38%	5,20%
Generali	4,65%	4,01%	3,54%	3,64%
Allianz	3,19%	3,39%	3,58%	3,36%
Grupo AXA	3,44%	2,65%	2,75%	2,21%
Grupo Catalana Occidente	2,30%	2,35%	2,18%	2,08%
Resto	19,08%	17,61%	15,10%	14,92%

(*) *Caifor* en 2008.

(**) *Estimación asumiendo que el porcentaje de cuota de mercado del total de entidades representadas por ICEA se mantiene constante para los años 2010 y 2011.*

Fuente: ICEA (2010c).

**TABLA 11. EVOLUCIÓN EN EL RANKING DE GRUPOS ASEGURADORES EN PRIMAS DE NO VIDA EN ESPAÑA**

Grupo asegurador	Cuota de mercado Año 2008	Cuota de mercado Año 2009	Cuota de mercado Año 2010(*)	Cuota de mercado Año 2011
Mapfre	17,20%	16,48%	16,24%	16,19%
Grupo Mutua Madrileña	3,91%	3,95%	4,10%	10,69%
Grupo AXA	8,35%	7,99%	7,55%	7,26%
Allianz	6,55%	6,55%	6,37%	6,41%
Grupo Catalana Occidente	4,84%	4,75%	4,64%	4,53%
Generali	4,78%	4,58%	4,28%	4,30%
Zurich	4,23%	4,07%	3,95%	3,69%
Caser	3,88%	3,75%	3,58%	3,49%
Sanitas	3,02%	3,28%	3,36%	3,46%
Santalucía	2,85%	3,03%	3,05%	3,13%
Resto	40,39%	41,57%	42,88%	36,85%

(*) Estimación asumiendo que el porcentaje de cuota de mercado del total de entidades representadas por ICEA se mantiene constante para los años 2010 y 2011.

Fuente: ICEA (2010c).

1.4. SEGUROS DE VIDA Y NO VIDA

Según los datos oficiales de la DGSFP, en el año 2011, el sector asegurador ha experimentado un incremento en el volumen de primas devengadas de un 4,58%, fundamentalmente por el incremento en el ramo de vida, del 8,96%. Para el negocio de no vida, tras dos años de retroceso, se produce un pequeño repunte del 0,70% de variación (tabla 12). Si consideramos el periodo 2007-2011, observamos que el sector asegurador, en su

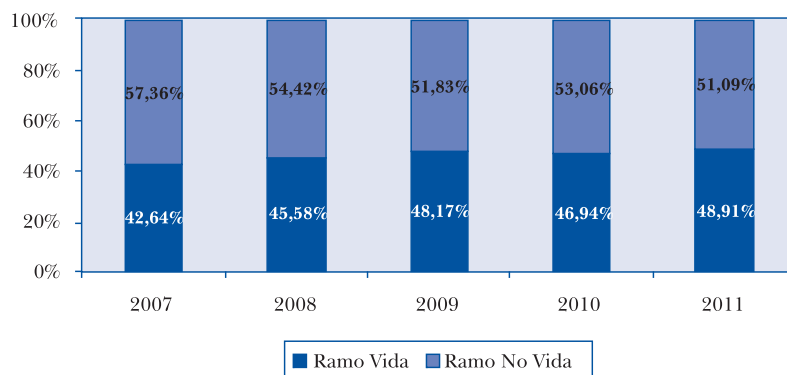
conjunto, ha experimentado un crecimiento en el volumen de primas superior al 9%, cifra muy inferior al crecimiento experimentado en los años anteriores a la crisis económica. No obstante, la crisis económica ha afectado mucho más al negocio de no vida, que ha retrocedido un 2,5% en estos 5 últimos años, que al ramo de vida que ha experimentado un crecimiento del 25%. Se intuye que los seguros de vida han atraído aquel capital más averso al riesgo y a las fluctuaciones que la crisis financiera ha provocado.

TABLA 12. PRIMAS DEVENGADAS BRUTAS SEGÚN RAMO DEL SEGURO (Datos en millones de euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	Tasa de variación 2011/2010
Ramo de vida	23.783	27.448	29.197	27.400	29.856	8,96%
Ramo no vida	31.992	32.777	32.101	30.973	31.189	0,70%
Total sector	55.775	60.225	61.298	58.373	61.045	4,58%

Fuente: DGSFP (2012).

**FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DEL NEGOCIO ASEGURADOR ENTRE RAMO DE VIDA Y NO VIDA
Periodo 2007 – 2011**



Este comportamiento dispar de los dos ramos ha reducido la diferencia entre éstos en el peso que representan cada uno en el total del sector. En la figura 3 se muestra la evolución en la composición del sector asegurador por negocio de actividad para el periodo 2007-2011, según el volumen de primas devengadas. En el sector asegurador español el peso del ramo no vida sigue siendo superior al de vida, aunque en los últimos años se ha equilibrado la balanza. En concreto, en 2007 el ramo de no vida gestionaba un volumen de primas superior en más de 8.200 millones de euros al de vida. En cambio, en el año 2011 esta diferencia se ha reducido a poco más de 1.300 millones (tabla 12).

Dentro del ramo de vida, cuando diferenciamos entre negocio tradicional y seguros *unit-linked*,

apreciamos como el incremento del ramo está causado por la suscripción en el negocio tradicional. En el último año, la suscripción en el negocio tradicional ha aumentado un 13,5%, frente a la contracción del 14,3% experimentada en los seguros *unit-linked* (tabla 13). La aversión al riesgo y la elevada volatilidad de los mercados financieros causada por la crisis han motivado la contracción en la suscripción de los seguros en los que el tomador asume el riesgo de la inversión. La evolución de las provisiones matemáticas confirma la caída progresiva de la suscripción de seguros *unit-linked* así como el incremento de los seguros de vida de negocio tradicional (tabla 14). Concretamente la provisión matemática del negocio tradicional aumenta en 2011 un 5,2%, frente apenas el 2,4% en el que lo hace la provisión de los seguros *unit-linked*.

**TABLA 13. PRIMAS IMPUTADAS BRUTAS EN EL RAMO DE VIDA
(Datos en millones de euros)**

	2007	2008	2009	2010	2011	Tasa de variación 2011/2010
Del negocio tradicional	19.559	22.216	24.292	22.711	25.772	13,48%
<i>Unit linked</i>	4.133	5.221	4.928	4.759	4.076	-14,35%

Fuente: DGSFP (2012).

**TABLA 14. PROVISIONES BRUTAS EN EL RAMO DE VIDA**
(Datos en millones de euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	Tasa de variación 2011/2010
Del negocio tradicional	120.994	122.485	127.739	130.652	137.457	5,21%
<i>Unit linked</i>	12.694	13.263	16.361	17.292	17.707	2,40%

Fuente: DGSFP (2012).

En las siguientes tablas se ha realizado un mayor desglose del ramo de vida, diferenciando, en un primer término, entre seguros de riesgo de fallecimiento y seguros de ahorro y, en un segundo término, desglosando éstos últimos en diferentes productos. En cuanto a la variación en el volumen de primas (tabla 15), observamos que los seguros de riesgo sufren un ligero recorte en el último año y se mantienen entorno a los 3.600 millones. La caída en la suscripción de seguros de amortización de préstamos ligados a la adquisición de una vivienda se presenta como la causa principal de esta evolución negativa. En cambio, los seguros de ahorro experimentan un importante aumento (14,4%) durante el último año. La comentada volatilidad de los mercados financieros ha atraído aquel capital que busca un rendimiento garantizado como el que ofrecen productos como los PPA, PIAS y la mayoría de seguros de rentas. Los seguros de capital y los seguros *unit-linked* quedan al margen de este aumento en el volumen de primas de los seguros de ahorro, aunque por distintas razones.

Es interesante, dentro de los seguros de ahorro, observar el distinto comportamiento en el número de asegurados (tabla 16) y en la prima neta emitida media (tabla 17) a la hora de explicar la evolución en el volumen total de primas. De este modo, podemos constatar como la reducción en el volumen total de primas de los seguros de capital y de los seguros *unit-linked* obedecen a distintos motivos. Por un lado, el número de asegurados, aunque ligeramente, no ha parado de

crecer en los seguros *unit-linked*. Por lo que la reducción en las aportaciones realizadas por los asegurados, como consecuencia de la alta volatilidad de los mercados financieros, conlleva la reducción en la prima media emitida y el correspondiente recorte en el volumen total de primas. Por otro lado, en cambio, los seguros de capital deben su reducción en el volumen total de primas a la evolución negativa en el número de asegurados.

La tabla 18 recoge la evolución en el volumen de primas para los ramos de no vida en España desde el año 2008 hasta el año 2011. Anteriormente señalábamos como el volumen de primas del sector asegurador se había incrementado gracias al comportamiento del ramo de vida y a pesar de la evolución negativa o de casi estancamiento del conjunto de seguros del ramo no vida (tabla 12). No obstante, dentro de los seguros de no vida, no todos los seguros han tenido la misma evolución. La crisis económica ha causado una reducción en el volumen de suscripción en aquellos seguros más ligados a la evolución de la actividad económica, como los seguros de automóviles, de responsabilidad civil o de transporte. En cambio, tres ramos han tenido un crecimiento anual en el volumen de primas, como son los seguros de asistencia sanitaria y enfermedad, multirriesgos y decesos. Los recortes en los servicios sanitarios públicos provocados por la crisis podrían ser la razón principal del aumento en la contratación de los seguros médicos.

**TABLA 15. VARIACIÓN EN EL VOLUMEN DE PRIMAS EMITIDAS NETAS
POR RAMOS DE VIDA
(Datos miles de euros)**

Modalidades	Primas emitidas netas			
	2008	2009	2010	2011
Seguros de riesgo	3.631.672	3.611.315	3.691.922	3.605.274
Seguros de dependencia	342	2.164	2.421	3.369
Seguros de ahorro	22.974.642	24.505.458	22.073.585	25.259.899
<i>Planes de Previsión Asegurados</i>	2.305.650	1.825.449	2.349.790	3.552.597
<i>En capital</i>	8.670.734	8.909.073	7.349.293	7.391.945
<i>En renta</i>	5.354.115	8.466.795	6.751.833	9.103.009
<i>P.I.A.S. (*)</i>	984.108	1.150.414	1.181.589	1.302.935
<i>Unit linked</i>	5.660.036	4.153.728	4.416.080	3.909.413
Total seguros de vida	26.606.656	28.118.937	25.767.928	28.868.542

(*) *Planes Individuales de Ahorro Sistemático.*
Fuente: ICEA (2012b).

TABLA 16. VARIACIÓN EN EL NÚMERO DE ASEGURADOS POR RAMOS DE VIDA

Modalidades	Número de asegurados			
	2008	2009	2010	2011
Seguros de riesgo	23.457.161	23.338.012	23.293.845	23.324.398
Seguros de dependencia	2.622	15.477	17.453	19.266
Seguros de ahorro	9.451.134	9.292.236	9.442.514	9.827.733
<i>Planes de Previsión Asegurados</i>	353.090	457.582	621.700	893.032
<i>En capital</i>	5.046.279	4.652.669	4.424.875	4.289.456
<i>En renta</i>	2.762.708	2.758.511	2.836.681	2.863.489
<i>P.I.A.S. (*)</i>	328.570	453.799	546.170	647.921
<i>Unit linked</i>	960.486	969.675	1.013.088	1.133.835
Total seguros de vida	32.910.916	32.645.725	32.753.812	33.171.397

(*) *Planes Individuales de Ahorro Sistemático.*
Fuente: ICEA (2012b).

**TABLA 17. VARIACIÓN EN LA PRIMA EMITIDA NETA MEDIA POR RAMOS DE VIDA
(Datos en euros)**

Modalidades	Primas emitidas netas por asegurado			
	2008	2009	2010	2011
Seguros de riesgo	155	155	158	155
Seguros de dependencia	130	140	139	175
Seguros de ahorro	2.431	2.637	2.338	2.570
<i>Planes de Previsión Asegurados</i>	6.530	3.989	3.780	3.978
<i>En capital</i>	1.718	1.915	1.661	1.723
<i>En renta</i>	1.938	3.069	2.380	3.179
<i>P.I.A.S. (*)</i>	2.995	2.535	2.163	2.011
<i>Unit linked</i>	5.893	4.284	4.359	3.448
Total seguros de vida	808	861	787	870

Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 18. VOLUMEN DE PRIMAS POR RAMOS NO VIDA EN ESPAÑA
(Datos en millones de euros)**

Ramo	Primas Año 2008	Primas Año 2009	Primas Año 2010	Primas Año 2011
Automóviles	12.138	11.640	11.535	11.270
Asistencia sanitaria y enfermedad	5.580	6.150	6.407	6.589
Multirisgos	6.131	6.097	6.281	6.508
Decesos	1.550	1.672	1.705	1.756
Responsabilidad civil	1.885	1.712	1.623	1.534
Accidentes	962	945	918	899
Otros daños a los bienes	1.400	1.190	1.109	964
Crédito y Caucción	857	880	802	773
Transportes	647	558	494	487
Asistencia	729	316	315	319
Incendios	159	168	179	182
Defensa jurídica	179	107	99	102
Pérdidas pecuniarias	380	319	352	340
TOTAL	32.597	31.753	31.820	31.723

Fuente: Blanco-Morales y Guillén (2010) y ICEA (2012b).

1.5. EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS TÉCNICOS-FINANCIEROS

En general, los resultados técnicos financieros del sector asegurador español en 2010 y 2011 no experimentan grandes oscilaciones. En las tablas 19 y 20 se muestra la evolución trimestral de los resultados técnico-financieros para los ramos de

vida y de no vida, respectivamente. El ramo de vida presenta menos cambios que el ramo de no vida. Como es habitual, en el ramo de vida el resultado técnico es negativo y el resultado financiero es positivo hasta compensar el primero. El resultado técnico-financiero en el ramo de vida se mantiene estable entorno al 6,6% durante estos dos ejercicios, salvo un pequeño repunte en



la primera mitad del 2011. Aún sin grandes cambios en el resultado técnico financiero, el ramo de no vida presenta una tendencia positiva en estos dos años. El resultado técnico en el total no vida en 2011 mejora respecto al ejercicio anterior alcanzando un 7%, compensando de esta mane-

ra la caída del rendimiento financiero. La razón de esta mejora, como puede verse en la tabla 21, se encuentra en un mayor control de la siniestralidad, que desciende hasta el 70% de las primas imputadas netas, en parte afectada por la reducción en el volumen de negocio.

CUADRO 19. EVOLUCIÓN TRIMESTRAL DE LOS RESULTADOS TÉCNICO-FINANCIEROS EN EL RAMO VIDA (en % sobre las primas imputadas netas)

Conceptos	Año 2010				Año 2011			
	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.
Resultado técnico	-15,9%	-17,1%	-17,8%	-16,9%	-11,3%	-13,8%	-14,7%	-15,0%
Resultado financiero	22,6%	23,5%	24,5%	23,4%	20,6%	22,1%	22,0%	21,6%
Resultado técnico-financiero	6,7%	6,4%	6,8%	6,5%	9,3%	8,3%	7,3%	6,6%

Fuente: DGSFP (2012).

TABLA 20. EVOLUCIÓN TRIMESTRAL DE LOS RESULTADOS TÉCNICO-FINANCIEROS EN EL RAMO NO VIDA (en % sobre las primas imputadas netas)

Conceptos	Año 2010				Año 2011			
	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.
Resultado técnico	3,7%	4,7%	5,8%	5,8%	5,7%	7%	7,7%	7,2%
Resultado financiero	6,3%	5,5%	5%	4,7%	4,8%	4,9%	4,6%	4,1%
Resultado técnico-financiero	10%	10,3%	10,8%	10,5%	10,5%	11,9%	12,2%	11,3%

Fuente: DGSFP (2012).

TABLA 21. EVOLUCIÓN TRIMESTRAL DEL RESULTADO TÉCNICO EN EL RAMO DE NO VIDA (en % sobre las primas imputadas netas)

Conceptos	Año 2010				Año 2011			
	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.
Siniestralidad	75,2%	73,8%	72,5%	72,4%	72,7%	71,1%	70,3%	70,4%
Gastos de adquisición	16,6%	16,7%	17%	16,9%	17,4%	17,6%	17,5%	17,7%
Gastos de administración	3,6%	3,6%	3,6%	3,7%	3,5%	3,5%	3,4%	3,6%
Ratio Combinado	96,3%	95,3%	94,2%	94,2%	94,3%	93%	92,3%	92,8%

Fuente: DGSFP (2012).



Aunque el total no vida presente una tendencia positiva, no todos los seguros no vida caminan en la misma dirección. Del mismo modo que en la tabla 18, aquellos seguros más ligados a la evolución de la actividad económica sufren una reducción en el resultado técnico-financiero. Ramos

como el de automóviles, responsabilidad civil, transporte o crédito y caución. En cambio, los ramos de asistencia sanitaria y enfermedad, multirriesgos y decesos, también con un crecimiento anual en el volumen de primas, han aumentado sustancialmente el resultado técnico-financiero.

TABLA 22. EVOLUCIÓN DEL RESULTADO TÉCNICO-FINANCIERO PARA LOS RAMOS NO VIDA (en % sobre las primas imputadas netas)

Ramo	Año 2010		Año 2011	
	Rtdo/Total Rtdo (%)	Rtdo/Primas (%)	Rtdo/Total Rtdo (%)	Rtdo/Primas (%)
Automóviles	29,87%	8,77%	26,48%	8,21%
Asistencia sanitaria y enfermedad	9,42%	4,34%	10,81%	5,40%
Multirriesgos	12,43%	7,04%	23,94%	14,12%
Decesos	8,53%	14,49%	9,68%	17,62%
Responsabilidad civil	14,90%	40,04%	10,77%	35,29%
Accidentes	10,08%	33,84%	7,31%	28,07%
Otros daños a los bienes	3,35%	12,15%	3,14%	13,18%
Crédito y Caución	4,48%	30,55%	1,01%	8,25%
Transportes	1,89%	17,59%	1,27%	13,07%
Asistencia	2,24%	10,34%	2,52%	11,14%
Incendios	-0,25%	-116,67%	0,60%	25,33%
Defensa jurídica	1,24%	21,60%	1,06%	21,12%
Pérdidas pecuniarias	1,82%	22,71%	1,41%	17,93%
TOTAL	100,00%	10,51%	100,00%	11,27%

Fuente: DGSFP (2012).

1.6. PROVISIONES TÉCNICAS Y MARGEN DE SOLVENCIA DE LAS ENTIDADES

En este apartado, con el objetivo de analizar la solvencia del sector asegurador español, se consideran básicamente dos ratios, el de cobertura de las provisiones técnicas y el del margen de solvencia. En las tablas 23 y 24, se presenta la evolución trimestral de los años 2010 y 2011 de ambos ratios para el total del sector. Y en las tablas 25-26 y 27-28 el desglose de los mismos conceptos para el ramo de vida y los ramos de no vida, respectivamente.

El ratio de cobertura presenta una tendencia claramente decreciente, debido al desigual crecimiento entre las provisiones técnicas y los activos aptos para su cobertura. Mientras que en el

período considerado las provisiones técnicas aumentan en un 4,6%, los activos aptos sólo lo hacen en un 1,3%, fundamentalmente por la pérdida de valor de mercado que sufren las inversiones. El margen de solvencia, por su parte, presenta una tendencia relativamente estable para el conjunto del seguro directo.

Atendiendo a las tablas 25 y 27, se observa que el ratio de cobertura de provisiones técnicas es claramente superior para el seguro de no vida frente al seguro de vida. Esta diferencia se explica por el elevado volumen de provisiones matemáticas, ligadas a seguros de ahorro, que son el resultado de la capitalización pasada del ahorro del negocio suscrito en ejercicios anteriores. En cuanto a la evolución del ratio de cobertura en el período considerado para los dos ramos, el ramo

de vida sigue una pauta similar al total del sector, mientras que el ramo de no vida, experimenta un descenso en las provisiones técnicas de un 1,5% y un mayor descenso de los activos aptos, de un 6,9%, que empeora el ratio de cobertura en mayor medida que en el ramo de vida.

Por lo que se refiere al margen de solvencia, siguiendo los datos de las tablas 26 y 28, se observa igualmente un mayor ratio para el ramo de no vida (un 356,6% en el último trimestre de 2010) que para el ramo de vida (un 192,7% en el mismo trimestre). En cuanto a la evolución experimentada por el ratio del margen de solvencia en ambos ramos para el período considerado,

comentar la tendencia estable que se observa en el ramo de no vida en contraste a la reducción experimentada para el ramo de vida.

Al margen de los conceptos comentados, para ampliar la visión sobre la situación económico-financiera del sector, en la tabla 29 se muestra la evolución trimestral de los años 2010 y 2011 del margen de resultados sobre primas, de la rentabilidad financiera (ROE) y de la rentabilidad económica (ROI). En todos los conceptos, se observa una relativa tendencia estable en los porcentajes que, dado el contexto económico-financiero global, puede considerarse como una prueba de la buena salud del sector asegurador español.

TABLA 23. COBERTURA DE PROVISIONES TÉCNICAS EN SEGURO DIRECTO
(Datos en millones de euros)

Conceptos	Año 2010				Año 2011			
	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.
Provisiones Técnicas (a)	179.707	179.137	180.013	181.070	183.991	184.940	186.044	188.030
Activos aptos (b)	204.537	200.839	205.373	203.020	204.243	204.532	204.576	207.201
Ratio de cobertura (b/a)	113,8%	112,1%	114,1%	112,1%	112%	110,6%	110%	110,2%

Fuente: DGSFP (2012) Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2011.

TABLA 24. MARGEN DE SOLVENCIA EN SEGURO DIRECTO
(Datos en millones de euros)

Conceptos	Año 2010				Año 2011			
	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.
Cuantía mínima (a)	11.265	11.301	11.314	11.390	11.419	11.512	11.657	11.695
Patrimonio propio no comprometido (b)	30.885	30.415	31.566	29.244	30.197	30.292	30.297	30.759
Ratio de margen de solvencia (b/a)	274,2%	269,1%	279%	256,8%	264,4%	263,1%	259,9%	263%

Fuente: DGSFP (2012).

TABLA 25. COBERTURA DE PROVISIONES TÉCNICAS EN RAMO DE VIDA
(Datos en millones de euros)

Conceptos	Año 2010				Año 2011			
	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.
Provisiones Técnicas (a)	148.213	147.776	148.812	150.577	152.819	154.188	155.366	157.991
Activos aptos (b)	161.087	158.713	162.209	160.688	161.701	163.203	164.000	167.014
Ratio de cobertura (b/a)	108,7%	107,4%	109%	106,7%	105,8%	105,8%	105,6%	105,7%

Fuente: DGSFP (2012).

**TABLA 26. MARGEN DE SOLVENCIA EN RAMO DE VIDA**
(Datos en millones de euros)

Conceptos	Año 2010				Año 2011			
	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.
Cuantía mínima (a)	6.352	6.366	6.381	6.440	6.481	6.534	6.652	6.677
Patrimonio propio no comprometido (b)	13.635	12.595	13.066	11.655	12.054	12.378	12.273	12.864
Ratio de margen de solvencia (b/a)	214,7%	197,8%	204,8%	181%	186%	189,4%	184,5%	192,7%

Fuente: DGSFP (2012).

TABLA 27. COBERTURA DE PROVISIONES TÉCNICAS EN RAMO DE NO VIDA
(Datos en millones de euros)

Conceptos	Año 2010				Año 2011			
	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.
Provisiones Técnicas (a)	31.494	31.361	31.200	30.493	31.173	30.752	30.678	30.039
Activos aptos (b)	44.418	43.450	42.125	43.164	42.542	41.324	40.576	40.186
Ratio de cobertura (b/a)	138%	134,3%	138,3%	138,8%	136,5%	134,4%	132,3%	133,8%

Fuente: DGSFP (2012).

TABLA 28. MARGEN DE SOLVENCIA EN RAMO DE NO VIDA
(Datos en millones de euros)

Conceptos	Año 2010				Año 2011			
	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.
Cuantía mínima (a)	4.913	4.935	4.933	4.950	4.938	4.978	5.006	5.018
Patrimonio propio no comprometido (b)	17.250	17.820	18.500	17.589	18.142	17.914	18.024	17.895
Ratio de margen de solvencia (b/a)	351,1%	361,1%	375%	355,4%	367,4%	359,8%	360,1%	356,6%

Fuente: DGSFP (2012).

TABLA 29. MARGEN DE RESULTADOS SOBRE PRIMAS, RENTABILIDAD FINANCIERA Y RENTABILIDAD ECONÓMICA EN SEGURO DIRECTO

Conceptos	Año 2010				Año 2011			
	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.
Margen de resultados sobre primas	7,2%	7,2%	7,7%	7,6%	7,9%	8,8%	8,5%	7,6%
Rentabilidad Financiera (ROE) (*)	14,1%	14,4%	14,1%	15%	17,1%	18,4%	17,3%	15,2%
Rentabilidad Económica (ROI) (*)	3,7%	3,7%	3,7%	3,8%	4,1%	4,2%	4,1%	3,7%

(*) Magnitudes anualizadas.

Fuente: DGSFP (2012).

En las tablas 30, 31 y 32 se muestra la evolución trimestral para los años 2010 y 2011 de la composición de la cartera de inversiones del total del seguro directo, del ramo de vida y del ramo de no vida, respectivamente. En la categoría «Resto» se incluyen inversiones como depósitos, estructurados, derivados, crédito o tesorería. Destaca, en primer lugar, la reducción progresiva del peso de la renta fija privada a favor de la renta fija pública; en segundo lugar, la leve reducción del peso de inmuebles

causada en parte por la disminución de su valor de tasación por la crisis del sector inmobiliario; y, por último, un leve incremento en la renta variable. El resto de las inversiones muestra un comportamiento relativamente estable.

La distinta estructura en la composición de las carteras de vida y no vida obedece a las distintas necesidades de gestión que requiere cada ramo. Así, el ramo de vida tiene un mayor porcentaje en activos de renta fija que el ramo de no vida.

**TABLA 30. COMPOSICIÓN DE LAS INVERSIONES EN SEGURO DIRECTO
(en % sobre el total)**

Conceptos	Año 2010				Año 2011			
	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.
Inmuebles	5,5%	5,7%	5,4%	5,3%	5,2%	5,1%	5%	4,8%
Renta Fija Pública	22,6%	23,4%	24,5%	25%	26,6%	27,3%	28,3%	29,7%
Renta Fija Privada	40,2%	39,2%	37,4%	36%	35%	33,8%	33,2%	32,3%
Renta Variable	3,3%	3,7%	4,9%	5,2%	5,2%	5%	5,3%	5,7%
Resto	28,4%	28%	27,8%	28,5%	28%	28,8%	28,2%	27,5%

Fuente: DGSFP (2012).

**TABLA 31. COMPOSICIÓN DE LAS INVERSIONES EN EL RAMO DE VIDA
(en % sobre el total)**

Conceptos	Año 2010				Año 2011			
	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.
Inmuebles	2,2%	2,3%	2,1%	2,1%	2%	2%	2,1%	2,1%
Renta Fija Pública	24,5%	25,1%	26,1%	26,7%	27,1%	29,6%	30,7%	32,1%
Renta Fija Privada	41,6%	41%	39,5%	37,9%	37,2%	35,3%	34,9%	33,9%
Renta Variable	1,9%	1,9%	3,6%	3,6%	4,4%	4,4%	4,3%	4,4%
Resto	29,8%	29,7%	28,7%	29,7%	56,4%	28,7%	28%	27,5%

Fuente: DGSFP (2012).

**TABLA 32. COMPOSICIÓN DE LAS INVERSIONES EN EL RAMO DE NO VIDA
(en % sobre el total)**

Conceptos	Año 2010				Año 2011			
	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.	1 Tr.	2 Tr.	3 Tr.	4 Tr.
Inmuebles	14,3%	14,5%	13,8%	12,3%	11,6%	11,9%	11,7%	11%
Renta Fija Pública	15,8%	15,4%	14,7%	15,4%	17,5%	18%	19,4%	20,9%
Renta Fija Privada	34,4%	32%	30,5%	28,8%	28,3%	27,5%	28,3%	29,2%
Renta Variable	8,4%	8,1%	9,4%	11,7%	11,6%	10,8%	11,6%	12,5%
Resto	27,1%	30%	31,6%	31,8%	31%	31,8%	29%	26,4%

Fuente: DGSFP (2012).



1.7. REASEGURO

Desde una óptica internacional, el sector reasegurador se encuentra ante un empeoramiento de las perspectivas económicas y financieras mundiales, agravadas por la ocurrencia de grandes catástrofes en el último año. Las catástrofes naturales ocurridas en 2011 merecen ser mencionadas. Los terremotos de Japón y de Nueva Zelanda y las inundaciones de Australia y de Tailandia, entre otras, alcanzan un monto de 380.000 millones de US\$ en pérdidas económicas totales, colocando a este año en el primer lugar del *ranking* por ese concepto. A pesar de la conjugación de tales circunstancias, el sector reasegurador mantiene suficiente disponibilidad de capital en 2011 para afrontar las renovaciones de 2012 en una línea de estabilidad, con una moderada tendencia alcista de los precios.

En este apartado se presenta el análisis de la tendencia del reaseguro en el mercado español

con los datos provisionales de 2011 así como los datos definitivos de los seis años anteriores. La evolución de las primas del seguro directo, del reaseguro aceptado y del reaseguro cedido y retrocedido, así como la retención en valores absolutos y en porcentaje sobre el total de primas de seguro directo y reaseguro aceptado aparece en la tabla 33. El desglose de estos mismos conceptos, para los ramos de vida y no vida aparece en las tablas 34 y 35, respectivamente.

El análisis de la tabla 33, para todo el sector globalmente considerado, pone de manifiesto un aumento en las primas de seguro directo en el año 2011 respecto al 2010 del 4,6%. Por otro lado, las primas del reaseguro aceptado tan sólo crecieron un 1% y las del cedido/retrocedido decrecieron un 17%. La retención, ya de por sí elevada en el mercado español, tiene un aumento superior al del seguro directo y ya representa, sobre el total de primas, un porcentaje de casi el 93%.

TABLA 33. EVOLUCIÓN DE PRIMAS: SEGURO DIRECTO, REASEGURO ACEPTADO, REASEGURO CEDIDO Y RETROCEDIDO, Y RETENCIÓN (*)
(Datos en millones de euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011(**)
Seguro Directo	46.951	51.330	52.788	58.210	59.451	56.366	58.961
Reaseguro Aceptado	2.139	2.455	2.877	3.155	3.777	3.942	3.983
Reaseguro Cedido y Retrocedido	4.149	4.493	5.342	5.674	5.542	5.421	4.452
Retención	44.941	49.292	50.323	55.691	57.686	54.887	58.492
Porcentaje de Retención	91,5%	91,6%	90,4%	90,7%	91,2%	91%	92,9%

(*) El seguro directo se representa en este cuadro por las primas imputadas a cada ejercicio, es decir, por el volumen de producción periodificada.

(**) Datos estimados.

Fuente: DGSFP (2012).

Efectuando el análisis de la retención entre los ramos de vida y el conjunto de ramos no vida según el desglose de las tablas 34 y 35, se observa que, en general, la retención es mucho mayor en el ramo de vida que en el de no vida, en más de 10 puntos porcentuales, aproximadamente un 98% sobre un 88% en los últimos años. Como se ha mencionado anteriormente, el ramo de vida ha tenido un mayor aumento en el volumen de primas del seguro directo que el

ramo de no vida, que sufre un estancamiento como consecuencia de la crisis económica. En el ramo de vida tanto las aceptaciones como las cesiones han disminuido levemente en 2011. En cambio, en los ramos de no vida crecen, también levemente, las aceptaciones pero retroceden casi en un 20% las cesiones, provocando un aumento considerable, de tres puntos porcentuales, en el porcentaje de retención respecto al año 2010.

TABLA 34. EVOLUCIÓN DE PRIMAS: SEGURO DIRECTO, REASEGURO ACEPTADO, REASEGURO CEDIDO Y RETROCEDIDO, Y RETENCIÓN. RAMO DE VIDA (*)
(Datos en millones de euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011(**)
Seguro Directo	20.501	22.854	22.776	26.826	29.111	27.350	29.101
Reaseguro Aceptado	159	175	325	269	322	445	360
Reaseguro Cedido y Retrocedido	407	481	510	516	522	599	567
Retención	20.253	22.548	22.591	26.579	28.911	27.196	28.894
Porcentaje de Retención	98%	97,9%	97,8%	98,1%	98,2%	97,8%	98,1%

(*) El seguro directo se representa en este cuadro por las primas imputadas a cada ejercicio, es decir, por el volumen de producción periodificada.

(**) Datos estimados.

Fuente: DGSFP (2012).

TABLA 35. EVOLUCIÓN DE PRIMAS: SEGURO DIRECTO, REASEGURO ACEPTADO, REASEGURO CEDIDO Y RETROCEDIDO, Y RETENCIÓN. RAMO DE NO VIDA (*)
(Datos en millones de euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011(**)
Seguro Directo	26.450	28.476	30.012	31.384	30.340	29.016	29.860
Reaseguro Aceptado	1.980	2.280	2.552	2.886	3.455	3.497	3.623
Reaseguro Cedido y Retrocedido	3.742	4.012	4.832	5.158	5.020	4.822	3.885
Retención	24.688	26.744	27.732	29.112	28.775	27.691	29.598
Porcentaje de Retención	86,8%	87%	85,2%	84,9%	85,1%	85,2%	88,4%

(*) El seguro directo se representa en este cuadro por las primas imputadas a cada ejercicio, es decir, por el volumen de producción periodificada.

(**) Datos estimados.

Fuente: DGSFP (2012).

1.8. ÚLTIMOS DATOS DISPONIBLES: EL PRIMER SEMESTRE DE 2012

Según los datos publicados por ICEA en su informe relativo a la evolución del sector asegurador con datos cerrados a 30 de junio de 2012, la tónica general en este 2012 es similar a la mostrada y comentada para 2011. Por un lado, el ahorro gestionado en productos del seguro de vida durante los seis primeros meses del año se incrementó en un 2,45%, manteniéndose de este modo la dinámica ascendente de estos últimos años. Por otro lado, en contraposición, los ingresos por primas del seguro no vida descendieron en un 2,28% respecto del mismo periodo del año anterior. Este descenso, más que el posible estan-

camiento que apuntábamos con los datos de 2011, confirma la tendencia negativa de esta actividad en los últimos cinco años.

Los datos anteriores son consecuencia directa, como ya se ha apuntado, del actual contexto de crisis económica y financiera. El incremento del ahorro gestionado por las entidades aseguradoras sigue confirmando el efecto refugio que estos productos ofrecen al ahorrador frente a otras posibilidades más volátiles y arriesgadas en este contexto de crisis financiera. Por el contrario, el descenso de la actividad económica, como es de esperar, reduce el volumen de primas de los seguros no vida, especialmente el de aquellos ramos más estrechamente ligados a las actividades económicas, industriales y comerciales,



poniendo de manifiesto la gravedad de la crisis en esos sectores económicos.

No obstante, los seguros no vida no ven reducido su volumen de facturación en los mismos términos que los sectores económicos que sufren la crisis debido a la buena evolución de los ramos más dirigidos a particulares, como salud y multirriesgos del hogar que crecen un 2.42% y un 3.14% respectivamente. Está por ver si el alargamiento en el tiempo de la crisis económica acabará por afectar a estos ramos.

1.9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Desde el inicio de la actual crisis y hasta el cierre del primer semestre del 2012, el sector asegurador español, muestra el comportamiento anticíclico que le atribuíamos, creciendo en unos ramos y decreciendo en otros, pero en definitiva manteniendo e incrementando la cifra global de negocio.

Esta fortaleza, que ha venido de la mano de una rigurosa regulación, de unas sanas prácticas técnicas y comerciales a la vez que de una muy rigurosa gestión de las inversiones, está permitiendo mantener tanto los niveles de resultados del sector como la adecuada cobertura de las provisiones técnicas y del margen de solvencia a la altura de ejercicios anteriores, sin olvidar el efecto en el mantenimiento del empleo e incluso en la generación neta de puestos de trabajo.

En este contexto, la prudencia en la toma de decisiones y por encima de todo el respeto a las bases técnicas, así como la mejora paulatina pero sostenida de la productividad, deben seguir siendo los pilares sobre los que afianzar el futuro del sector.

Siguen existiendo ventanas de oportunidad que el sector asegurador debe aprovechar para crecer con rentabilidad. La cobertura de los servicios que la sociedad del bienestar demanda, asociados en mayor o menor medida a las prestaciones que la Seguridad Social deje de prestar pueden ser un buen ejemplo de ello.

La gestión responsable de los activos, primando la seguridad sobre la rentabilidad, junto con razonables políticas de capitalización de las entidades deben consolidar el nivel de solvencia alcanzado. La implantación de Solvencia II, no parece suponer un gran escollo en ese horizonte temporal tantas veces desdibujado, aunque no podemos ni debemos olvidar que la dimensión de las entidades aseguradoras supondrá un factor decisivo. En este sentido se echa en falta una mayor simplificación de los procesos legales para fomentar la creación de entidades de mayor dimensión.

REFERENCIAS

- Blanco-Morales, P., Guillén, M. (dir.) (2010) Estudio sobre el sector asegurador en España 2010: los aspectos cualitativos de solvencia II. Fundación de Estudios Financieros, Papeles de la Fundación, nº 38.
- DGSFP (2012) Seguros y Fondos de Pensiones. Informe 2011. Madrid: Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- EPA (2012) Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística. (http://www.ine.es/prensa/epa_prensa.htm)
- ICEA (2012a) Almacén de datos sectorial. Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (<http://www.icea.es>).
- ICEA (2012b) Visión de productos. Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (<http://www.icea.es>).
- ICEA (2012c) Rankings. Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (<http://www.icea.es>).
- INE (2012) Contabilidad Nacional Trimestral de España, Base 2008. Instituto Nacional de Estadística.
- UNESPA (2012a) Memoria social del seguro español 2011. UNESPA.
- UNESPA (2012b) Tendencias de empleo en el sector asegurador. UNESPA.



II. LAS REFORMAS LEGALES EN CURSO. PERSPECTIVAS DEL SUPERVISOR

Raúl Casado García.

Inspector de Seguros del Estado, DGSFP- Ministerio de Economía y Competitividad

En un entorno como el actual, caracterizado por una severa crisis económica y una creciente complejidad, el papel del supervisor desempeña un papel fundamental. Precisamente las características de la presente situación exigen una actuación ágil y decidida, basada en un análisis y estudio detallado de las medidas a adoptar.

En este sentido, el hecho de que la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones tenga atribuidas por ley tanto funciones de regulador como de supervisor del sector asegurador favorece la posibilidad de que, ante situaciones de deterioro de los mercados, o ante prácticas de mercado no adecuadas, se puedan adoptar con agilidad y en tiempo medidas regulatorias que puedan corregir tales situaciones.

Los principales proyectos sobre los que se ha venido trabajando en los últimos tiempos en la DGSFP así como sobre aquellos proyectos sobre los que se tiene previsto trabajar en los próximos meses se enumeran a continuación:

- a) Proyecto Solvencia II
- b) Igualdad de género
- c) Revisión de la Directiva de Mediación
- d) Ley de Contrato de Seguro
- e) OM de inmunización financiera
- f) Baremo de autos
- g) Otros proyectos normativos

Comencemos a exponer las principales líneas de cada uno de ellos.

2.1. PROYECTO SOLVENCIA II

La necesidad de incorporar al ordenamiento jurídico español la Directiva 2009/138/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de noviembre de 2009, sobre el seguro de vida, el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio (Solvencia II) requiere desarrollar un texto que permita incorporar con norma de rango legal un proyecto ciertamente ambicioso y complejo.

No obstante, la transposición de la Directiva se instrumentará no sólo a través de la Ley, sino que también será necesario transponer el texto comunitario utilizando la vía reglamentaria, mecanismo que permitirá regular aquellas cuestiones de mayor aspecto técnico, y que precisamente por este carácter, pueden estar sujetas a modificaciones más frecuentes.

Los principales argumentos en los que se sustenta el proceso Solvencia II son los siguientes:

- La necesidad de continuar avanzando en el proceso de armonización en las legislaciones de los Estados miembros, con el objetivo de crear un verdadero mercado único europeo de seguros.
- Frente a una concepción de la solvencia actual basada en ratios, implantar un sistema de solvencia apoyado en tres pilares que se refuerzan mutuamente:
 - Pilar I (Cuantitativo): constituido por reglas uniformes sobre requerimientos



de capital determinados en función de los riesgos asumidos por las entidades, en consonancia con los desarrollos alcanzados en materia de gestión de riesgos y con la evolución reciente en otros sectores financieros. Se adopta así para el sector asegurador europeo un enfoque basado en el riesgo, mediante la introducción de normas específicas sobre el capital económico.

Los requerimientos de capital de solvencia deben comportar dos niveles de exigencia. Uno, el capital de solvencia obligatorio, variable en función del riesgo asumido por la entidad y basado en un cálculo prospectivo; el otro, el capital mínimo obligatorio, configurado como un nivel mínimo de seguridad por debajo del cual no deberían descender los recursos financieros. Ambos requisitos de capital permiten delimitar la intervención del supervisor a fin de alcanzar un nivel uniforme de protección de los tomadores de seguros.

Para el cálculo del capital de solvencia obligatorio se establece un método de cálculo centrado en una fórmula estándar que adopta un enfoque modular, mediante la evaluación de la exposición individual a cada categoría de riesgo y su posterior agregación, previéndose métodos simplificados para su cálculo. Como alternativa se prevé la posibilidad de utilizar, previa autorización administrativa, modelos internos, completos o parciales.

- Pilar II (Cualitativo): basado en establecer mejoras en los sistemas de gobierno de las entidades, estableciendo la necesidad de precisar aquellas funciones que se pueden considerar clave por parte de la compañía, y adoptando las medidas necesarias para garantizar la idoneidad de las personas que desarrollarán dichas funciones clave. Se apoya en la idea de que el reconocimiento de algu-

nos riesgos sólo pueden tenerse debidamente en cuenta a través de exigencias en materia de gobierno de las entidades y no a través de los requisitos cuantitativos. Las tareas de gobierno de las entidades se llevan a cabo a través de funciones que agregan o coordinan los recursos y capacidades orientadas a una finalidad. El sistema de gobierno considera como funciones fundamentales las de gestión del riesgo, cumplimiento, auditoría interna y la función actuarial. Esta enumeración de funciones y su regulación no obsta para que cada entidad decida libremente la manera de organizarlas o decida articular otras funciones adicionales.

- Pilar III (Información): referido a las exigencias de información y transparencia hacia el mercado sobre los aspectos claves del perfil de los riesgos asumidos por las entidades y su forma de gestión. Considera que, dentro de la gestión de sus riesgos, todas las entidades aseguradoras y reaseguradoras deben asumir como práctica habitual, integrándola en su estrategia de negocio, la evaluación interna y periódica de sus necesidades globales de solvencia, atendiendo a su perfil de riesgo específico. Asimismo considera que, con fines de transparencia, las entidades aseguradoras y reaseguradoras deben dar a conocer periódicamente, mediante su puesta a disposición del público, la información esencial sobre su situación financiera y de solvencia.

En la aplicación de los pilares señalados se tendrá en cuenta en todo caso el principio de proporcionalidad que graduará el establecimiento de requisitos y su complejidad, atendiendo al perfil de riesgo de las entidades y, en particular, a la naturaleza, escala y la complejidad de las operaciones de seguro o reaseguro realizadas por las entidades, así como a los riesgos inherentes a su modelo de negocio.



2.2. IGUALDAD DE GÉNERO

En la DGSFP trabajamos en la implantación de un texto a nivel nacional que sirva como herramienta que dé solución a la necesidad de incorporar al ordenamiento jurídico la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, en el denominado caso *Test Achats*, en materia de igualdad de trato. En efecto, en virtud de la citada Sentencia, a partir de 21 de diciembre de 2012 ya no podrán existir «*diferencias proporcionadas de las primas y prestaciones en las personas consideradas individualmente en los casos en los que la consideración del sexo constituya un factor determinante en la evaluación del riesgo a partir de datos actuariales y estadísticos pertinentes y exactos.*»

No obstante, debe tenerse en cuenta que dicha prohibición abarca únicamente a las pensiones y seguros privados, voluntarios y separados del ámbito laboral. Dicho ámbito quedaría tal y como ha aclarado la Comisión Europea en las Directrices sobre la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Unión Europea (Comunicación 2012/C 11/01) fuera del alcance de la Directiva mencionada y, por tanto, de los efectos de la Sentencia. La igualdad de trato entre hombres y mujeres en el ámbito de la previsión social y mejoras voluntarias empresariales se rige por la Directiva 2006/54/CE, la cual permite, en su artículo 9, la diferenciación de prestaciones entre hombres y mujeres cuando esté justificada por factores actuariales.

En definitiva, los diferentes Estados miembros tendremos que adaptar las legislaciones nacionales a lo dispuesto en la Sentencia antes del 21 de diciembre de 2012, para lo cual habrá que modificar, en colaboración con el M^o de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

Estas modificaciones, como señalábamos, resultan necesarias para dar cumplimiento a lo dispuesto en la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, en el denominado caso *Test Achats*. En efecto, esta Sentencia ha declarado inválido el artículo 5.2 de la Directiva del Consejo

2004/113/CE de 13 de diciembre de 2004, por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro, que permitía a los Estados miembros, en determinadas condiciones, autorizar diferencias en función del sexo en las primas y prestaciones de seguro. La Sentencia concluye que la posibilidad de que los Estados miembros afectados mantengan de modo ilimitado en el tiempo una excepción a la norma de primas y prestaciones independientes del sexo, es contraria a la consecución del objetivo de igualdad de trato entre mujeres y hombres. Por tanto establece que, con efecto 21 de diciembre de 2012, ya no podrán existir diferencias proporcionadas de las primas y prestaciones en las personas consideradas individualmente, en los casos en los que la consideración del sexo constituya un factor determinante en la evaluación del riesgo a partir de datos actuariales y estadísticos pertinentes y exactos.

Teniendo en cuenta lo expuesto, a nivel nacional procede eliminar de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, la habilitación para que reglamentariamente pudieran establecerse estas diferencias y la posibilidad de que transitoriamente se mantuviesen las bases técnicas y las tarifas, en las que el sexo constituyese un factor determinante de la evaluación del riesgo. Asimismo, procedería incluir en nuestra normativa una disposición adicional que consagre este principio y el ámbito de su aplicación, así como el momento a partir del cual los contratos de seguro no podrán contener esta diferenciación en función del sexo.

La prohibición en todo caso abarca a los nuevos contratos celebrados a partir del 21 de diciembre. En este sentido, se considerarán nuevos contratos los siguientes:

- Los formalizados por primera vez a partir de 21-12-2012, así como las ofertas realizadas con anterioridad a 21-12-2012 pero aceptadas tras esa fecha
- Las prórrogas acordadas a partir del 21-12-2012 para contratos formalizados antes de esa fecha que, de otro modo, habrían expirado.



Por el contrario, y sin carácter exhaustivo, los siguientes casos no se considerarían nuevos contratos, no siéndoles por tanto de aplicación la regla unisex:

- Las renovaciones tácitas (renovación automática de un contrato preexistente si no se ha recibido comunicación de la no renovación del mismo en el plazo establecido).
- Ajustes realizados sobre elementos individuales del contrato ya existente (por ejemplo: cambios en la prima sobre la base de parámetros predefinidos).
- Las ampliaciones de cobertura cuyos términos fueron preestablecidos en contratos concluidos antes del 21 de diciembre de 2012, cuando esas ampliaciones se activen por una decisión del tomador/asegurado.
- Las cesiones de cartera que no den lugar a la modificación de los contratos incluidos en la misma.

2.3. REVISIÓN DE LA DIRECTIVA DE MEDIACIÓN

En julio del presente año la Comisión Europea ha publicado el borrador de Directiva de Mediación que vendría a sustituir a la Directiva del año 2002.

Varios son los motivos que han impulsado este nuevo proyecto:

- La necesidad de reforzar la protección al consumidor, así como de restaurar la confianza de éste en los mercados financieros. En efecto, en los últimos años las reclamaciones de los consumidores sobre las ventas de productos, especialmente en seguros de vida con componente de inversión, han venido motivadas por una falta de claridad en la comercialización de los productos en cuestión. Fruto de esta necesidad, se demanda por parte del cliente establecer mejoras en los puntos de venta de los contratos, con especial atención a aquellos mecanismos de distribución de seguros de vida con componente de inversión.

- Por otro lado, la Directiva de 2002 se configura como una Directiva de mínimos, que establece unas pautas o principios generales comunes para todos los Estados miembros. La implantación, cuya fecha límite era 15 de enero de 2005, se ha realizado en cada uno de los Estados miembros de diferentes formas, lo que ha originado distorsiones competitivas y arbitrajes. Se hace necesario corregir esta situación, especialmente con vistas a reforzar la realidad de un mercado único europeo.

- Con carácter general, la Directiva del año 2002 incluyó dentro de su ámbito de aplicación a los intermediarios de seguros (agentes y corredores) dejando sin regular un buen número de operadores que comercializan directamente seguros (por ejemplo: agencias de viajes, concesionarios de coches, empresas de leasing, comparadores de seguros, etc.) El nuevo texto trata de establecer una igualdad en las normas de juego entre todos los que compiten en el mercado de la distribución de seguros (lo que en términos anglosajones se denomina «level playing field»). Bajo esta premisa, el ámbito de aplicación de la norma incluiría no sólo a los intermediarios de seguros calificados como «tradicionales» (agentes y corredores) sino que también pasaría a regular las condiciones de venta a través de otro tipo de canales: venta directa por las propias compañías de seguros, comparadores, agencias de viajes, concesionarios de coches, etc. Por lo tanto, de un ámbito de aplicación reducido, como era el de la IMD1, se pasa a un ámbito ciertamente mucho más amplio que permite englobar a la mayoría de operaciones de venta de seguros.

A nivel europeo, los diferentes estudios realizados demuestran el alto grado de consenso alcanzado en este punto. De ahí que se vea como altamente necesario establecer un adecuado ámbito de aplicación en la futura Directiva.



- Por otro lado, el texto trata de solventar los problemas que se plantean en relación con los conflictos de interés en la venta de seguros. La especial posición en la que se sitúa el intermediario de seguros requiere adoptar normas claras que otorguen a su actuación de la transparencia adecuada. En efecto, si pensamos en el caso de un corredor de seguros, éste actúa por un lado por cuenta del cliente, en cuanto que recibe una petición de éste para que le asesore sobre el producto que mejor se adapte a sus necesidades; pero por otro lado su remuneración (habitualmente en forma de comisión) procede exclusivamente de la entidad aseguradora, salvo en aquellos casos en los que el cliente abona honorarios al intermediario (corredor). Esta paradójica situación puede dar lugar a potenciales conflictos de intereses: el interés del consumidor en encontrar el mejor seguro según sus necesidades, y el interés de la compañía de vender el producto que comercializa. Con el objetivo de encontrar soluciones al problema, diversas son las soluciones que se han adoptado. En este sentido, el borrador de Directiva establece, como mecanismo de solución del problema, la necesidad de que el intermediario informe al cliente del importe de su remuneración, obligación que sería de aplicación inmediata para el caso de venta de un seguro de vida, fijando un periodo transitorio de adaptación de 5 años en el caso de venta de seguros no vida. Sin duda, este será un tema que generará intensos debates en los próximos tiempos, toda vez que una buena parte del sector de la intermediación de seguros se muestra contraria a la implantación de este régimen.

Junto al mecanismo que recoge el borrador de Directiva, se plantean soluciones adicionales tales como desvelar la naturaleza (comisión, honorario, etc.) y la fuente (compañía, otro corredor, cliente, etc.) de la remuneración; configurar un régimen de

remuneración basado exclusivamente en honorarios, etc.

En este sentido, a diferencia de lo que sucede en la cuestión sobre el ámbito de aplicación de la futura Directiva (donde existe acuerdo en las líneas generales), la manera de regular los conflictos de interés carece de consenso, existiendo serias dudas sobre la verdadera utilidad de desvelar el importe de la remuneración, especialmente en productos «commodities».

- Consecuencia de los apartados anteriores, el texto persigue también entre sus objetivos facilitar las operaciones transfronterizas, de manera que se fomente el mercado único europeo. El propio texto tiene previsto que los diferentes Estados miembros aporten a EIOPA información sobre aquellos intermediarios registrados que operen en régimen de derecho de establecimiento y libre prestación de servicios. De esta forma se permite que todos aquellos que intervienen en el mercado de la distribución tengan un conocimiento más exacto del mercado a nivel europeo.

2.4. LEY DE CONTRATO DE SEGURO

Sin perjuicio de la necesidad de garantizar un sector solvente, no podemos obviar que el objetivo principal del supervisor de seguros es garantizar una adecuada protección del asegurado en virtud de un contrato de seguro. Es precisamente esta finalidad la que le da valor a la institución del seguro, como instrumento básico y que cumple un papel fundamental en nuestra sociedad, asegurando la estabilidad patrimonial de los ciudadanos frente a ciertos riesgos que los amenazan. El seguro desarrolla tanto una función de protección frente a riesgos como de ahorro.

La normativa en materia de contrato de seguro se encuentra actualmente en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. Se trata por lo tanto de una normativa dictada hace más de 30 años, y que, sin perjuicio de las modificaciones parciales que ha ido experimentando,



requiere una adaptación completa a la evolución que ha experimentado el mercado en estos años.

En este sentido, la doctrina y el mercado en su conjunto ha venido señalando la necesidad de regular nuevas figuras o ramos consagrados ya por la práctica del sector. Igualmente, se pone de manifiesto que algunos artículos y expresiones han perdido su sentido, o se encuentran referencias a instituciones que ya no existen, como sucede en materia concursal.

Ya en el año 2006 se inició un proceso de reflexión y de consulta al sector y otras organizaciones afectadas, que concluyeron más de un año después con la aprobación de unas bases para la reforma, que se entregaron a la Comisión General de Codificación, en cuya Sección Segunda de Derecho Mercantil, se elaboró una propuesta de nueva ley de contrato de seguro, que sirvió de base para la presente modificación de la ley que se va a llevar a cabo.

La reforma afronta el reto de mantener la calidad técnica de la Ley de 1980, aprovechar la experiencia y la jurisprudencia recaída en su aplicación, así como reforzar la seguridad jurídica, adaptada a un mercado que no es el mismo que hace 32 años.

Uno de los principales objetivos del proyecto es efectuar una simplificación y actualización de conceptos y de términos jurídicos, al objeto de hacer más comprensible el contenido de las pólizas, favoreciendo una mayor transparencia en el condicionado de los contratos y configurar un proceso contractual más claro, y todo ello tratando de asegurar una mayor coordinación con la normativa general de protección al consumidor, en aquellos casos en que los asegurados tengan dicha consideración.

Adicionalmente, debe ser un texto adaptado a su tiempo, lo que exige tener presente el mundo de las nuevas tecnologías y adoptar las medidas adecuadas que permitan conferir la necesaria seguridad jurídica a los contratos celebrados a distancia (Internet, teléfono u otro medio electrónico).

En otro orden de cosas, se pretende incluir bajo el nuevo régimen jurídico ramos que no

eran objeto de regulación hasta ahora, como los seguros de decesos y de dependencia.

2.5. OM DE INMUNIZACIÓN FINANCIERA

La regulación de metodologías de valoración de la provisión de seguro de vida en base a sistemas que reconocen la especial vinculación entre dichos pasivos y determinados activos singularmente afectos se incorporó al ordenamiento jurídico español a partir de la aprobación de la Directiva del Consejo de 10 de noviembre de 1992 sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al seguro directo de vida y por la que se modifican las Directivas 79/267/CEE y 90/619/CEE (Tercera Directiva de seguros de vida).

Dicha norma admite la posibilidad de calcular la provisión por aplicación para el descuento de flujos de un tipo de interés determinado en función de la tasa interna de rentabilidad de las inversiones que hayan sido específicamente asignadas a determinadas operaciones de seguros. Esta opción fue recogida en el artículo 33.2 del Reglamento de ordenación y supervisión de los seguros privados, desarrollado inicialmente por la Orden de 23 de diciembre de 1998 y posteriormente por la Orden EHA/339/2007 de 16 de febrero.

Desde el punto de vista de la utilización de esta técnica por parte de las entidades aseguradoras, a cierre de 2011, el 55% de las provisiones de seguro de vida en el mercado español se gestionaban conforme a las técnicas de inmunización financiera reguladas en ella.

En cuanto a los objetivos perseguidos y las razones que justifican las modificaciones introducidas en la Orden de 2007 por el presente proyecto, es preciso destacar que la situación actual de los mercados financieros y, en particular, la volatilidad que actualmente está experimentando la prima de riesgo de los instrumentos de deuda de países de la zona euro, ha incidido sobre las decisiones de los agentes financieros en materia de gestión de riesgos, condicionando asimismo el diseño de sus políticas de inversión.



En este contexto, se han puesto en marcha iniciativas armonizadas en el seno de la Unión Europea, en particular a través de la creación del Fondo Europeo de Estabilidad Financiera (FEEF), y se han adoptado medidas para reducir el déficit presupuestario de determinados países con objeto de restaurar la confianza en los mercados.

Como inversores institucionales, las entidades aseguradoras mantienen inversiones en deuda pública cuyas características se consideran adecuadas para instrumentar procesos de inmunización financiera pero que, en el actual contexto, se ven expuestas a una volatilidad de las calificaciones crediticias que opera en detrimento de una gestión estable de las opciones de inversión.

Diversos organismos internacionales liderados por el Consejo de Estabilidad Financiera y el G20, en particular tras su reunión en Corea en noviembre de 2010, han recomendado a los reguladores nacionales introducir en la normativa aplicable las reformas necesarias para reducir la dependencia en la toma de decisiones de las entidades financieras y los propios supervisores respecto a las calificaciones crediticias externas. Esto debería contribuir a reducir la prociclicidad y a incentivar una gestión independiente y activa de los riesgos.

La Orden ECC/335/2012, de 22 de febrero, por la que se modifica la Orden EHA 339/2007, de 16 de febrero, introdujo por primera vez modificaciones con objeto de incorporar dichas recomendaciones internacionales a la regulación prudencial sobre inmunización financiera de operaciones de seguro, al tiempo que se adaptaban los coeficientes reductores por riesgo de crédito, en operaciones de seguro que utilizan técnicas de inmunización financiera, a la situación de los mercados de deuda pública.

Con idéntico planteamiento al introducido por la Orden ECC/ 335/2012, de 22 de febrero, se pretende la adaptación del régimen de las inversiones de las entidades aseguradoras a la realidad de los mercados financieros.

El contenido principal de la norma se resume en las siguientes ideas:

1) Activos asignados a inmunización

Con idéntico planteamiento, al introducido por la Orden ECC/335/2012, de 22 de febrero, pero en este caso para instrumentos distintos de deuda pública, se permite mantener su asignación como activos para inmunización cuando su calificación crediticia haya descendido de los grupos 1, 2 ó 3 a niveles pertenecientes a los grupos 4 y 5.

GRUPOS DE RATING	RATING	COEFICIENTES CORRECTORES SOBRE LA TIR DEL ACTIVO	COEFICIENTES CORRECTORES SOBRE LA TIR DEL ACTIVO
		(Inmunización por flujos)	(Inmunización por duraciones)
Grupo 1	AAA y AA	95%	93%
Grupo 2	A	92%	90%
Grupo 3	BBB	89%	87%
Grupo 4	BB	80%	78%
Grupo 5	B	63%	61%
Grupo 6	Inferior y sin calificación		



Los activos asignados serán aquellos que cumplan con el artículo 50 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. (Renta fija privada, Estructurados no negociados que cumplan con los requisitos del artículo 12 de la Orden Ministerial, renta variable, participaciones de instituciones de inversión colectiva, depósitos y permutas de flujos ciertos o predeterminados).

Según la norma, para nuevos contratos o para la renovación de activos que hayan llegado a su vencimiento, se permite la utilización de instrumentos de deuda pública española que cuenten, en el momento de adquisición, con calificación crediticia correspondiente a los grupos 4 ó 5 así como otros instrumentos de deuda pública con calificación crediticia no inferior al grupo de calificación crediticia de los instrumentos de deuda pública española.

2) Valoración de activos de deuda pública a efectos de los estados de cobertura de provisiones técnicas y margen de solvencia

Se valorará a coste amortizado y no a valor de mercado a los solos efectos de cobertura de provisiones técnicas y de margen de solvencia, la deuda pública que cuente en el momento de adquisición con una calificación crediticia no inferior al grupo de calificación crediticia de los instrumentos de deuda pública española y con el límite del grupo 5. No se computarán por tanto, con signo positivo ni se deducirán con signo negativo las plusvalías o minusvalías no realizadas, contabilizadas o no, derivadas de tales activos.

Con la modificación de la Orden Ministerial:

1.- Se permite la inversión en activos distintos de deuda pública adquiridos con rating mínimo BBB y que de forma sobrevenida desciendan hasta rating B.

2.- Para nuevos contratos, o renovación de existentes, se permite invertir en activos de deuda pública hasta rating B.

3.- Se permite invertir en activos distintos de deuda pública hasta B siempre que no desciendan en más de un escalón al grupo de rating de la deuda pública española, de forma transitoria para los años 2012 y 2013, con un límite prudencial del 5%.

4.- Todo lo anterior permite mantener las carteras inmunizadas con los mismos activos que estaban aunque los mismos hayan descendido de rating. Con ello se evita las ventas masivas de activos.

5.- Permite seguir invirtiendo en deuda pública española aunque ésta descienda por debajo de BBB.

6.- Se elimina la penalización de la deuda pública española igualando el coeficiente corrector por riesgo de crédito.

7.- Permite seguir invirtiendo en activos que tienen un movimiento paralelo con la deuda pública española como activos de entidades financieras españolas.

8.- Para carteras no inmunizadas, las fluctuaciones de la deuda pública no se traslada a los estados de solvencia de las entidades aseguradoras (margen de solvencia y cobertura de provisiones técnicas). Este criterio está alineado con Solvencia II.

En el supuesto de no aprobar la modificación de la Orden Ministerial:

1.- Se tendría que desinvertir activos de carteras inmunizadas por el simple hecho de caída de rating de activos distintos de la deuda pública, cuando estos mismos activos hace meses mantenían un rating igual o por encima de BBB.

2.- No se podría seguir invirtiendo en deuda pública española para inmunizar nuevos contratos de seguros si ésta desciende por debajo de BBB.

3.- Se fomenta la inversión en deuda pública de los países con más alta calificación crediticia, AAA, AA y A frente a BBB, por el funcionamiento de los coeficientes correctores del riesgo de crédito.



4.- No se podría invertir en activos que tienen un movimiento en cuanto al rating similar a la deuda pública española cuando estos descendieran por debajo de BBB (por ejemplo activos de entidades financieras españolas).

5.- A efectos de margen de solvencia y cobertura de provisiones técnicas y para carteras no inmunizadas, es decir, para la mayoría de operaciones de entidades aseguradoras, los movimientos de mercado de la deuda pública se trasladarían a los estados de solvencia de las entidades cuando el tipo de operaciones que realizan son operaciones a largo plazo y por lo tanto no deberían estar expuestas a las fluctuaciones del mercado.

Por último, señalar que el inconveniente de aprobar la Orden Ministerial es el incremento en el riesgo de crédito que asumirán las entidades aseguradoras al permitir mantener activos asignados a carteras inmunizadas distintos de los instrumentos de deuda pública, cuando éstos hayan descendido en su rating por debajo de BBB hasta B.

2.6. BAREMO

Se ha constituido, por parte del Ministerio de Economía y Competitividad y del Ministerio de Justicia, un grupo de trabajo integrado por 10 miembros y que presentará las conclusiones de su informe a finales de 2012.

Los principales objetivos que se persiguen con la reforma del baremo son los siguientes:

- Actualizar el contenido y la estructura, sobre la base de la experiencia y de los pronunciamientos judiciales desde que se puso en práctica el baremo.
- Actualizar las cuantías, por cuanto algunas de ellas pueden considerarse bajas dada la evolución que ha experimentado nuestra sociedad.
- Mantener la estructura tabular.
- Mantener el carácter tasado del baremo, de forma que todos los conceptos indemnizables y sus cuantías y métodos de cálculo, así como los factores de corrección estén integrados en el sistema.
- Facilitar las transacciones entre aseguradoras y víctimas y perjudicados de manera rápida y sencilla. El baremo debe formular hipótesis razonables y contener sistemas de cálculo que facilite los automatismos.
- Mejorar el tratamiento indemnizatorio de los grandes lesionados, especialmente en el concepto de ayuda de tercera persona.
- Recoger una regulación específica del lucro cesante tanto en fallecimiento como en lesiones.
- Revisar el concepto de perjudicado.
- Sustituir la estructura de «perjudicados por grupos» por indemnizaciones individualizadas a cada perjudicado.

2.7. OTROS PROYECTOS NORMATIVOS

g.1.) Incluir en el Texto Refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el ramo de responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles en los recargos obligatorio a favor del Consorcio de Compensación de Seguros para el ejercicio de sus funciones en acontecimientos extraordinarios.

Se añade entre los ramos con recargo obligatorio el de responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles.

Con la inclusión de la cobertura de riesgos extraordinarios en los seguros de responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles se pretende extender la cobertura del CCS a cualquier seguro del automóvil, de forma que todos los asegurados, tanto de daños como de responsabilidad civil, se encuentren cubiertos y sean indemnizados por el CCS por los daños derivados de acontecimientos extraordinarios.



g.2.) Permitir en el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, que las entidades aseguradoras españolas puedan utilizar a las agencias de suscripción.

La modificación tiene por objeto permitir que las entidades aseguradoras españolas puedan competir en igualdad de condiciones con las entidades aseguradoras de otros estados miembros, las cuales pueden utilizar a las agencias de suscripción en la mediación de seguros.

Los artículos 86 bis y 86 ter del TRLOSSP, que fueron añadidos al TRLOSSP por la disposición final decimocuarta de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible, recoge la normativa aplicable a las agencias de suscripción. Esta normativa permite a las entidades aseguradoras domiciliadas en Estados miembros del EEE distintos de España y que ejerzan sus actividades en España en régimen de derecho de establecimiento o en régimen de libre prestación de servicio, utilizar agencias de suscripción.

En la actualidad se está trabajando en la revisión del régimen jurídico aplicable a las agencias de suscripción; este nuevo régimen vendrá a sustituir al previsto en los artículos 86 bis y 86 ter del TRLOSSP. No obstante, es necesario, sin esperar a la aprobación del nuevo régimen aplicable a las agencias de suscripción, realizar la modificación propuesta para evitar la desigualdad de trato entre las entidades españolas y las de otros Estados miembros.

g.3.) Modificación del texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre. Disponibilidad de los planes de pensiones en caso de procedimiento de ejecución sobre la vivienda habitual.

La propuesta introduce un nuevo supuesto en el que los partícipes de los planes de pensiones pueden hacer efectivos sus derechos consolidados, con el fin de que puedan acceder al ahorro acumulado en el plan para atender a sus necesidades económicas cuando se encuentren ante un procedimiento de ejecución de la vivienda habitual.

Se trata de un supuesto excepcional, motivado por las actuales circunstancias económicas, de ahí que se establezca un plazo de dos años para que el partícipe pueda hacer uso de este nuevo supuesto de liquidez. No obstante, se habilita al Gobierno para ampliar el plazo previsto o establecer nuevos periodos a tal efecto, teniendo en cuenta las necesidades de renta disponible ante la situación de endeudamiento derivada de las circunstancias de la economía.

Se prevé que reglamentariamente se determinarán estas situaciones así como las condiciones y términos en que podrán hacerse efectivo los derechos consolidados, al tiempo que se exige la concurrencia de determinados requisitos para delimitar este nuevo supuesto de liquidez. Así, por una parte se delimita el procedimiento de ejecución, exigiéndose que sea un procedimiento de ejecución forzosa judicial, administrativa o por notario para el cumplimiento de obligaciones, en el que se haya acordado proceder a la enajenación de su vivienda habitual; y por otra, se exige que el partícipe no disponga de otros bienes, derechos o rentas para satisfacer la totalidad de la deuda y evitar la enajenación de la vivienda, y que el importe de sus derechos consolidados sea suficiente para evitar la enajenación de la vivienda.

Se establecen normas en cuanto a la forma (pago único en la cuantía necesaria para evitar la enajenación de la vivienda), y en cuanto al plazo (máximo de siete días hábiles desde que el partícipe presente la documentación acreditativa correspondiente) para el pago de los derechos consolidados.

Finalmente, en aras a establecer un tratamiento igualitario con otros productos similares a los planes de pensiones, se declara que también será de aplicación a los asegurados de los planes de previsión asegurados, planes de previsión social empresarial y mutualidades de previsión social a que se refiere el artículo 51 de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y en general a los seguros colectivos que instrumentan compromisos por pensiones en los que se haya



transmitido a los asegurados la titularidad de los derechos derivados de las primas pagadas por la empresa así como respecto a los derechos correspondientes a primas pagadas por aquellos.

g.4.) Modificar el artículo 76.7 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en la redacción dada por el Real Decreto 1361/2007, de 19 de octubre, que modificó el mencionado Reglamento, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, en desarrollo de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

Adaptar la norma reglamentaria a las modificaciones legales que exige la citada Sentencia *Test-Achats*, teniendo en cuenta que este artículo desarrolla la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo.

g.5.) Modificar el RD 764/2010, de 11 de junio, por el que se desarrolla la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados en materia de información estadístico contable y de negocio y de competencia profesional para eliminar la exigencia de la documentación estadístico-contable semestral.

La solicitud semestral de la información estadística a los corredores de seguros y corredores de reaseguros, y la información del negocio para los agentes de seguros vinculados y operadores de banca-seguros vinculados se impuso por la necesidad de tener mayor información sobre la forma en que los seguros son canalizados y para conocer qué peso tiene cada canal en el contexto general de la distribución, de forma que se protegieran adecuadamente tanto los intereses de los consumidores como los de los proveedores de servicios.

Sin embargo, teniendo en cuenta los compromisos de reducción de cargas administrativas, y considerando que la información anual que facilitan estos profesionales es suficiente para cumplir los objetivos antes citados, se considera conveniente eliminar la exigencia de remitir a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la información estadística semestral, en relación los mediadores antes citados.

g.6.) Reducir de tres a dos años el plazo máximo para que las entidades aseguradoras realicen la valoración por sociedades tasadoras de los inmuebles y derechos reales inmobiliarios de que sean titulares.

Considerando el contexto actual de crisis, que ha afectado de forma especialmente relevante al sector inmobiliario, y para que la información sobre el valor razonable de los inmuebles de que son titulares las entidades aseguradoras no quede desactualizado, pudiendo incidir negativamente en su situación patrimonial, se propone acortar el plazo entre las tasaciones que están obligadas a solicitar.

g.7.) Regulación legal de las obligaciones de información en relación con las tasas y contribuciones especiales por los servicios de prevención y extinción de incendios.

El artículo 2 del Real Decreto Legislativo 2/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley Reguladora de las Haciendas Locales (TRHL), así como el artículo 4 de la Ley Orgánica 8/1980, de 13 de diciembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, disponen que los recursos de los municipios, las provincias y las comunidades autónomas para la financiación de las competencias que, en su caso hayan asumido, incluirán, entre otros, los impuestos, las tasas y las contribuciones especiales.

El TRHL prevé la financiación por vía tributaria de los servicios locales de extinción de incendios mediante dos figuras distintas: las tasas y las contribuciones especiales. Conforme al artículo 20.4, las entidades locales podrán establecer tasas por cualquier supuesto de prestación de servicios o de realización de actividades administrativas de competencia local y, en particular, por servicios de prevención y extinción de incendios.

Además, los entes locales que hayan asumido los servicios de prevención y extinción de incendios, podrán financiar el estableci-



miento, ampliación o mejora de dichos servicios mediante la aprobación de una contribución especial por el establecimiento y mejora del servicio de extinción de incendios. Su hecho imponible, de acuerdo con el artículo 2.2 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria y el artículo 28 del TRHL, es el establecimiento, ampliación o mejora de los servicios de prevención y extinción de incendios; es decir, se trata de un tributo finalista ya que las cantidades recaudadas por contribuciones especiales sólo podrán destinarse a sufragar los gastos de la obra o del servicio por cuya razón se hubiesen exigido.

El TRHL establece que son sujetos pasivos de las contribuciones especiales, en calidad de contribuyente, aquellas personas que resulten *«especialmente beneficiadas por la realización de las obras o por el establecimiento o ampliación de los servicios locales que originan la obligación de contribuir»* y, en particular, la letra c) del apartado 2 del artículo 30 del TRHL considera que en el caso del establecimiento y mejora de los servicios de extinción y prevención de incendios, además de los propietarios de los bienes afectados, son personas especialmente beneficiadas *«las compañías de seguros que desarrollen su actividad en el ramo, en el término municipal correspondiente»*.

El artículo 31 dispone que la *base imponible* de las contribuciones especiales está constituida, como máximo, por el 90 por ciento del coste que la entidad local soporte por la realización de las obras o por el establecimiento o ampliación de los servicios, especificándose que el referido coste estará integrado por el coste real de los trabajos periciales, de redacción de proyectos y de dirección de obras, planes y programas técnicos y el importe de las obras a realizar o de los trabajos de establecimiento o ampliación de los servicios, entre otros. El artículo 32, a la hora de determinar la *cuota tributaria*, dispone que la base imponible de las contribuciones especiales se

repartirá entre los sujetos pasivos, teniendo en cuenta la clase y naturaleza de las obras y servicios. Si se trata del establecimiento y mejora del servicio de extinción de incendios, podrán ser distribuidas entre las entidades o sociedades que cubran el riesgo por bienes sitos en el municipio de la imposición, proporcionalmente al importe de las primas recaudadas en el año inmediatamente anterior. Si la cuota exigible a cada sujeto pasivo fuera superior al cinco por ciento del importe de las primas recaudadas por este, el exceso se trasladará a los ejercicios sucesivos hasta su total amortización.

La propuesta parte de la necesidad de establecer un marco legal en materia de información a suministrar por las entidades aseguradoras de forma que las corporaciones locales puedan obtener información veraz sobre el volumen de primas por seguros de incendios, y ello con la finalidad de facilitar la liquidación y recaudación de las tasas y contribuciones especiales relacionadas con los servicios de prevención y extinción de incendios.

Los interesados en la recepción de la información son fundamentalmente los Ayuntamientos, aunque no siempre es así, pues conforme a la Ley Reguladora de la Bases del Régimen Local en determinados municipios (de menos de 20.000 habitantes o de más de 20.000 que no pudiesen desarrollar estas competencias por sí mismos) las provincias pueden asumir las competencias de gestión tributaria o, incluso, la legislación de las Comunidades Autónomas se la atribuye a éstas, en ciertos casos, tal como sucede en las Comunidades Autónomas de Madrid, Cataluña y Navarra.

Para el cumplimiento de la finalidad indicada se establecería la obligación de las entidades aseguradoras de suministrar la información relativa a las primas de cada ejercicio, distribuidas por municipios. A partir de ahí podrían ser agrupadas por



provincias y comunidades autónomas si fuera necesario.

Aun cuando la magnitud más directamente disponible para las entidades aseguradoras puede ser la referente a las primas devengadas, en la propuesta se hace referencia a primas cobradas para mantener la coherencia con la regulación de la contribución especial en el TRLHL (el artículo 32.1 se refiere al «importe de las primas recaudadas en el año inmediatamente anterior»). En el mismo sentido, el Impuesto sobre Primas de Seguros se gira en función de las «primas satisfechas».

Conforme a la clasificación de riesgos por ramos que efectúa el anexo de la Ley de Supervisión de los Seguros Privados, la exacción de la tasa o de la contribución especial afectaría al ramo de incendios. Sin embargo, la práctica comercial de los seguros multirriesgos (hogar, comercio, industria...) que engloban en un única póliza la cobertura de diversos riesgos, entre ellos el de incendios, determina la necesidad de establecer un criterio objetivo y de fácil aplicación para la imputación de la parte de prima del multirriesgo que correspondería a la cobertura de incendios. Por ello, para estos seguros se estimaría, a los solos efectos de las tasas y contribuciones especiales por los servicios de prevención y extinción de incendios, que el 50% de las primas de los seguros multirriesgos corresponderían a incendios. En consecuencia con ello, debería suministrarse información de las primas cobradas en cada ejercicio, distribuidas por municipios, del 100% de las primas de incendio y del 50% de las primas de seguros multirriesgos.

En cuanto al órgano receptor de la información a suministrar por las entidades aseguradoras, esa función correspondería al Consorcio de Compensación de Seguros, con el fin de que exista un único órgano al que remitir la información y un único punto central de información; de manera que el

Consortio recabaría esta información de las entidades y determinaría los porcentajes de participación de cada una por municipios (y, en su caso, por simple agregación, por provincias y comunidades autónomas) y transmitiría esa información a los órganos encargados de la gestión de la contribución especial, a solicitud directa de éstos o de la Federación Española de Municipios y Provincias. En este último caso a través de un convenio de colaboración con la Federación Española de Municipios y Provincias.

La obligación de remisión de información al Consorcio se configuraría como una norma de ordenación y supervisión de los seguros privados, de manera que su incumplimiento constituiría infracción conforme a lo establecido en la Ley de Supervisión de los Seguros Privados.

Junto con estos proyectos normativos citados, existen otras cuestiones que son y serán objeto de análisis en los próximos meses, y que afectan a diferentes materias del sector. Entre las más relevantes podemos citar las siguientes:

- Creación de grupo de trabajo para elaborar una propuesta normativa que cree mecanismos alternativos a los sistemas de rating, considerando el impacto de éstos en las carteras de las entidades y en la forma de gestión de éstas.

De conformidad con los antecedentes internacionales (SEC USA, FSC, BCE, etc.), se trabajará en utilizar los diferenciales swap de mercado como herramienta alternativa a los ratings, lo que implicaría, como principales ventajas, un rápido ajuste del riesgo de crédito frente a las actualizaciones que requieren los ratings, así como eliminar volatilidades y los movimientos a corto.

- Lucha contra el fraude

Establecer expresamente que la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones



requerirá a las entidades aseguradoras la adopción de medidas efectivas para impedir, prevenir, detectar, informar y remediar el fraude en seguros.

– Protección de datos

Se hace necesario realizar reformas normativas que sirvan para otorgar a las entidades aseguradoras de mayor seguridad jurídica en el tratamiento de datos personales y reducir las incertidumbres que esta materia genera.

En este sentido, se deben tener en cuenta las finalidades legítimas de las entidades aseguradoras en el tratamiento de datos y cesión de datos que, de conformidad con la Recomendación 2002/9 del Consejo de Europa, son las que siguen:

- a. preparación y suscripción de un seguro;
- b. cobro de primas y envío de otras facturas;
- c. liquidación de siniestros y pago de otras prestaciones;
- d. reaseguro;
- e. coaseguro;
- f. prevención, detección y/o persecución del fraude en seguros;
- g. interposición, ejercicio o defensa de una acción legal;
- h. cumplimiento de una obligación legal o contractual específica;
- i. hacer prospección en otros mercados de seguros;
- j. gestión interna de la compañía;
- k. actividades de tipo actuarial;

Varias son las cuestiones abiertas:

- Seguros de salud: posibilidad de establecer una habilitación legal que permita tratar datos de salud a efectos de determinar la asistencia sanitaria necesaria en un siniestro.
- Posibilidad de que la obligación de información en seguros colectivos pueda asu-

mirse contractualmente por el tomador del seguro.

- Posibilidad de establecer excepciones a la regla general del consentimiento según la cual el asegurador directo puede comunicar al reasegurador, sin consentimiento del tomador del seguro o asegurado, los datos necesarios para la celebración del contrato de reaseguro. Todo ello sería imposible de realizar si no hay una previa cesión de datos de las entidades aseguradoras tanto para la suscripción del contrato, como en caso de siniestro.
- En el caso de entidades que desarrollasen por cuenta de entidades aseguradoras actividades objeto de externalización, la posibilidad de considerarlas como encargadas del tratamiento.
- Posibilidad de que las entidades aseguradoras puedan establecer ficheros comunes que contengan datos de carácter personal para la liquidación de siniestros, la elaboración de estudios de técnica aseguradora y la colaboración estadística actuarial destinada a la determinación individual de la tarificación y selección de riesgos, siempre y cuando dichas estadísticas se elaboren de conformidad con los Reglamentos de la Unión Europea dictados para la aplicación del artículo 101.3 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.
- Posibilidad de establecer ficheros comunes cuya finalidad sea prevenir el fraude en el seguro sin que fuera necesario el consentimiento del afectado.

2.8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El nuevo sistema implantado por la Directiva de Solvencia II, basado en tres pilares, ha abierto un periodo de reflexión importante no sólo en las compañías, en la medida en que lleva aparejados cambios importantes en sus estructuras y en la forma de desarrollar su negocio, sino también en



los supervisores nacionales y la necesidad de disponer de los mecanismos necesarios para poder desarrollar adecuadamente su actividad supervisora.

En efecto, la introducción de un nuevo sistema de solvencia basado en el riesgo, y los cambios que ello requiere en la forma de gestión de las entidades, implica cambios importantes en la actuación de las autoridades supervisoras, lo que nos debe llevar a reflexionar sobre el modelo de supervisión que se debe implantar para los próximos años.

En este sentido, y como punto de partida, debemos tener presente el importante grado de avance y profesionalización del sector asegurador que se ha producido en los últimos 30 años. Estas características no han pasado desapercibidas para el supervisor, que ha podido apreciar cómo con carácter general, el nivel de gestión de las empresas, entendido éste en su sentido más amplio, ha mejorado ostensiblemente. Así, mientras que en periodos anteriores, y cada vez más lejanos en el tiempo, no eran pocos los casos en los que el supervisor detectaba problemas de solvencia, derivados sin duda de mecanismos de gestión poco profesionales, en la actualidad estas situaciones son verdaderamente puntuales. Como decía anteriormente, la mayor formación del personal que trabaja en el sector, su alto grado de profesionalidad y conocimiento, unido todo ello a las ventajas que conlleva la globalización (lo que permite compartir información, experiencias, así como conocer con inmediatez la evolución del sector a nivel global) han contribuido a desarrollar un sector que en términos generales se puede calificar como maduro, solvente profesional, y que sabe gestionarse.

Precisamente estos aspectos son los que nos deben llevar a reflexionar sobre el modelo de supervisión y de regulación que queremos desarrollar a nivel europeo y nacional.

Como señalaba anteriormente, el Proyecto Solvencia II debe calificarse como ambicioso y complejo, estando ambas características intrínsecamente interrelacionadas, toda vez que es precisamente la ambición del proyecto lo que le hace complejo.

Esta complejidad del proceso, alimentado por el elevado nivel de documentación que diferentes organismos e instituciones han elaborado sobre lo materia, nos han llevado a regular los requisitos de solvencia de las entidades de una manera detallada, minuciosa y cabría plantearse si, considerando la madurez, profesionalidad y desarrollo del sector asegurador nacional y europeo, excesiva.

En este sentido, el momento actual puede ser oportuno para reflexionar en dónde estamos transcurridos varios años desde que echó a andar el Proyecto Solvencia II; y sobre todo, para reflexionar hacia dónde queremos ir.

Considero que el resultado que se alcance debería configurar una regulación que permita garantizar un adecuado control de la solvencia de las entidades, pero que tenga presente en todo momento cuál es el nivel de desarrollo del sector en el momento actual del sector. El control de la solvencia de las entidades aseguradoras es sin duda un aspecto fundamental (no el único) en la labor de supervisión. No obstante, al igual que no sería adecuada la falta de regulación en una materia clave como ésta, tampoco sería apropiado un exceso de regulación.

En este punto quiero añadir un punto más a la reflexión. En un periodo de crisis como el actual, en donde la economía se encuentra inmersa en vaivenes continuos, y yendo más allá de estudios teóricos de impactos como los que se han desarrollado en los últimos años, el sector asegurador se ha visto sometido a un verdadero e importante shock o prueba de impacto, dando muestras de su resistencia. La conclusión es evidente: el actual marco regulatorio y, sobre todo y una vez más, el nivel de desarrollo, formación y madurez del sector, permiten afirmar que éste está, en términos generales, preparado para afrontar situaciones críticas como la actual. La pregunta inmediata es la siguiente: ¿servirá el Proyecto Solvencia II para hacer más solvente al sector, o el nivel de crucero alcanzado por éste le permitirá autogestionarse adecuadamente en materia de solvencia, siendo suficiente una legislación clara, sencilla y no basada en mecanismos complejos de cálculo?



Finalmente, quiero añadir unas últimas reflexiones desde el punto de vista del supervisor. El proyecto Solvencia II, tal y como está actualmente configurado, implicaría cambios no sólo en lo que se refiere al sujeto supervisado (entidades aseguradoras, principalmente) sino también en lo que hace referencia al supervisor. En efecto, un proceso como Solvencia II, con sus complejidades técnicas, demanda un supervisor preparado y adaptado a este reto, lo que nos debe llevar a plantearnos a todos los que formamos parte del sector (a nivel público y privado) si los organismos supervisores están adaptados a las exigencias de Solvencia II. Exigir a las entidades la adaptación a Solvencia II de su actividad y mecanismos de gestión, sin que los propios supervisores puedan garantizar su adecuada preparación y adaptación al reto que supone este proyecto, no representa el escenario ideal.

Por lo tanto, sin perjuicio de los requisitos que a los supervisores de seguros exigen tanto la Directiva Solvencia II como los principios y recomendaciones dictadas por los organismos internacionales en materia de supervisión de seguros y reaseguros (y en virtud de los cuales se aconseja reconocer legalmente la autonomía funcional de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en el ejercicio de sus funciones supervisoras), se debe también tener muy presente la necesaria adaptación de las estructuras del supervisor, incluyendo sus medios humanos y materiales.

En lo que se refiere a la reforma en materia de igualdad de género, además de considerar el coste de adaptación y de gestión administrativa que implicará para las entidades aseguradoras, se deberán analizar el impacto en precios, derivado de la necesidad de tarificar con arreglo a los nuevos parámetros normativos.

La revisión de la Directiva de mediación sin duda ocupará un papel relevante en los próximos meses, siendo necesario en todo caso que el texto final sirva para configurar a nivel europeo un mercado de distribución de seguros mejor coordinado y que no genere distorsiones competitivas entre los Estados miembros, y todo ello sin perjuicio de regular de una manera adecuada aspectos sometidos actualmente a debate. En cualquier caso no se

debe olvidar que el objetivo final es proteger de una manera efectiva al asegurado que desea acceder a la contratación de un seguro.

En la misma línea de protección al asegurado debe moverse la reforma de la normativa sobre contrato de seguro, orientando los esfuerzos a incrementar la transparencia en la información que se suministra al tomador o al asegurado, fomentando la claridad en los condicionados de las pólizas, así como mejorando deficiencias normativas detectadas en la aplicación diaria de la norma.

Por su parte, la normativa en materia de inmunización financiera permitirá mantener las carteras inmunizadas con los mismos activos que estaban asignados hasta ahora y ello aunque los mismos hayan descendido de rating, evitándose de este modo las ventas masivas de activos.

Lo anterior permitirá seguir invirtiendo en deuda pública española aunque ésta descienda por debajo de BBB, eliminando la penalización de la deuda pública española y posibilitando seguir invirtiendo en activos que tienen un movimiento paralelo con la deuda pública española como activos de entidades financieras españolas.

Finalmente los trabajos que se realicen sobre el baremo de autos, como herramienta que ha devenido fundamental en el sector asegurador, aportando un resultado ágil, evitando procesos judiciales y garantizando mayor seguridad jurídica, deben permitir mantener los resultados y los beneficios que se han obtenido hasta ahora.

En definitiva, y como se puede concluir de lo expuesto, son numerosos y de relieve los proyectos normativos en los que se trabaja ahora mismo por parte de la DGSFP, afectando a diferentes materias y a los diferentes actores intervinientes en el sector asegurador, toda vez que las normas sobre las que se está trabajando tienen relación con entidades aseguradoras, fondos de pensiones y mediadores de seguros.

Para alcanzar los mejores resultados, y fijar un marco normativo eficiente y que permita un adecuado funcionamiento del sector en su conjunto, se hace necesaria la colaboración y la aportación de ideas de todos, pues sólo de esta forma lograremos diseñar el mejor marco normativo posible.



III. LAS REFORMAS LEGALES EN CURSO. PERSPECTIVAS Y RETOS PARA LOS ASEGURADOS

Alberto J. Tapia Hermida.

Catedrático (acreditado) de Derecho Mercantil. Universidad Complutense de Madrid

3.1. LA PROTECCIÓN DEL ASEGURADO EN EL DERECHO VIGENTE

3.1.1. REGULACIÓN: EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DE ORDENACIÓN Y SUPERVISIÓN DE LOS SEGUROS PRIVADOS Y LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO

Antes de examinar las reformas legales en curso, conviene exponer sintéticamente cómo se protege a los tomadores, asegurados, beneficiarios y terceros perjudicados en la regulación vigente del seguro privado.

Por una parte, el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre (en adelante, TRLOSSP) y el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre (en adelante, ROSSP) agrupan, bajo el título de «protección del asegurado», en el Capítulo VI del Título II (art. 59 a 63 y arts. 104 a 107, respectivamente) un conjunto de medidas que se desarrollan en distintos momentos y tienen distinto carácter; pero comparten el común denominador de procurar proteger al asegurado en sus relaciones con las entidades aseguradoras.

Por otra parte, la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, LCS) establece, en sus arts. 3 y ss., una serie de preceptos que –por referirse a las condiciones y

demás documentación del contrato de seguro– inciden directamente sobre la protección del tomador y del asegurado, amén del carácter genéricamente tuitivo de todos los preceptos de esta Ley.

3.1.2. INFORMACIÓN

La primera medida protectora de asegurado en orden cronológico es el deber de información de la entidad aseguradora al tomador del seguro; deber que se proyecta con anterioridad a la celebración del contrato y que tiene diferente alcance según estemos ante tres hipótesis:

- a) En los seguros en general, aquella información se refiere a la legislación aplicable al contrato, al sistema de reclamaciones, al Estado miembro y autoridad a quienes corresponda el control de aquella entidad, etc. (art. 104 ROSSP).
- b) En el caso de los seguros de vida, el deber de informar al tomador se intensifica tanto en la forma, ya que se debe hacer entrega de una nota informativa redactada de forma clara y precisa; como en el fondo, puesto que la información se amplía a la identificación y domicilio del asegurador; a las garantías y opciones ofrecidas, a la duración del contrato y al resto de extremos reglamentariamente previstos. La entidad aseguradora debe informar duran-



te toda la vigencia del contrato al tomador sobre las modificaciones de la información inicialmente suministrada (art. 105 ROSSP).

- c) En los seguros colectivos, los asegurados deberán recibir del asegurador la información que afecte a sus derechos y obligaciones, salvo que la asuma el tomador de la póliza colectiva (art.106 ROSSP). En todo caso, debe quedar constancia de la recepción de la información por parte del tomador del seguro (art.107 ROSSP).

Los tribunales vienen insistiendo en la importancia de una correcta información por el asegurador al tomador y asegurado y así, por ejemplo, se ha declarado la nulidad por abusivas de determinadas cláusulas por defectos de información señalando, en concreto, «la necesidad de que el contratante por adhesión conozca en todo momento lo que contrata y el alcance del contrato».

3.1.3. CONTRATACIÓN

a) Las condiciones del contrato

En cuanto interesa a la protección del asegurado, destacamos que el contrato de seguro se considera como un contrato de adhesión porque se celebra sobre la base de las condiciones generales y particulares predispuestas por el asegurador a las que el tomador se adhiere (art. 3 de la LCS). Esta calificación lleva a los tribunales a aplicar la regla de «interpretatio contra proferentem» (art. 1288 C.c.) conforme a la cual la interpretación de las condiciones contractuales oscuras predispuestas por el asegurador nunca podrán beneficiar a este y perjudicar al asegurado. También se aplica el criterio de interpretación sistemática (art. 1285 C.c.) o regla de la especialidad por virtud de la cual, en caso de conflicto entre las condiciones generales y las particulares, priman estas últimas. Asimismo, los tribunales sostienen que, en caso de falta de coincidencia entre las condiciones gene-

rales y las condiciones particulares, debe darse preferencia al condicionado más beneficioso para los intereses del asegurado.

Las condiciones del contrato de seguro deben estar redactadas de forma clara y precisa y deberán incluirse en la póliza o en un documento que se suscribirá por el asegurado, a quien se entregará copia. Los tribunales insisten en la necesaria claridad de las cláusulas y así, en un seguro de personas, han considerado que no se deben utilizar como reclamos para la contratación conceptos fácilmente confundibles con otros semejantes conocidos por el Ordenamiento Laboral cuando los primeros inducen a representaciones equivocadas por el rigor de sus exigencias y la limitación de su contenido y así, por ejemplo, han considerado que la definición de invalidez permanente de una determinada póliza era desproporcionada, abusiva y contraria al principio de buena fe. En parecido sentido, han considerado equiparable a la retirada del carnet de conducir la no renovación de mismo por enfermedad, con la consiguiente cobertura de la póliza.

La calificación del seguro como contrato de adhesión y la consiguiente interpretación «pro asegurado» ha llevado a los tribunales a interpretar, en un seguro de responsabilidad civil, la existencia de cobertura de la indemnización por las lesiones sufridas a causa de una caída desde un globo aerostático a la vista de la existencia de cláusulas contradictorias en la póliza respecto a cuál era el riesgo asegurado; y, en un seguro de protección de plantas agrarias, a estimar que la paralización de la cámara cubierta por la póliza alcanza no sólo al paro absoluto sino también al funcionamiento inadecuado, máxime cuando la aseguradora conocía que la cámara diseñada para unos fines estaba siendo utilizada para otros distintos. Sin embargo, no cabe olvidar que procede la interpretación literal de las cláusulas si no son oscuras, ni contradictorias las especiales con las generales, ni lesivas. Así, por ejemplo, se ha considerado válida una cláusula que establecía claramente que el asegurado se comprometía a cumplir todas las normas de navegación y seguridad aérea y, por ello, determinaba la falta de



cobertura del siniestro acaecido cuando el helicóptero es pilotado por persona ni habilitada por la Dirección General de Aviación Civil.

A la vista de la LCS, podemos distinguir tres tipos de condiciones: a) Las lesivas, que privan al asegurado de derechos irrenunciables que le reconoce la LCS y, por lo tanto, son nulas. b) Las limitativas de aquellos derechos, que deberán destacarse de modo especial en la póliza y ser aceptadas específicamente por el asegurado para admitirse como válidas. c) Las delimitadoras del riesgo cubierto, que deben cumplir los requisitos generales de claridad y precisión.

Los tribunales vienen estableciendo una detallada doctrina jurisprudencial sobre la distinción entre las cláusulas lesivas, limitativas y delimitadoras; declarando, por ejemplo, en cuanto a las cláusulas lesivas, que una cláusula delimitadora del riesgo y de la suma asegurada no tiene carácter lesivo; y, en cuanto a las cláusulas limitativas, que, en un seguro de personas, debe considerarse como limitativa e interpretarse restrictivamente una cláusula que excluya de cobertura la invalidez o incapacidad cuando estas, en todo o en parte, fueran consecuencia directa o indirecta de un «defecto físico o mental preexistente a la fecha de eficacia de la póliza». Respecto de estas cláusulas caracterizadas como limitativas, los tribunales son categóricos al exigir la específica aceptación del asegurado como condición de validez de las mismas cuando, por ejemplo, limitan la responsabilidad de la aseguradora. Así, ante la falta de firma y de prueba de su conocimiento por el asegurado, no han admitido la validez de una definición restrictiva de la incapacidad permanente cubierta por un seguro. En cuanto a la calificación como limitativas de los derechos de los asegurados de determinadas cláusulas, los tribunales han mantenido que deben ser calificadas como tales, por ejemplo, las que señalan que las reparaciones del vehículo se tasarán con arreglo al valor real de las mismas, sin que dicha tasación pueda ser, en ningún momento, superior al valor venal del vehículo o las cláusulas de exclusión de la responsabilidad de la aseguradora de responsabilidad civil extracontractual en el caso de que los daños se produzcan en determinadas condi-

ciones. En cuanto a las cláusulas delimitadoras del riesgo asegurado, no exigen la aceptación específica escrita del asegurado para las cláusulas que definen y delimitan la cobertura del riesgo.

En la práctica aseguradora, los contratos suelen documentarse en tres niveles de condiciones, dependiendo de su complejidad: las condiciones generales de un tipo de contrato (por ejemplo, de responsabilidad civil); las condiciones especiales de una modalidad (por ejemplo, de responsabilidad civil profesional médica); y las condiciones particulares de un determinado contrato (donde se indican, por ejemplo, la entidad tomadora, si es una póliza colectiva en la que actúa como tomador un colegio profesional; y el grupo de médicos colegiados asegurados).

b) La póliza del contrato

Desde el punto de vista de la protección del asegurado, es relevante constatar que el seguro se caracteriza como un contrato consensual que sigue la regla general de perfeccionarse y obligar por el mero consentimiento de las partes (art. 1258 C.c.), que se manifiesta por el concurso de su oferta y su aceptación (art. 1262 C.c.). Sin perjuicio de ello, la LCS, en defensa del asegurado, obliga a formalizar el contrato de seguro y sus modificaciones por escrito e impone al asegurador el deber de entregar al tomador la póliza o documento de cobertura provisional procedente (art. 5 LCS). A estos efectos, téngase en cuenta que el requisito de constancia por escrito del contrato de seguro o de cualquier información relacionada con el mismo se entenderá cumplido si el contrato o la información se contiene en papel u otro soporte duradero que permita guardar, recuperar fácilmente y reproducir sin cambios el contrato o la información (Disposición Adicional Primera de la LCS).

Esta preferencia de la forma escrita del contrato de seguro –en defensa del asegurado– lleva a que los tribunales establezcan que las modificaciones verbales en el seguro tienen carácter excepcional y no hayan admitido la modificación del condicionado general de una póliza de segu-



ro multiriesgo industrial para extender la cobertura de las existencias en cualquier ubicación que designe la asegurada, ante la falta de prueba del acuerdo verbal. Por ello mismo, han admitido la validez de la modificación o adición del contrato de seguro sin la observancia de la forma escrita cuando exista prueba de su existencia y contenido.

Con anterioridad a la perfección del contrato de seguro puede desarrollarse una fase de tratos preliminares en la que las partes manifiesten su deseo de contratar. Vuelve a manifestarse aquí el deseo de la LCS de proteger al potencial tomador frente al asegurador dando un tratamiento asimétrico a las manifestaciones escritas de ambos. Así, mientras la solicitud de seguro no vincula al solicitante (tomador potencial); la proposición del asegurador le vincula durante un plazo de 15 días (art. 6 LCS). Los tribunales tienen establecido que el significado de la solicitud de seguro es el de una invitación al asegurador para que haga la oferta o proposición de seguro que no obliga al solicitante ni al asegurador, salvo en el seguro obligatorio del automóvil; considerando como solicitud el impreso de la aseguradora no firmado por su representante que no contiene la descripción del riesgo, ni de la suma asegurada ni de la prima correspondiente.

Según decimos, una vez perfeccionado el contrato, debe constar por escrito en una póliza, redactada en cualquiera de las lenguas españolas oficiales en el lugar en el que se formalice o en otra, a solicitud del tomador, conforme a la Directiva 92/96. Su contenido abarcará dos tipos de menciones: Por un lado, los elementos fundamentales del contrato que documente, bien sean personales (partes y otros sujetos como beneficiarios, agentes, etc.), reales (objetos asegurados, riesgo cubierto, prima) o circunstanciales (duración) (art. 8 LCS). En la práctica, estas menciones suelen constar en las condiciones particulares. Por otro lado, las condiciones generales y especiales que, como antes vimos, deben redactarse con claridad y precisión, no pueden ser lesivas de los derechos de los asegurados y, si tienen carácter limitativo de los mismos, sólo serán válidas si se destacan especialmente y son específicamente

aceptadas por escrito. Además, estas condiciones generales están sometidas a la vigilancia de la Administración Pública, que obligará a los aseguradores a modificar las cláusulas que hayan sido declaradas nulas por el Tribunal Supremo (art. 3 LCS y arts. 25.2 LOSSP y 76 ROSSP). La póliza o el documento de cobertura provisional deberán recoger de forma clara y precisa las informaciones sobre la legislación aplicable al contrato, las diferentes instancias de reclamación, el Estado Miembro en el que esté establecido el domicilio social del asegurador, etc. (art. 60 LOSSP y art.104 ROSSP).

Junto a los documentos contractuales señalados (solicitud, proposición, póliza o documento de cobertura provisional), el contrato de seguro puede documentarse mediante apéndices o suplementos que completen la póliza reflejando sus modificaciones o adiciones (art. 5 LCS). Por otro lado, en los seguros colectivos de vida, además de la póliza deberá utilizarse el boletín de adhesión suscrito conjuntamente por el tomador del seguro y por el asegurado (art. 76.4 ROSSP).

Junto a los documentos contractuales propiamente dichos, el Ordenamiento impone al asegurador, en los contratos de seguro sobre la vida, el deber de entregar al tomador del seguro, antes de celebrar el contrato, una nota informativa redactada de forma clara y precisa que recoja la identidad del asegurador, las garantías y opciones ofrecidas, la duración del contrato, las condiciones para su rescisión, etc. (arts. 105 y 106 ROSSP). En los contratos de seguro que instrumenten compromisos empresariales por pensiones, se establece un régimen especial de información a los asegurados y beneficiarios que se refleja en el deber del asegurador de emitir certificaciones anuales sobre la situación del seguro así como certificaciones precisas en los casos de incorporación, renovación o rescate (art. 34 RICP).

3.1.4. RECLAMACIÓN

La constatación de la situación de inferioridad real que suelen tener los asegurados cuando



surge un conflicto con las aseguradoras lleva a establecer normas especiales para la solución de las situaciones de conflicto entre el tomador o asegurado y la entidad aseguradora respectiva. En estos casos, los tomadores de los seguros, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de los anteriores pueden acudir a varias vías: a los Jueces y Tribunales competentes de su domicilio (conforme al art. 24 de la LCS), a las Juntas arbitrales de consumo, a determinados árbitros nombrados conforme a la Ley de Arbitraje, a los defensores del asegurado que en su caso tengan predisuestas las entidades aseguradoras de forma individual o de forma colectiva o bien a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (art. 61 LOSSP).

Las entidades aseguradoras deberán contar con un departamento o servicio de atención al cliente encargado de atender y resolver las quejas y reclamaciones y podrán designar, individual o colectivamente, un Defensor del Cliente que habrá de ser una entidad o experto independiente de reconocido prestigio, que atenderá y resolverá los tipos de reclamaciones sometidas a su decisión en su Reglamento de funcionamiento y promoverá el cumplimiento de la normativa de transparencia y protección de la clientela y de las buenas prácticas y usos financieros. La decisión del Defensor favorable a la reclamación vinculará a la entidad aseguradora (art. 63 LOSSP, art. 29 de la Ley 44/2002 y Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras).

Los mecanismos de protección del asegurado se completan con el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, adscrito a la DGSEF y cuya función consiste en proteger los derechos de este tipo de usuarios de servicios financieros atendiendo sus quejas y reclamaciones y asesorándolos sobre sus derechos en materia de transparencia y protección a la clientela. Dicho Comisionado será una persona de reconocido prestigio en el ámbito económico o financiero con una experiencia profesional mínima de diez años. Su mandato tendrá una duración de cinco años, sin posible reno-

vación y será nombrado por el MEH. El Comisionado publicará una memoria anual, se le adscribirá el Servicio de Reclamaciones de la DGSEF y actuará bajo el principio de ventanilla única con el resto de Comisionados financieros (el Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Bancarios y el Comisionado para la Defensa del Inversor). Para la admisión y tramitación de reclamaciones por este Comisionado será imprescindible acreditar el haberlas formulado previamente por escrito dirigido al departamento de atención al cliente de la Entidad aseguradora o al Defensor del Cliente (Capítulo V, arts. 22 a 31 de la Ley 44/2002 y Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de los servicios financieros).

3.2. LA PROTECCIÓN DEL ASEGURADO EN EL DERECHO PROYECTADO

3.2.1. REGULACIÓN: LA DIRECTIVA SOLVENCIA II Y LAS REFORMAS LEGALES EN CURSO

El sistema de protección del asegurado vigente en nuestro Ordenamiento que hemos descrito sintéticamente en el epígrafe anterior de este Estudio está en fase de revisión porque debe adaptarse a la Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de noviembre de 2009, sobre el seguro de vida, el acceso a la actividad de seguro y reaseguro y su ejercicio (Solvencia II).

Por ello, en primer lugar, el régimen público de ordenación y supervisión de las empresas de seguros y reaseguros –que actualmente se establece en el TRLOSSP y en su abundante normativa de desarrollo reglamentario– está en proceso de reforma. En este sentido, el Ministerio de Economía y Competitividad ha presentado un borrador de Anteproyecto de Ley de Supervisión de los Seguros Privados¹ ante la Junta Consultiva de

¹ En adelante, APLSSP.



Seguros y Fondos de Pensiones el 8 de mayo de 2012. El texto de este Anteproyecto coincide sustancialmente con el del Proyecto de Ley de Supervisión de los Seguros Privados de 22 de julio de 2011, que no llegó a tramitarse por la disolución de las Cortes². En concreto, el Capítulo VII, referido a las «Conductas de mercado» y ubicado dentro del Título III, que regula las condiciones de «ejercicio de la actividad» aseguradora por las entidades aseguradoras; contiene una serie de previsiones que influyen directamente en la protección del asegurado, de las que nos ocuparemos en los epígrafes siguientes.

En segundo lugar, el régimen privado del contrato de seguro también está en proceso de reforma porque tanto la Comisión General de Codificación (CGC) como la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP) vienen trabajando, desde hace tiempo, en la reforma de la LCS; esfuerzos que han culminado con el texto conjunto del Ministerio de Justicia (MJ) y del Ministerio de Economía y Hacienda (MEH) de un Anteproyecto de Ley de Contrato de Seguro³ que data de 8 de abril de 2011⁴. En concreto, este texto introduce algunas mejoras notables en cuanto al nivel de protección del asegurado –entre las que destaca su información– de las que nos ocuparemos en los epígrafes venideros.

En todo caso, procede dejar constancia de que, en la nueva regulación del mercado de seguros, el principio de protección del asegurado seguirá

siendo el objetivo fundamental que guía estas nuevas leyes, como así lo demuestra la Exposición de Motivos del APLSSP de 8 de mayo de 2012 cuando, en su apartado III, dice: «Al objeto de lograr los objetivos de mejor protección de los tomadores, asegurados y beneficiarios, y al amparo del artículo 149.1.6^a, 11^a y 13^a de la Constitución, esta ley contiene las bases de la supervisión de los seguros y reaseguros privados»; y añade que «esto exige cierta uniformidad de las normas reguladoras de la supervisión de la actividad aseguradora con el objeto de facilitar la relación de unas entidades aseguradoras españolas con otras, de éstas con las radicadas en la Unión Europea y de todas ellas con los mercados internacionales»; para acabar diciendo que «además, dada la importancia financiera del sector asegurador dentro de la economía nacional y por su carácter primordialmente mercantil, que debe considerar la unidad de mercado, las competencias de las Comunidades Autónomas han de respetar la competencia exclusiva estatal en la legislación mercantil».

3.2.2. INFORMACIÓN

La nueva regulación sobre los deberes de información de las entidades aseguradoras a los tomadores de los seguros y a los asegurados se establecerá en dos ámbitos.

Primero, el APLSSP establece una norma programática que se refiere, en su art. 99 al «deber general de información al tomador de seguro» conforme al cual «la entidad aseguradora deberá suministrar al tomador la información establecida en el reglamento de desarrollo de esta Ley»; añadiendo que «dicha información será accesible, facilitándose en los formatos y canales adecuados a las necesidades de las personas con discapacidad, de forma que puedan acceder efectivamente a su contenido sin discriminaciones y en igualdad de condiciones».

Segundo, el APLCS, en su art. 8, establece la «información previa al contrato de seguro» diciendo que «con carácter previo a la contratación, el asegurador deberá entregar al tomador de seguro la información previa contenida

² BOCG, Congreso de los Diputados, Serie A, Proyectos de Ley, 22 de julio de 2011, Núm.142-1. Sobre los antecedentes, v. TAPÍA HERMIDA, A.J., «III. La reforma de la Ley de Contrato de Seguro y la nueva Ley de Supervisión de los Seguros Privados», en BLANCO-MORALES LIMONES, P. / GUILLÉN ESTANY, M. (Dirs.), «Estudio sobre el sector asegurador en España 2010: los aspectos cualitativos de Solvencia II», Papeles de la Fundación nº 38, Ed. Fundación de Estudios Financieros, Madrid, 2010, págs. 87 y ss. donde nos referíamos al Texto presentado ante la Junta Consultiva de Seguros y Fondos de Pensiones de 23 de noviembre de 2010. V. Informe sobre el Anteproyecto de Ley de Supervisión de los Seguros Privados presentado al Consejo de Ministros de 8 de abril de 2011 (referencia al Consejo de Ministros de 08.04.2011).

³ En adelante, APLCS.

⁴ Texto que coincide sustancialmente con el datado en junio de 2010 que se presentó ante la Junta Consultiva de Seguros y Fondos de Pensiones de 23 de noviembre de 2010.



en el anexo de esta ley, que deberá estar redactada de forma clara y precisa»⁵. Este mandato se entiende sin perjuicio de lo establecido para el contrato de seguro en la legislación sobre comercialización a distancia de los servicios financieros destinados a los consumidores, contenida, en el Derecho vigente, en la Ley 22/2007, de 11 de julio. El Anexo mencionado distingue la información previa que se ha de facilitar a los tomadores de seguros en cuatro categorías:

- a) Información a facilitar a los tomadores de seguros o asegurados en todos los contratos de seguro, que comprende la autoridad a la que corresponda la supervisión del asegurador, así como la autoridad competente en caso de liquidación de la entidad aseguradora y la legislación aplicable a la liquidación, haciendo especial referencia a la existencia o no de un fondo de garantía o sistema equivalente.
- b) En los seguros de grupo o colectivos, el asegurador entregará a cada asegurado, con anterioridad a la firma del boletín de adhesión o durante la vigencia del contrato, la información que afecte a sus derechos y obligaciones de los asegurados, salvo que dicha obligación sea asumida por el tomador del seguro⁶.
- c) Si se trata de seguros de daños y de personas distintos del seguro de vida, hay que diferenciar, a su vez, las hipótesis siguientes:
 - c.1) La hipótesis general, en la cual, si el tomador es una persona física, el asegurador domiciliado en España

⁵ Añadiendo su apartado 2 que «el Gobierno, a propuesta de los Ministros de Justicia y de Economía y Hacienda, podrá actualizar los requerimientos de información previa del citado anexo».

⁶ A efectos probatorios, la póliza o el boletín de adhesión incluirán una mención fechada y firmada por el tomador o asegurado, en su caso, en la que se reconozca haber recibido, con anterioridad a la celebración del contrato de seguro o a la suscripción del boletín de adhesión, toda la información previa requerida en este anexo, habiendo de precisarse la fecha de su recepción.

deberá informarle, por escrito y en cualquiera de las lenguas españolas oficiales del domicilio o residencia habitual del tomador del seguro, de la ley aplicable al contrato de seguro, o en su caso, la propuesta por el asegurador cuando las partes tengan libertad para elegir la legislación aplicable; y de las diferentes instancias de reclamación, tanto internas como externas, que sean utilizables en caso de litigio y el procedimiento a seguir⁷.

- c.2) Si se trata de un asegurador domiciliado en otro Estado miembro de la Unión Europea que opere en España en régimen de derecho de establecimiento o en régimen de libre prestación de servicios, deberá informar al tomador de los extremos anteriores y, además, del Estado miembro en el que esté situado su domicilio social o, en su caso, la sucursal desde la que se proporcione la cobertura. Estos últimos extremos deberán figurar también en la proposición de seguro y en la póliza del contrato⁸.

⁷ El art.183 de la Directiva Solvencia II, refiriéndose a la «información general a los tomadores» en los seguros distintos del seguro de vida dice: «1. Antes de celebrar un contrato de seguro distinto del seguro de vida, la empresa de seguros distintos del seguro de vida deberá informar al tomador de lo siguiente: a) la legislación aplicable al contrato, cuando las partes no tengan libertad de elección; b) el hecho de que las partes tienen libertad para elegir la legislación aplicable, y la legislación que el asegurador propone que se elija. La empresa de seguros informará también al tomador del seguro sobre las disposiciones prácticas relativas al examen de las quejas de los tomadores de seguro en relación con los contratos y, si es el caso, sobre la existencia de una instancia encargada del examen de las quejas, sin perjuicio del derecho del tomador de interponer una acción judicial. 2. Las obligaciones contenidas en el apartado 1 solo se aplicarán cuando el tomador del seguro sea una persona física. 3. Las disposiciones de aplicación de los apartados 1 y 2 serán establecidas por el Estado miembro en el que se localice el riesgo».

⁸ El art.184 de la Directiva Solvencia II, refiriéndose a la «información adicional en los seguros distintos del seguro de vida ofrecidos en régimen de derecho de establecimiento o de libre prestación de servicios» dice: «Cuando un seguro distinto del seguro de vida se ofrezca en régimen de derecho de establecimiento o de libre prestación de servicios,



- c.3) Si se trata de contratos de seguro de responsabilidad civil en vehículos terrestres automóviles (excluida la responsabilidad del transportista), celebrados en régimen de libre prestación de servicios, los documentos mencionados en el caso anterior, habrán de recoger también el nombre y la dirección del representante al que se refiere el art.86.2 del TRLOSSP.
- c.4) En los seguros de decesos, cualquiera que sea su modalidad de cobertura, además de las obligaciones generales, el asegurador deberá informar al tomador, por escrito y de forma clara y precisa, sobre la modalidad del seguro que se le oferta, en concreto, si opera a prima nivelada, natural o seminatural y sobre las características y método de cálculo de la prima inicial; y, en general, para cualquiera de las modalidades del seguro de decesos que se está ofertando, le deberá informar sobre los factores de riesgo objetivos a considerar en la tasa de prima a aplicar en las sucesivas renovaciones de la póliza⁹, facilitándole un cuadro evolutivo estimado de las primas comerciales anuales hasta que el asegurado alcance la edad de noventa

antes de asumir un compromiso, se deberá informar al tomador del seguro del nombre del Estado miembro en el que esté situado el domicilio social o, si es el caso, la sucursal con la que vaya a celebrarse el contrato. Si se facilitan documentos al tomador del seguro, la información a que se refiere el párrafo primero deberá figurar en los mismos. Las obligaciones contempladas en los párrafos primero y segundo, no afectarán a los grandes riesgos. 2. El contrato o cualquier otro documento por el que se acuerde la cobertura, así como la propuesta de seguro en caso de que vincule al tomador, deberán indicar la dirección del domicilio social o, en su caso, de la sucursal de la empresa de seguros distintos del seguro de vida que proporcione la cobertura. Los Estados miembros podrán exigir que el nombre y la dirección del representante de la empresa de seguros distintos del seguro de vida a que se refiere el artículo 148, apartado 2, letra a), figuren también en los documentos mencionados en el presente apartado, párrafo primero».

⁹ Edad del asegurado, variaciones en el capital asegurado, evolución en los costes de los servicios funerarios u otros.

años¹⁰; sobre las actualizaciones de capitales asegurados y de primas a aplicar en las renovaciones y plazo previo al vencimiento y forma en la que se van a realizar las comunicaciones al tomador del seguro; sobre las garantías accesorias opcionales a la cobertura de decesos que se ofrecen en la misma póliza, con indicación del importe de la prima correspondiente a cada una de ellas cuando correspondan a otro ramo de seguro; sobre las condiciones de resolución del contrato; y sobre la existencia, o no, del derecho de rehabilitación de la póliza y normas por las que se rige, en su caso.

- c.5) En los seguros de enfermedad, cualquiera que sea su modalidad de cobertura, además de las obligaciones de información generales, el asegurador deberá informar al tomador sobre los criterios a aplicar para la renovación de la póliza y actualización de las primas en periodos sucesivos, incluyendo un detalle de la evolución previsible de las primas comerciales anuales a partir de la edad del asegurado en el momento de la contratación de la póliza.

d) Si se trata de contratos de seguro sobre la vida, también habrá que diferenciar, a su vez, las hipótesis siguientes:

- d.1) La hipótesis general de los seguros sobre la vida, en la que, antes de su celebración, el asegurador habrá de suministrar al tomador del seguro –por escrito, de forma clara y precisa y, a elección del tomador, en cualquiera de las lenguas españolas oficiales en el lugar en el que radique su domicilio o residencia habitual– una serie de

¹⁰ Este cuadro deberá estar elaborado conforme a las siguientes especificaciones: 1º. Detalle de la evolución previsible de las primas comerciales anuales a partir de la edad del asegurado en el momento de la contratación de la póliza, expresadas en tasas sobre 1.000 euros de capital asegurado inicial. 2º. Detalle de la evolución de los capitales asegurados.



informaciones sobre el asegurador¹¹, sobre el contrato de seguro en sí¹² y sobre las modificaciones que se produzcan durante todo el período de vigencia del mismo que afecten a determinados extremos¹³.

- d.2) Los casos de los seguros de vida en los que existe un riesgo de inversión. En particular, la evolución acelerada en los últimos años de los seguros de vida hacia su configuración como productos financieros de inversión (especialmente, en el caso de los seguros de vida cuyas inversiones se vinculan a

¹¹ a) Denominación o razón social y forma jurídica; b) El Estado miembro en el que esté establecido el domicilio social y, en su caso, la sucursal con la que se vaya a celebrar el contrato; c) El domicilio social y, en su caso, la dirección de la sucursal con la que se vaya a celebrar el contrato; d) Una referencia concreta al informe sobre la situación financiera y de solvencia del asegurador, regulado en la legislación de supervisión de los seguros privados, que permita al tomador del seguro acceder con facilidad a esta información.

¹² a) Definición de las garantías y opciones ofrecidas; b) Período de vigencia del contrato; c) Condiciones para su rescisión; d) Condiciones, plazos y vencimientos de las primas; e) Método de cálculo y de asignación de las participaciones en beneficios; f) Indicación de los valores de rescate y de reducción y naturaleza de las garantías correspondientes; en el caso de que éstas no puedan ser establecidas exactamente en el momento de la suscripción, indicación del mecanismo de cálculo así como de los valores mínimos; g) Primas relativas a cada garantía, ya sea principal o complementaria, cuando dicha información resulte adecuada; h) En los contratos de capital variable, definición de las unidades de cuenta a las que están sujetas las prestaciones e indicación de los activos representativos; i) Modalidades y plazo para el ejercicio del derecho de resolución y, en su caso, formalidades necesarias para el ejercicio de la facultad unilateral de desistimiento a que se refiere el artículo 73; j) Indicaciones generales relativas al régimen fiscal aplicable; k) Las diferentes instancias de reclamación, tanto internas como externas, utilizables en caso de litigio y el procedimiento a seguir; l) La ley aplicable al contrato de seguro, o en su caso, la propuesta por el asegurador cuando las partes tengan libertad para elegir la legislación aplicable; k) Información específica para permitir una comprensión adecuada de los riesgos subyacentes al contrato que asume el tomador del seguro.

¹³ a) Las condiciones generales, particulares y, en su caso, especiales; b) La denominación o razón social del asegurador, la forma jurídica o el domicilio social y, en su caso, la dirección de la sucursal con la cual se haya celebrado el contrato; c) Las informaciones contenidas en el apartado 2, párrafos d) a i), en caso de añadirse un suplemento de póliza o de que se modifique la legislación aplicable al contrato; d) Cada año, información sobre la situación de la participación en los beneficios.

cestas de activos financieros y en los que el tomador asume el riesgo de la evolución positiva o negativa de tales inversiones) tendrá una decisiva influencia en la protección del asegurado por la vía de la información que el asegurador ha de proporcionar al tomador en este tipo de seguros y, así, en ellos, la información específica para permitir una comprensión adecuada de los riesgos subyacentes al contrato que asume el tomador del seguro deberá distinguir los casos en los que el tomador asuma el riesgo de la inversión, en los que se informará de forma clara y precisa acerca de que el importe que se va a percibir depende de fluctuaciones en los mercados financieros, ajenos al control del asegurador y cuyos resultados históricos no son indicadores de resultados futuros y se especificará el importe, base de cálculo y periodicidad de todos los gastos inherentes a la operación; de aquellos otros seguros de vida en que el tomador no asuma el riesgo de la inversión, donde se le informará de la rentabilidad esperada de la operación considerando todos los costes.

- d.3) En el caso de seguros con participación en beneficios, el asegurador deberá informar por escrito anualmente al tomador del seguro de la situación de sus derechos, incorporando la participación en los beneficios. Además, si el asegurador ha facilitado cifras sobre la evolución potencial de la participación en los beneficios, deberá informar al tomador del seguro de las diferencias entre la evolución efectiva y los datos iniciales.
- d.4) Los seguros de vida en los que el asegurador haya facilitado cifras relativas al importe de pagos potenciales, aparte de los pagos garantizados por contrato, en la proposición de seguro o en el propio contrato de seguro de



vida. La experiencia de nuestro mercado de seguros muestra productos de seguro de vida que se comercializaron en épocas de altos tipos de interés en los mercados financieros prometiendo unas prestaciones en forma de capital o de renta a largo plazo a vencimiento que el brusco descenso de tipos hizo difícilmente asumibles. Por ello, en estos casos, es imprescindible distinguir con claridad las prestaciones garantizadas de las potenciales y, para ello, el asegurador deberá proporcionar al tomador del seguro un modelo de cálculo del que resulte el pago potencial al vencimiento, aplicando la base de cálculo de la prima y utilizando tres tipos de interés diferentes; informándole, de manera clara y comprensible, que el modelo de cálculo está basado en supuestos hipotéticos y que el tomador del seguro no debería inferir obligaciones contractuales del citado modelo de cálculo.

Estas previsiones del art.8 y el Anexo del APLCS introducen los mandatos armonizadores del art.185 de la Directiva Solvencia II que, cuando se refiere a la información a los tomadores de seguros de vida distingue entre la que debe suministrar la aseguradora antes de celebrarse el contrato¹⁴ y la que debe pro-

porcionar a lo largo de la vida del mismo¹⁵.

3.2.3. CONTRATACIÓN

La protección del asegurado, en el momento de contratar un seguro, se verá afectada por la nueva legislación en los aspectos siguientes:

a) Condiciones

El APLCS, en su art. 4 –dedicado a las «condiciones del contrato de seguro»– establece algunas previsiones relevantes para la mejor protección del asegurado, de las que debemos empezar destacando la previsión de que «la póliza del contrato de seguro deberá contener únicamente las condiciones generales, particulares y, en su caso, las

de pago de las primas; e) los métodos de cálculo y de asignación de las participaciones en beneficios; f) la indicación de los valores de rescate y reducción y la naturaleza de las garantías correspondientes; g) información sobre las primas relativas a cada garantía, ya sea principal o complementaria, cuando dicha información resulte adecuada; h) en los contratos de capital variable, una enumeración de los valores de referencia utilizados (unidades de cuenta); i) indicaciones sobre la naturaleza de los activos representativos de los contratos de capital variable; j) las modalidades de ejercicio del derecho de renuncia; k) indicaciones generales relativas al régimen fiscal aplicable al tipo de póliza; l) las disposiciones relativas al examen de las quejas de los tomadores de seguro, asegurados o beneficiarios del contrato, incluida, en su caso, la existencia de una instancia encargada de examinar las quejas, sin perjuicio de la posibilidad de interponer una acción judicial; m) la legislación que se aplicará al contrato cuando las partes no tengan libertad de elección o, cuando las partes tengan libertad de elección, la legislación que la empresa de seguros de vida propone que se elija. 4. Además, se facilitará información específica para permitir una comprensión adecuada de los riesgos subyacentes al contrato que asume el tomador del seguro».

¹⁵ En este sentido señala dicho precepto: «5. El tomador del seguro deberá ser informado, durante todo el período de vigencia del contrato, de cualquier modificación relativa a lo siguiente: a) las condiciones generales y particulares; b) la denominación o razón social de la empresa de seguros de vida, la forma jurídica o el domicilio social y, en su caso, la dirección de la sucursal con la cual se haya celebrado el contrato; c) toda información relativa al apartado 3, letras d) a j), en caso de añadirse un suplemento de póliza o de que se modifique la legislación aplicable a la póliza; d) cada año, información sobre la situación de la participación en los beneficios».

¹⁴ Dice este precepto: «1. Antes de la celebración del contrato de seguro de vida, deberán haberse comunicado al tomador, como mínimo, las informaciones enumeradas en los apartados 2 a 4. 2. Se comunicará la siguiente información en relación con la empresa de seguros de vida: a) la denominación o razón social y su forma jurídica; b) el Estado miembro en el que está establecido el domicilio social y, en su caso, la sucursal con la que se vaya a celebrar el contrato; c) el domicilio social y, en su caso, la dirección de la sucursal con la que se vaya a celebrar el contrato; d) una referencia concreta al informe sobre la situación financiera y de solvencia con arreglo al artículo 51, que permita que el tomador del seguro acceda con facilidad a esta información. 3. Se comunicará la siguiente información en relación con el compromiso: a) la definición de cada garantía y de cada opción; b) el período de vigencia del contrato; c) las condiciones de rescisión del contrato; d) las condiciones y el plazo



especiales, que sean aplicables al contrato que suscriba el tomador». Este mandato pretende evitar que el tomador de un seguro se encuentre con una documentación compuesta por unas condiciones generales, especiales y particulares, que se derogan en parte conforme a mandatos genéricos y le obligan, con frecuencia, a asumir sobre sus hombros, una tarea de interpretación cruzada de condiciones –de notable complejidad jurídica– para saber cuáles de todas ellas se le aplicarán.

En segundo lugar, el APLCS se remite, como normativa básica aplicable a las condiciones generales del contrato de seguro, a las normas contenidas en la legislación sobre condiciones generales de la contratación, que es la Ley 7/1998, de 13 de abril, que regula las Condiciones Generales de la Contratación. Sin perjuicio de lo cual establece algunos requisitos específicos que deberán cumplir las condiciones generales, particulares y, en su caso, las especiales de los contratos de seguro, entre los que señala: la concreción, claridad y sencillez en la redacción, con posibilidad de comprensión directa, sin reenvíos a cláusulas y pactos no contenidos en la póliza; el acomodo a la buena fe y justo equilibrio entre los derechos y obligaciones de las partes; la exigencia de que las exclusiones y limitaciones de los derechos de los asegurados o tomadores figuren de forma destacada y comprensible y deban ser específicamente aceptadas por escrito, salvo cuando se utilicen técnicas de contratación a distancia, en cuyo caso podrá quedar constancia de la aceptación mediante cualquier soporte duradero a disposición del tomador o asegurado.

En tercer lugar, el APLCS aplica los principios generales a las condiciones de los contratos de seguro diciendo, en su art. 4, que las cláusulas contenidas en las condiciones generales de contratación que sean calificadas como abusivas por la normativa en materia de protección a los consumidores o por los Tribunales, serán nulas, sin perjuicio de la eficacia del resto de las condiciones establecidas en la póliza del contrato. Ello implica una remisión a las normas contenidas en el Título II del Libro II (art. 80 y ss.) del Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, aprobado por Real

Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, que trata de las «condiciones generales y cláusulas abusivas».

Lo anterior supone que el legislador ha hecho un camino de ida y vuelta en esta materia porque, habiendo sido la LCS de 1980 pionera en la protección del asegurado mediante la exigencia de claridad en las condiciones generales de este contrato mercantil; en la actualidad es lógico que el régimen especial de este contrato se integre por remisión a las normas genéricas sobre protección del consumidor y condiciones generales de la contratación.

b) Pólizas

El APLCS mantiene, en su art. 7, los principios vigentes sobre los documentos precontractuales típicos del seguro. A saber: mantiene la asimetría de posiciones del potencial tomador, cuya solicitud de seguro no vinculará al solicitante; frente a la del asegurador, cuya proposición de seguro le vinculará durante un plazo de quince días a suscribir el contrato en los términos propuestos. Dicha proposición se redactará por escrito e incluirá la información previa legalmente exigible, así como todas las condiciones contractuales; salvo cuando se utilicen técnicas de contratación a distancia, en cuyo caso podrá quedar constancia de la proposición mediante cualquier soporte duradero a disposición del tomador o asegurado. Estas previsiones se entienden sin perjuicio de lo establecido para el contrato de seguro en la legislación sobre comercialización a distancia de los servicios financieros. Por último, también se mantiene la posibilidad de retrotraer, por acuerdo de las partes, los efectos del seguro al momento en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición.

En cuanto a la existencia de la póliza del contrato de seguro propiamente dicha, el art.9 del APLCS mantiene la obligación del asegurador de formalizar por escrito el contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones y de entregar al tomador del seguro la póliza o, al menos, el documento de cobertura provisional. Se añade que,



en los seguros de grupo, el asegurador, sin perjuicio de la póliza que ha de entregar al tomador del seguro, deberá proporcionar a cada asegurado un boletín de adhesión en el que conste la información que afecte a los derechos y obligaciones de estos. Por último, se establece que, en caso de extravío de la póliza, el asegurador, a petición del tomador o, en su defecto, del asegurado o beneficiario, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, que tendrá idéntica eficacia que la original, pudiéndole repercutir al solicitante el coste de emisión de la copia o duplicado.

En cuanto al idioma de redacción de la póliza del contrato de seguro, el art.10 del APLCS dispone que deberá redactarse, a elección del tomador del seguro, en cualquiera de las lenguas españolas oficiales en el lugar donde aquélla se formalice.

En cuanto al contenido de la póliza, el art.10 del APLCS establece que recogerá la información que hemos visto en el epígrafe precedente y las indicaciones sobre los elementos esenciales del contrato, que son de carácter:

- a) Subjetivo, tales como la ley aplicable y la identificación de la autoridad a la que corresponde la supervisión del asegurador y el nombre y apellidos o denominación social y domicilio del tomador, así como la designación del asegurado y, en su caso, del beneficiario, indicando sus domicilios respectivos. Si interviene un mediador en el contrato, la clase y nombre o denominación social del mediador.
- b) Objetivo, tales como la naturaleza del riesgo cubierto, describiendo, de forma clara y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como las exclusiones u otras posibles limitaciones o condiciones de la cobertura; la designación de los objetos asegurados y de su situación; la suma asegurada o alcance de la cobertura, los criterios para la actualización de la suma asegurada, así como, en su caso, una estimación de la evolución de la suma ase-

gurada; el importe de la prima, los recargos e impuestos indicando su vencimiento y forma de pago, los criterios y procedimientos para la actualización de las primas, así como, en su caso, una estimación de la evolución del importe de las primas.

- c) Circunstancial, tales como la duración del contrato, con indicación del día y la hora en que comienzan y terminan sus efectos, de la posibilidad de prórroga y de la forma de oponerse a la misma.

Se añade que, si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar al asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente y que, transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza. Lo establecido en este párrafo se insertará en toda póliza de seguro.

Asimismo, en el caso de que se produzca una modificación sustancial de las condiciones del contrato, el asegurador deberá entregar al asegurado una nueva póliza que recoja las condiciones vigentes y deje sin efecto las precedentes.

Desde el punto de vista de la supervisión de los seguros, el art.95 del APLSSP, refiriéndose al «control de las pólizas, tarifas y documentación técnica de la actividad», mantiene el criterio vigente de que las condiciones contractuales y modelos de pólizas, las tarifas de primas y las bases técnicas no estarán sujetas a autorización administrativa ni deberán ser objeto de remisión sistemática a la DGSFP; sin perjuicio de que esta DGSFP pueda requerir la presentación, siempre que lo entienda pertinente, de las condiciones contractuales, los modelos de pólizas, las tarifas de primas y las bases técnicas de las entidades aseguradoras, así como de los modelos de contratos, primas y cualquier otra documentación relacionada con la actividad reaseguradora, para controlar si respetan los principios actuariales, las disposiciones contenidas en esta ley y sus normas de desarrollo y las reguladoras del contrato de seguro ; y de que las entidades aseguradoras y



reaseguradoras deban tener a disposición de la DGSFP la documentación indicada en su domicilio social.

c) Tarifas de primas

Dado que la obligación de pago de la prima es la prestación esencial del tomador del seguro, los requisitos que deben cumplir las tarifas de primas influyen directamente en el nivel de protección del asegurado. A tal efecto, al APLSSP establece, en su art. 94, una serie de principios que deberán cumplir las tarifas de primas que son:

- a) Fundamentación técnica, porque aquellas tarifas deberán fundamentarse en bases técnicas y en información estadística elaborada de acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente.
- b) Suficiencia, puesto que las tarifas deberán ser suficientes, según hipótesis actuariales razonables, para permitir a la entidad aseguradora satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas.
- c) Equidad, puesto que, en su cálculo, deberá respetarse el derecho a la igualdad de trato y la no discriminación, sin que puedan establecerse diferencias de trato entre mujeres y hombres en las primas y prestaciones de las personas aseguradas, cuando las mismas consideren el sexo como factor de cálculo.
- d) Indivisibilidad e invariabilidad.
- e) Libre competencia en el mercado de seguros sin que, a estos efectos, tenga el carácter de práctica restrictiva de la competencia la utilización de estadísticas comunes, por parte de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, para la elaboración individual de sus tarifas de primas de riesgo, siempre y cuando dichas estadísticas se elaboren de conformidad con los Reglamentos de la Unión Europea dictados para la

aplicación del artículo 101.3 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.

d) Operaciones prohibidas

La protección del asegurado en el mercado de seguros exige que las entidades aseguradoras no realicen operaciones que les están vedadas y que entidades o personas que no estén debidamente autorizadas no ofrezcan y realicen operaciones de seguro.

En primer lugar, el art.96 del APLSSP, prohíbe que las entidades aseguradoras realicen las operaciones que carezcan de base técnica actuarial; el ejercicio de cualquier otra actividad comercial y la prestación de garantías distintas de las propias de la actividad aseguradora (sin que se entienda incluida en esta prohibición la colaboración con entidades no aseguradoras para la distribución de los servicios producidos por éstas); y las actividades de mediación en seguros privados.

En segundo lugar, el art.97 del APLSSP prohíbe las operaciones realizadas sin autorización administrativa, declarando la nulidad de pleno derecho de los contratos de seguro y demás operaciones sometidas a la ley celebrados o realizados por entidad no autorizada, cuya autorización administrativa haya sido revocada, o que transgredan los límites de la autorización administrativa concedida (que podríamos denominar, en sentido amplio, como «asegurador de hecho»). Mientras que la primera y segunda hipótesis de entidad no autorizada o con su autorización revocada no implican dificultades especiales de determinación para el asegurado, que siempre puede acudir a los Registros administrativos de entidades aseguradoras y reaseguradoras que lleva la DGSFP conforme al art. 74 del TRLOSSP; el caso de las operaciones realizadas por una entidad aseguradora excediendo su autorización administrativa plantea problemas mucho más difíciles de solventar en la práctica que pueden causar problemas de incertidumbre y desprotección de los asegurados por dos tipos de razones: primero, porque la autorización administrativa



de las entidades aseguradoras se concede por ramos de seguro, que no siempre son fáciles de delimitar por un asegurado (arts. 5.7 y 6 del TRLOSSP); y, segundo, porque ante una oferta de un determinado producto de seguro –que puede ser complejo en cuanto a las coberturas ofrecidas– por una entidad aseguradora, el tomador o el asegurado no siempre podrá determinar con claridad si está cubierta o excede de la autorización del ramo que goza la aseguradora, aun cuando aquel tomador o asegurado se haya informado de este último extremo.

Como la aplicación de las consecuencias generales de la nulidad de estos contratos –restitución recíproca de prestaciones conforme al art. 1303 del Código Civil– dañaría gravemente los intereses del contratante «in bonis» (el tomador asegurado), la normativa establece consecuencias específicas de esta nulidad que dependerán de la situación: Si el siniestro no ha acaecido, quien hubiera contratado con el «asegurador de hecho» no estará obligado a cumplir su obligación de pago de la prima y tendrá derecho a la devolución de la prima pagada. Si ha acaecido el siniestro, amparado por el contrato si hubiera sido válido, nacerá la obligación de la entidad que lo hubiese celebrado de satisfacer una indemnización cuya cuantía se fijará con arreglo a las normas que rigen el pago de la prestación conforme al contrato de seguro, sin perjuicio del deber de indemnizar los restantes daños y perjuicios que hubiera podido ocasionar. Esta obligación y responsabilidad será solidaria de la entidad y de quienes, desempeñando en la misma cargos de administración o dirección, hubieren autorizado o permitido la celebración de tales contratos u operaciones, todo ello sin perjuicio de la infracción administrativa en la que hubieran podido incurrir tanto la entidad como los mencionados administradores. Para prevenir en lo posible este «furtivismo asegurador» tan potencialmente lesivo para los asegurados, la DGSFP requerirá a cualquier persona física o jurídica que, sin haber obtenido la preceptiva autorización o transgrediendo los límites de la misma, realice operaciones sometidas a esta ley, para que cese inmediatamente en el ejercicio de dicha actividad, y

acordará la publicidad que considere necesaria para información del público.

e) Protección de datos de carácter personal

Una de las regulaciones más sensibles y efectivas para proteger al asegurado y al resto de sujetos implicados en el contrato de seguro es la que garantiza la debida privacidad y protección de sus datos personales porque el legislador debe garantizar que los derechos fundamentales al honor y a la intimidad personal y familiar consagrados en el art.18 de nuestra Constitución no se pongan en riesgo con ocasión de la contratación de un seguro.

Por regla general, la cesión de datos de carácter personal susceptibles de tratamiento informatizado exige el previo consentimiento del afectado, salvo en una serie de supuestos previstos legalmente, entre los que podemos destacar el que una ley prevea dicha cesión, se trate de datos recogidos de fuentes accesibles al público, el establecimiento de un fichero automatizado responda a la libre y legítima aceptación de una relación jurídica cuyo desarrollo, cumplimiento y control exija necesariamente la conexión del fichero con el de terceros (art.11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

Como el contrato de seguro –especialmente si se trata de seguros de personas– implica la necesidad de las aseguradoras de conocer ciertos datos personales de los asegurados y del resto de sujetos directamente implicados en la relación de seguro, el art. 103 del APLSSP establece que aquellas entidades aseguradoras podrán tratar los datos de los tomadores, asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados, así como de sus derechohabientes sin necesidad de contar con su consentimiento a los solos efectos de garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro y el cumplimiento de las obligaciones establecidas en esta ley y en sus disposiciones de desarrollo. Y, por esa misma justificación, se añade que el tratamiento de los datos de las personas antes indicadas para cualquier finalidad distinta



de las especificadas en el párrafo anterior deberá contar con el consentimiento específico de los interesados. Adviértase de la importancia de esta última previsión si tenemos en cuenta que las aseguradoras pertenecen con frecuencia a grupos financieros que pueden querer disponer de los datos personales de los asegurados y del resto de sujetos citados para ofrecerles otro tipo de productos financieros o para aprovechar aquellos datos en el marco del desarrollo de contratos bancarios ya celebrados y vigentes.

Dado que los datos personales sobre la salud merecen una especial protección (arts. 7 y 8 de la Ley Orgánica 15/1999), el citado art. 103 del APLSSP dispone que las entidades aseguradoras podrán tratar sin consentimiento del interesado los datos relacionados con su salud cuando ello resulte preciso para la determinación de la asistencia sanitaria que hubiera debido facilitarse al perjudicado cuando la misma haya de ser satisfecha por la entidad; y para el adecuado abono a los prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de asistencia sanitaria que se hubieran llevado a cabo en el ámbito de un contrato de seguro de asistencia sanitaria; posibilidades expresamente previstas por el art. 105 de la vigente LCS¹⁶.

En todo caso, el art. 103 del APLSSP impone a las entidades aseguradoras los deberes de información generales en el momento de la recogida de datos (art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999) y los refiere al asegurado, beneficiario o al tercero perjudicado acerca del tratamiento y, en su caso, de la cesión de los datos de salud.

Existen una serie de situaciones características del mercado asegurador que obligan a establecer regulaciones específicas del tratamiento de datos de carácter personal en este mercado:

- a) La primera es la existencia de grupos de entidades aseguradoras y reaseguradoras, regulados en el Título V del APLSSP (art. 137 y ss.). La supervisión consolidada de estos grupos exige que algunas de tales entidades compartan información sobre los asegurados para transmitírsela a las autoridades de supervisión y, por ello, a los solos efectos del cumplimiento de tales deberes de información, el art. 103 permite que las entidades aseguradoras que formen parte de un grupo intercambien los datos de carácter personal siempre que resulten necesarios para el cumplimiento de las obligaciones de supervisión establecidas en esta ley, sin necesidad de contar con el consentimiento del interesado sin necesidad de contar con el consentimiento del interesado y sin que esos datos puedan utilizarse para ninguna otra finalidad si no se contase con el consentimiento específico del interesado para ello.
- b) La segunda situación específica del mercado asegurador es el reparto de riesgos en segundo grado gracias al mecanismo del reaseguro. Por ello, el art. 103 del APLSSP establece que las entidades aseguradoras podrán comunicar a las entidades reaseguradoras los datos que sean estrictamente necesarios para la celebración del contrato de reaseguro conforme a lo previsto en el art. 77 de la LCS, sin consentimiento del tomador del seguro o asegurado¹⁷.
- c) La tercera situación específica de las entidades aseguradoras y reaseguradoras procede de la posible externalización de parte de sus funciones o actividades en terceras entidades, admitida en el art. 60 del APLSSP. Como dicha externalización implicará la cesión de datos personales de los asegurados entre la entidad que exter-

¹⁶ Dicho art.103 del APLSSP añade la siguiente cautela específica: «El tratamiento de los datos se limitará en estos casos a aquellos que resulten imprescindibles para el abono de la indemnización o la prestación derivada del contrato de seguro. Los datos no podrán ser objeto de tratamiento para ninguna otra finalidad, sin perjuicio de las obligaciones de información establecidas en esta ley».

¹⁷ Con la expresa cautela de que «la cesión de dichos datos para cualquier otra finalidad distinta de la establecida en el párrafo anterior requerirá el consentimiento del interesado».



naliza y la que desarrolla tales funciones externalizadas es por qué el art. 103 del APLSSP dispone que las entidades que desarrollasen por cuenta de entidades aseguradoras actividades objeto de externalización tendrán la consideración de encargadas del tratamiento, debiendo sujetarse al régimen previsto para las mismas en la Ley Orgánica 15/1999 y su normativa de desarrollo.

- d) La cuarta situación específicamente prevista abarca los supuestos de cesión de cartera, transformación, fusión o escisión de entidades aseguradoras, en los que no se producirá la cesión de datos, sin perjuicio del cumplimiento por el responsable de los dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999.
- e) En quinto lugar, debemos mencionar el posible establecimiento por las entidades aseguradoras de ficheros comunes que contengan datos de carácter personal para la liquidación de siniestros, la elaboración de estudios de técnica aseguradora y la colaboración estadística actuarial destinada a la determinación individual de la tarificación y selección de riesgos. Posibilidad que se condiciona a que dichas estadísticas se elaboren de conformidad con los Reglamentos de la Unión Europea dictados para la aplicación del artículo 101.3 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea¹⁸.
- f) En sexto lugar, destaca por su especificidad en el mundo del seguro la posibilidad reconocida a las aseguradoras de establecer ficheros comunes cuya finalidad sea prevenir el fraude en el seguro sin que sea necesario el consentimiento del afectado¹⁹,

salvo que se trate de datos relativos a la salud que sólo podrán ser objeto de tratamiento con el consentimiento expreso del afectado.

- g) Por último, la propia dinámica del contratación de los seguros, donde se producen con frecuencia situaciones en las que las solicitudes de los asegurados o las proposiciones de los aseguradores no culminan con la efectiva contratación de un seguro obliga a introducir la expresa obligación de las entidades aseguradoras de proceder inmediatamente a la cancelación de los datos que le hubieran sido facilitados con anterioridad a la celebración de un contrato si el mismo no llegara a celebrarse²⁰.

3.2.4. RECLAMACIÓN

La aplicación del derecho fundamental del art. 24 de nuestra CE en el ámbito del seguro lleva al art.100 del APLSSP a constatar que los conflictos que puedan surgir entre tomadores de seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con entidades aseguradoras se resolverán por los jueces y tribunales competentes. En este ámbito el APLCS mantiene la norma imperativa del fuero del domicilio del asegurado, de enorme importancia práctica, puesto que evita una eventual y costosa transhumancia litigiosa del asegurado.

Sin perjuicio de lo anterior, el coste asociado a las reclamaciones judiciales que, junto al tiempo, lo hacen a menudo insoportable para el asegurado; lleva a la normativa de seguros a mencionar otros posibles mecanismos de solución de conflictos que son:

¹⁸ El apartado 7 de este art.103 aclara que: «La cesión de los citados datos no requerirá el consentimiento previo del afectado, pero sí la comunicación a éste de la posible cesión de sus datos personales a ficheros comunes para los fines señalados, con expresa indicación del responsable, para que se puedan ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación previstos en la ley».

¹⁹ El art.103 añade la cautela específica de que «será necesaria en estos casos la comunicación al afectado, en

la primera introducción de sus datos, de quién sea el responsable del fichero y de las formas de ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación y oposición».

²⁰ El art.103 establece la expresa salvedad de que «contando con el consentimiento específico del interesado, que deberá ser expreso si se tratase de datos relacionados con la salud».



- a) El arbitraje, tanto de consumo porque aquellos sujetos podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos del artículo 57 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre; sin perjuicio de que, en cualquier caso, y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida, también podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, surgidas o que puedan surgir, en materia de libre disposición conforme a derecho, en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.
- b) Los departamentos y servicios de reclamaciones de las entidades aseguradoras, porque en los términos previstos en la normativa vigente sobre protección de clientes de servicios financieros, contenida en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, y en sus normas de desarrollo, las entidades aseguradoras estarán obligadas a atender y resolver las quejas y reclamaciones que los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos puedan presentar, relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos

3.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1ª. La protección de los asegurados se verá notablemente potenciada por las reformas legales en curso del mercado español de seguros tanto en los aspectos de supervisión (borrador de Anteproyecto de Ley de Supervisión de los Seguros Privados, APLSSP, de 8 de mayo de 2012) como en los aspectos de contratación (Anteproyecto de Ley de Contrato de Seguro, APLCS, de 8 de abril de 2011). Ambas reformas tienen como denominador común la necesaria adaptación de nuestro

Derecho a la Directiva Solvencia II y su voluntad de incrementar la protección del asegurado.

2ª. Las técnicas de protección al asegurado deben adaptarse a los distintos tipos de seguros (de daños o de personas), extenderse a otros sujetos interesados (como los beneficiarios en los seguros de vida para caso de muerte o los terceros perjudicados en los seguros de responsabilidad civil) y acomodarse a las distintas técnicas de contratación (tales como la contratación a distancia y los seguros colectivos).

3ª. Antes de contratar un seguro, el asegurado debe contar con toda la información pertinente y adecuada para formarse un juicio fundado sobre el seguro que se le propone. Ello exige incrementar tanto la cantidad como, muy especialmente, la calidad de la información que se le suministra, para que resulte fácilmente comprensible.

4ª. En el momento de contratar un seguro, el asegurador debe entregar al asegurado una póliza en la que figuren exclusivamente las condiciones que resulten aplicables a dicho contrato de seguro, sin obligar al asegurado a hacer interpretaciones complejas sobre cuáles de las condiciones generales, especiales o particulares le vinculan.

5ª. Después de contratar un seguro, el asegurado debe tener garantizado el acceso a mecanismos extrajudiciales de solución de conflictos que resulten eficientes. Por ello, deben potenciarse tanto los mecanismos públicos, a través de la DGSFP, como los mecanismos privados, a través del arbitraje genérico o de consumo y la mediación.

BIBLIOGRAFÍA

- Caballero Sánchez, E., «El consumidor de seguros: protección y defensa», Mapfre, Madrid 1997.
- Embid Irujo, A., «Ordenación del seguro y competencias de los poderes públicos», Cedecs, Barcelona 1997.
- Jiménez-Blanco, A., «Régimen de infracciones y sanciones», en AA.VV., «Estudios y Comenta-



- rios sobre la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados», Ed. Mapfre, Madrid 1997, pág. 191 y ss.
- Martí Sánchez, J.M., «Protección del asegurado. El defensor del asegurado», RES 91, 1997, pág. 33 y ss.
- Núñez Lozano, M.C., «Ordenación y supervisión de los seguros privados», Madrid/Barcelona 1998, pág. 222 y ss.
- Peñas Moñano, M.J., «La protección del asegurado (análisis de la problemática derivada de la pluralidad de normas aplicables)», Madrid 1999.
- Rodríguez-Ponga, F., «La Administración Pública y la protección del asegurado», en AA.VV., «Estudios y Comentarios sobre la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados», Ed. Mapfre, Madrid 1997, pág. 349 y ss.
- Sanz Gandásegui, F., «La potestad sancionadora de la Administración sobre las entidades de seguros», en Sánchez Calero, F. (Dir.), «Estudios sobre el aseguramiento de la responsabilidad de la gran empresa», Madrid 1994, pág. 135 y ss.
- Tapia Hermida, A.J., «Manual de Derecho de Seguros y Fondos de Pensiones», 1ª Edición, Editorial Thomson/Civitas, Cizur Menor 2006.



IV. LA NUEVA PROPUESTA DE DIRECTIVA DE MEDIACIÓN DE SEGUROS Y SU IMPACTO EN EL MERCADO ESPAÑOL

Jaime Sánchez Santiago. Abogado / Attorney at law (NY). Clifford Chance
Teresa Cid Blasco. Abogada. Clifford Chance

4.1. INTRODUCCIÓN

El pasado 3 de Julio de 2012 se publicaron, de forma conjunta, las propuestas de (i) Directiva sobre mediación en los seguros («IMD II»), y (ii) Reglamento relativo a la información en los productos preempaquetados de inversión minorista (el «Reglamento PRIIPs»).

Estas propuestas se encuadran, asimismo, dentro de la iniciativa más amplia de la Comisión Europea (la «Comisión») de armonizar las prácticas de venta de todos los productos de inversión, empleando el mismo enfoque que las propuestas de revisión (i) de la Directiva 2009/65/CE sobre los organismos de inversión colectiva en valores mobiliarios («UCITS V»), que fue publicada en la misma fecha que las mencionadas anteriormente; y (ii) de la Directiva 2004/39/CE relativa a los mercados de instrumentos financieros («MiFID II»)¹, cuya elaboración está mucho más avanzada y de cuyos principios han bebido estas nuevas propuestas.

¹ Recientemente, en concreto el 26 de octubre, se ha publicado la última versión de la propuesta, MiFID II que se puede encontrar en el siguiente enlace: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2012-0406+0+DOC+XML+V0/ES#BKMD-8>.

En línea con lo que se acaba de comentar el considerando 16 de MiFID II hace referencia expresamente a que «Las inversiones se venden con frecuencia a clientes en forma de contratos de seguros como alternativa o para sustituir instrumentos financieros regulados en virtud de la presente Directiva. Para proporcionar una protección coherente a los clientes minoristas, es importante que las inversiones en forma de contratos de seguros estén sujetas

Una vez hecho público el texto de IMD II, no han tardado en sucederse las declaraciones de distintos actores del sector, tanto en España como en otros Estados miembros de la Unión Europea («UE»), cuestionando su necesidad, la idoneidad de la propuesta para conseguir sus propósitos y la aplicación que tendría en la práctica sus preceptos, planteándose ciertos interrogantes cuya resolución es aún dudosa.

La Comisión ha calificado la reforma como una «profunda transformación» («*an extensive overhaul*»). En lo que a España respecta, la aprobación de IMD II en las líneas en las que ha sido propuesta tendría un impacto muy significativo en la actual configuración de la mediación de seguros, afectando tanto a mediadores, como a aseguradoras/reaseguradoras², así como a otros

a las mismas normas de conducta empresarial, en particular las relativas a la gestión de conflictos de interés, las restricciones a los incentivos y a las normas destinadas a garantizar la idoneidad del asesoramiento o la conformidad de las ventas no asesoradas. La protección del inversor y los requisitos en materia de conflictos de interés de la presente Directiva deben aplicarse igualmente a las inversiones que asumen la forma de contratos de seguros y debe garantizarse la coordinación entre la presente Directiva y otra legislación pertinente, incluida la Directiva 2002/92/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de diciembre de 2002, sobre la mediación en los seguros («IMD I»).

² Por razones de simplicidad, y a los efectos de no repetir cada vez en este estudio la referencia a aseguradoras y reaseguradoras o a mediadores o mediación de seguros/reaseguros, debe entenderse que el término seguros o aseguradoras incluye también reaseguros o reaseguradoras, salvo que se deduzca claramente lo contrario del contexto en el que se utilicen dichos términos.



operadores que pasarían a prestar servicios sujetos a IMD II. Cabe destacar que IMD II viene a regular no sólo a los intervinientes en la distribución de seguros en sentido amplio, sino a ciertos operadores de la fase de posventa que se consideran ahora también intermediarios.

El objetivo del presente estudio es el de analizar aquellas modificaciones más significativas de la reforma propuesta, así como el posible encaje y repercusiones de algunas de estas modificaciones en la normativa española.

En concreto, estudiaremos en relación con IMD II (i) la reforma desde el prisma de sus objetivos, calendario y necesidad de la misma (*vid.* apartado 4.2.); (ii) la ampliación de su ámbito de aplicación (*vid.* apartado 4.3.); (iii) las modificaciones introducidas en cuanto a requisitos de autorización y de organización para operar (*vid.* apartado 4.4.); (iv) las nuevas obligaciones relacionadas con la comercialización de seguros, haciendo especial hincapié en la información por parte del mediador de la remuneración recibida y normas de conducta (*vid.* apartado 4.5.); (v) los requisitos adicionales de protección del cliente en relación con los productos de seguro de inversión (*vid.* apartado 4.6.); y (vi) otra serie de modificaciones relevantes (*vid.* apartado 4.7.). Asimismo, haremos una breve mención a las principales implicaciones del Reglamento PRIPs (*vid.* apartado 4.8.) y concluiremos con una serie de consideraciones finales y recomendaciones en relación con los temas analizados (*vid.* apartado 4.9.).

Antes de estudiar cada una de estas cuestiones es necesario recordar que, como en todo proceso de propuestas legislativas, estamos ante un proceso vivo y cambiante, con la particularidad, en este caso, de que, como acabamos de mencionar, afecta a varias propuestas de distintos ámbitos que avanzan a distinta velocidad y que deben acompañar sus modificaciones, por lo que un análisis de IMD II requiere no sólo tener en cuenta el *iter* legislativo de IMD II sino al mismo tiempo un análisis de cómo están avanzando otras propuestas (por ejemplo, MiFID II o el Reglamento PRIPs), ya que cambios en algunas de éstas podrían afectar directamente al

enfoque que sobre las mismas cuestiones adopte IMD II.

4.2. OBJETIVOS, CALENDARIO Y NECESIDAD DE LA REFORMA

4.2.1. OBJETIVOS

Del documento explicativo de la Comisión sobre la propuesta IMD II (el «Documento Explicativo IMD II») se deducen los siguientes dos grandes objetivos generales:

- a) Mejorar la regulación e integración del mercado minorista (esto es, de distribución) de manera eficiente y evitar el falseamiento de la competencia garantizando condiciones equitativas de competencia entre todos los canales.

Para ello se propone, entre otras cuestiones –como veremos posteriormente–, ampliar el ámbito de aplicación de la vigente directiva a todos los canales de distribución, así como simplificar y aproximar el procedimiento de acceso transfronterizo a los mercados de seguros de toda la UE; y

- b) Reforzar la protección del consumidor de seguros.

Como objetivos más concretos dentro de este objetivo general de incrementar la protección del tomador de seguros el Documento Explicativo IMD II señala los siguientes: (i) regular los conflictos de interés y establecer un *modus operandi* homogéneo para su identificación, gestión y mitigación; (ii) aumentar la adecuación y objetividad del asesoramiento; (iii) exigir una cualificación profesional del vendedor acorde con la complejidad de los productos vendidos y que, en definitiva, la formación redunde en un mejor servicio al cliente; y (iv) aumentar el nivel de armonización de las sanciones y medidas administrativas en caso de incumplimiento.



4.2.2. CALENDARIO DE LA REFORMA

La Comisión apuntó en su nota de prensa sobre IMD II que la propuesta legislativa será probablemente adoptada durante 2013. Si se cumpliera esta primera previsión, IMD II y el Reglamento PRIPs entrarían en vigor en 2015. Este calendario exigiría que los Estados miembros aprobaran la normativa pertinente de trasposición en 2014 o en 2015 antes de la fecha límite para la transposición de IMD II³.

Adicionalmente, como se indicará más adelante, determinados aspectos de IMD II están sujetos a desarrollo de medidas de nivel 2, cuyo calendario también habrá que tenerse especialmente en consideración.

4.2.3. IMD II: ¿UNA REVISIÓN NECESARIA? ¿AHORA?

En el sector financiero en sentido amplio (incluido el sector seguros) estamos viviendo desde hace tiempo y, en gran parte, como consecuencia de las carencias que ha puesto de manifiesto la crisis financiera, un verdadero «tsunami» regulatorio.

Dentro de los objetivos de IMD II antes mencionados, si atendemos en última instancia a lo que dice la propia Comisión en su nota de prensa, la reforma obedece, sobre todo, a que la actual crisis financiera ha puesto de relieve la necesidad de incrementar los mecanismos de protección del consumidor (de manera homogénea entre todos los productos financieros) para remediar lo que se ha llamado una «*crisis de confianza de los consumidores*». La Comisión subraya que esta crisis afecta también al mercado de los seguros y cita encuestas recientes que indican que el «70% de los productos de seguro se venden sin un asesoramiento adecuado»⁴.

³ Téngase en cuenta que IMD II, como IMD I, es una directiva de mínimos y, por lo tanto, los Estados miembros podrán adoptar normativa más restrictiva.

⁴ *Vid.* Comunicado de prensa de la Comisión Europea de 3 de julio de 2012, en el cual la Comisión propone legisla-

La verdad es que, si analizamos estas afirmaciones, al menos desde la perspectiva española, no sería apropiado equiparar la situación del sector asegurador con la del sector financiero, afectado, como es de sobra conocido, por el escándalo de las participaciones preferentes⁵. En España, la mediación de seguros se ha caracterizado hasta ahora por un reducido ratio de incidencias y reclamaciones.

Si bien la situación no es la misma en todos los estados de la UE, nos encontramos, curiosamente, con que algunos de los países en los que han surgido los mayores escándalos en relación con comercializaciones inapropiadas de seguros⁶ aplicaban ya la normativa MiFID a la venta de seguros⁷, lo que también pone de manifiesto que estas normas no tienen por qué ser la panacea que solucione eventuales malas prácticas de comercialización.

Asimismo, no habría que olvidar que la modificación de IMD I está ligada también en cierta manera al proceso de Solvencia II. El considerando 139 de la Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de noviembre de 2009, sobre el seguro de vida, el acceso a la actividad de seguro y de reasegu-

ción para aumentar la protección de los consumidores de servicios financieros, que puede accederse en el siguiente enlace: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-12-736_es.htm?locale=en.

⁵ De hecho, el propio legislador español ha reconocido implícitamente que la situación del sector financiero y asegurador no son equiparables y la normativa que se ha aprobado para evitar que se repitan situaciones como las mencionadas anteriormente se ha centrado en la regulación de participaciones preferentes, instrumentos de deudas convertibles y financiación subordinadas computables como recursos propios y no en productos aseguradores propiamente dichos. *Vid.*, por ejemplo, el Real Decreto-ley 24/2012, de 31 de agosto, de reestructuración y resolución de entidades de crédito.

⁶ Pensemos, por ejemplo, en la situación del Reino Unido en relación con la venta inapropiada por parte de entidades financieras de seguros de protección de pagos y que ha provocado que las entidades afectadas hayan tenido que provisionar más de 10,8 millardos de libras en relación con las posibles reclamaciones de clientes por este tema.

⁷ Por ejemplo, la normativa inglesa de seguros, como la italiana o la francesa, adaptó, en mayor o menor medida, su normativa de mediación de seguros a MiFID a pesar de no ser aplicable a la mediación de seguros.



ro y su ejercicio (Solvencia II) (la «Directiva Solvencia II») urgía expresamente a la modificación de IMD I para adaptarla al cambio de enfoque que trae aparejado Solvencia II. Ante el nuevo retraso de la puesta en marcha de Solvencia II, distintos operadores han insistido en que sería necesario que se retrase el calendario de aprobación y fecha de entrada en vigor de IMD II en función de cómo se desarrolle Solvencia II.

IMD II introduce, como veremos a lo largo de este estudio, cuestiones muy relevantes que exigen un debate sosegado con los principales actores implicados sobre el impacto, necesidad e idoneidad de algunas de las medidas propuestas en cada uno de los distintos Estados miembros. Además, trasladar los principios de MiFID II al sector seguros no es un ejercicio obvio, y debe analizarse la conveniencia de dicha aplicación caso por caso, considerando las particularidades propias del sector de los seguros. Teniendo esto en cuenta, cabría plantearse si resulta adecuado aprobar IMD II durante 2013 o si sería conveniente retrasar su aprobación, si bien es cierto que esto plantearía el problema de dilatar la consecución de uno de los objetivos que persiguen las autoridades comunitarias, como es el de conseguir a corto plazo una regulación homogénea de determinadas cuestiones en el sector financiero (incluido el sector seguros).

4.3. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y EXCLUSIONES

IMD II regula en el capítulo I (arts. 1 y 2) su ámbito de aplicación, así como las definiciones utilizadas.

Como veremos a continuación, IMD II amplía el ámbito de aplicación de IMD I al regular la venta de seguros para todos los canales de distribución; así como ciertas actividades posventa (básicamente actividades realizadas hasta el momento del cobro de la indemnización por el cliente). Asimismo, se limitan ciertas exclusiones.

4.3.1. ÁMBITO DE APLICACIÓN

En relación con la definición de mediación incluida en IMD II (art. 1) y otros aspectos relativos al ámbito de aplicación de IMD II, nos gustaría destacar las siguientes novedades:

- a) *Se modifica la definición de mediación para eliminar la actividad de «presentación».*

Este término había sido interpretado de forma dispar por los distintos Estados miembros y existían dudas en algunos Estados miembros sobre si toda actividad de «presentación» constituía *per se* mediación de seguros. En España, como es de sobra conocido, la actividad de captación de clientela se puede realizar por los auxiliares externos⁸ de los mediadores sin que suponga una actividad de mediación; con lo que esta es la vía utilizada en la práctica para aquellas personas o entidades que «presentan» potenciales clientes (y realizan ciertas actividades auxiliares) sin incurrir en riesgo de mediación.

Entendemos que desde la perspectiva española, y desde un punto de vista práctico, la introducción de esta modificación más allá de la mera eliminación formal del término «introducción» del artículo 2 de la definición de mediación no debería llevar aparejado ningún cambio en el régimen del auxiliar externo. La figura del auxiliar externo está ampliamente extendida en la práctica y sus límites de actuación han quedado claramente definidos en consultas a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones («DGSFP»)⁹.

- b) *Se introduce en la definición de mediación el término «asesoramiento».*

⁸ Vid. artículo 8 de la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados (la «LM»).

⁹ Vid., por ejemplo, la respuesta de la DGSFP de fecha 19 de marzo de 2007 a una consulta sobre las actividades del auxiliar externo.



Asesoramiento se define expresamente como «una recomendación personal efectuada a un cliente a solicitud de este o por otras razones».

La introducción expresa de este término en la definición de mediación (junto con otros aspectos como la ampliación de la definición de «Intermediario ligado» que comentaremos posteriormente) podría llevar a plantearse en España¹⁰ en qué medida tiene sentido mantener la figura del auxiliar-asesor o si debería pasar a considerarse una nueva tipología de mediador. La Ley de Economía Sostenible introdujo los auxiliares-asesores con la idea de tener una figura que, sin ser un mediador –o un empleado de éste–, pudiera, además de realizar las actividades propias del auxiliar, ayudar a aquellos en otras actividades de preventa y posventa, desarrollando, eso sí, siempre su actividad bajo la dirección, responsabilidad y régimen de capacidad financiera del mediador. En concreto, los auxiliares-asesores prestarán «asistencia en la gestión, ejecución y formalización en los contratos de seguro o en caso de siniestro» (art. 8 LM)¹¹, siendo uno de los aspectos claves, en la práctica, la capacidad de asesorar a los cliente con carácter previo a la formalización del contrato de seguro y sin perjuicio de la participación activa del mediador.

Si en España se optara por exigir la transformación de los auxiliares-asesores en mediadores, entendemos que probablemente se les encuadrará dentro de la nueva definición de intermediario de seguros ligado que introduce IMD II, figura a la que hacemos referencia más adelante.

- c) *La definición de mediación se amplía para incluir la gestión de siniestros a título profesional y el peritaje.*

La opción de política legislativa por la que se ha inclinado la Comisión parece clara: incluir dentro del concepto de mediación toda la tipología de actividades existentes hasta el momento de cobro de la indemnización por parte del cliente quizás con la idea de conseguir una mayor protección del cliente y forzar una mayor homogenización en los distintos aspectos del sector con independencia de su encaje conceptual, en mayor o menor medida, en el concepto de mediación de IMD I.

- d) *Se consideran también como actividades de mediación de seguros a las actividades de venta directa de seguros (esto es, sin intervención de mediadores) por parte de aseguradoras.*

Contemplar a las actividades de las «líneas directas» como actividades de mediación supone, desde el punto de vista conceptual, una pura *contraditio in terminis*, ya que las aseguradoras que realizan estas actividades por definición no intermedian. Sin embargo, claramente, IMD II es algo más que una norma que regule la mediación, ya que uno de sus verdaderos objetivos, como hemos indicado anteriormente, es regular la distribución de seguros en general y de manera homogénea entre todos los operadores (evitando el falseamiento de la competencia) y, al querer hacerlo mediante la modificación de IMD I, se producen necesariamente disfunciones conceptuales.

- e) *Se aclara que las actividades de comparadores y agregadores se considerarán actividades de mediación siempre que cumplan ciertos requisitos.*

Con la «comoditización» de ciertos productos de seguros y la generalización de internet, los sitios web de búsqueda y comparación de seguros han ganado una gran relevancia en relación con la comercialización de seguros sobre todo en ciertos ramos debido a la necesidad de multitarifación demandada por los usuarios del canal internet. En la práctica se trata, por lo tanto, de otro canal más de acceso a clientes.

¹⁰ Esta misma cuestión se plantearía en otros Estados miembros donde tienen figuras similares a las del auxiliar-asesor.

¹¹ La DGSFP ha aclarado en varias contestaciones a consultas ciertos aspectos referidos a las actividades y el régimen aplicable a los auxiliares-asesores. Véase, en concreto, por ejemplo, la de 2 de agosto de 2012.



En España, como ocurre en otros Estados miembros¹², los comparadores no están expresamente regulados y en la práctica, en función de las opciones de las distintas compañías, se ha optado normalmente por configurarlos como auxiliares de un mediador o como corredurías en línea (*on line*)¹³.

Paradójicamente IMD II regula un tema tan relevante como este exclusivamente mediante una mención general en uno de sus considerandos. Concretamente, el considerando 11 IMD II califica como mediadores a aquellos operadores cuya «*actividad consista en proporcionar información sobre uno o varios contratos de seguro o de reaseguro a partir de unos criterios seleccionados por el cliente a través de un sitio web o por otra vía, o proporcionar una clasificación de productos de seguro o reaseguro o un descuento sobre el precio del contrato, cuando el cliente pueda celebrar directamente un contrato de seguro al final del proceso*» (énfasis añadido).

Por tanto, como indica también el considerando 11 IMD II, no debe aplicarse a aquellos comparadores o agregadores que se dediquen a actividades meramente de presentación (concepto que, además, como se exponía más arriba, ha sido eliminado de la definición de «mediación de seguros»), consistentes en proporcionar información sobre posibles tomadores a los mediadores o aseguradoras o información sobre los

productos de seguro o sobre una aseguradora o mediador a posibles tomadores.

Teniendo en cuenta la vaguedad con la que describe IMD II aquellos comparadores o agregadores que deberán ser considerado mediadores y su régimen jurídico, será esencial ver cómo termina plasmándose la regulación de esta figura en la normativa que trasponga IMD II. En el caso español, como ha adelantado la Directora General de la DGSFP en alguna intervención pública, se tiene, en nuestra opinión muy acertadamente, la intención de regular lo antes posible la situación de los comparadores, por lo que todo este tipo de cuestiones se plantearán en breve.

- f) *Se amplía el concepto de «intermediario de seguros ligado».*

La nueva definición de «intermediario de seguros ligado» incluye la posibilidad de intermediarios que actúen por cuenta de uno o varios mediadores y no sólo por cuenta de una o varias empresas de seguros (como hacía IMD I) «*siempre y cuando los intermediarios de seguros bajo cuya responsabilidad la persona actúe, no actúen, a su vez, bajo la responsabilidad de otra empresa o intermediario de seguros*».

En lo que a España respecta, la figura del intermediario de seguros ligado se había plasmado en la figura del agente/operador de banca seguros vinculado.

Sin perjuicio de lo anterior, el artículo 33.2 LM permitía exclusivamente para los corredores de seguros la posibilidad de colaborar bajo la dirección de otro corredor siempre que este asuma los actos de aquel y se informe previamente por escrito a su clientela. Asimismo, la DGSFP en su respuesta a una consulta de 7 de enero de 2010, entre otras, aclaró que eran válidos los acuerdos de colaboración entre otros mediadores (distintos de corredores) siempre y cuando: (i) todos ellos sean de la misma clase; (ii) uno de ellos asuma la dirección y responsabilidad de la actuación

¹² Por ejemplo, ni en el Reino Unido, ni en Francia ni en Alemania están expresamente regulados los comparadores. En concreto, en el Reino Unido el supervisor británico, Financial Services Authority («FSA») en su Guía sobre la venta de pólizas de seguros generales a través de Comparadores de octubre de 2011 (*Guidance on the Selling of General Insurance Policies through Price Comparison Websites*) puso de manifiesto su preocupación por el hecho de que determinados comparadores colaboraran activamente en la comercialización y asesoramiento de seguros sin tener la debida autorización.

¹³ Así se desprende de la comprobación de esta cuestión en las páginas web de los buscadores. Un ejemplo de estructura de auxiliar sería ACIERTO.com, que presta un servicio de auxiliar externo de la correduría Proyectos y Seguros S.A., mientras que un ejemplo de Correduría en línea sería Correduría de Seguros Segurosbroker Coberplán, S.L.



del resto; y (iii) además, en el caso de que los mediadores sean agentes de seguros, suscriban un acuerdo en ese sentido con la aseguradora correspondiente en sus respectivos contratos de agencia de conformidad con lo previsto en los artículos 13.1 y 20 LM.

La nueva definición de «intermediario de seguros ligado» acoge expresamente, por lo tanto, la posibilidad a la que acabamos de hacer mención desde la perspectiva española de colaboración entre mediadores que actúen por cuenta de otros mediadores, aunque con ciertas matizaciones.

Como indicamos anteriormente esta ampliación del concepto de «intermediario de seguros ligado» podría servir para dar encaje a los auxiliares-asesores si finalmente se considera la necesidad de subsumirlos como mediadores.

g) *No constituirán mediación de seguros:*

- (i) las actividades de información prestadas con carácter accesorio a un cliente en el contexto de otra actividad profesional, si el proveedor no efectúa ninguna acción adicional para ayudar al cliente a celebrar o a ejecutar un contrato de seguro; ni
- (ii) el mero suministro de datos y de información sobre tomadores potenciales a los mediadores o las aseguradoras, o de información sobre productos de seguros o sobre un mediador o una aseguradora a tomadores potenciales.

h) *Se introduce un régimen específico para aquellos que desarrollen actividades de mediación con carácter auxiliar y cumplan determinados requisitos (los «Mediadores de Carácter Auxiliar»).* En concreto:

- (i) que la actividad principal del intermediario no sea la mediación de seguros;
- (ii) que el intermediario venda sólo aquellos productos de seguros complementarios de un producto o servicio y que figuren claramente identificados en la

declaración de registro a la que nos referiremos en el apartado 4.2. posterior; y

- (iii) que no comercialicen seguros de vida o de responsabilidad civil, salvo cuando dichas coberturas sean accesorias a la cobertura principal.

Esta subcategoría podría afectar, por ejemplo, en la práctica, a los operadores que realicen ventas de servicios que han dejado de formar parte de la exclusión *de minimis* explicada en el apartado 4.3.2. siguiente, y, por lo tanto, cuyas actividades pasan a considerarse de mediación.

En cuanto a las particularidades aplicables a estos mediadores nos remitimos a lo establecido en el apartado 4.4.2. posterior (esto es, fundamentalmente no necesidad de registro –bastaría con una simple declaración– y un régimen menos gravoso de obligaciones de información y normas de conducta). En función de cómo se configure finalmente esta figura en IMD II y en la trasposición en España y en otros Estados miembros, podría ser más o menos utilizada en la práctica. Este es un tema muy relevante ya que ante las limitaciones de las exclusiones que ahora comentaremos, desde determinados sectores se apunta a que la exigencia de excesivos requisitos para este tipo de operadores que comercializan seguros con carácter accesorio podría suponer cerrar ciertos canales de distribución de seguros. Asimismo, en nuestra opinión, lo que podría ocurrir es que se provocara una huida hacia la figura del auxiliar externo en búsqueda de una menor regulación aunque con una mayor limitación en las actuaciones a llevar a cabo.

4.3.2. EXCLUSIONES

La nueva redacción de las exclusiones a la actividad de mediación que se recogen en el artículo



1.2 IMD II no hace referencia a la venta de contratos de seguro con carácter auxiliar a la venta de servicios, por lo que esta actividad también pasaría a entrar en el ámbito de aplicación de IMD II tras la revisión. El Documento Explicativo IMD II menciona expresamente el caso de los contratos de seguro de viaje vendidos por agencias de viajes o los contratos de seguros generales vendidos por empresas de alquiler y leasing de automóviles, pero, cabría pensar en muchos otros operadores que prestan determinados servicios en los que resulte atractivo comercializar un seguro.

Por tanto, la exclusión *de minimis* que se preveía para el ámbito de aplicación de la IMD I, sólo seguirá siendo aplicable a la comercialización de contratos de seguro que tengan carácter auxiliar a la venta de bienes, lo que implica que únicamente se podrá cubrir el riesgo de avería, pérdida o daño a las mercancías suministradas. La referida exclusión será aplicable siempre y cuando el importe de la prima anualizada sea inferior a 600 euros (a prorratea menos de 2 euros por contrato y día) y se cumplan también los demás criterios previstos para la exención (i.e., que la actividad profesional de la persona en cuestión sea distinta de la de mediación de seguros, que el contrato de seguro sólo exija que se conozca la cobertura del seguro que se ofrece o que no sea un contrato de seguro de vida o de responsabilidad civil).

Dado el carácter omnicompreensivo de IMD II, cabría concluir este apartado con una reflexión acerca de la previsible «absorción» (si se nos permite la expresión) de distintas figuras que participen, de una u otra manera en la distribución de seguros y que no son actualmente mediadores, hacia la mediación. Nos estamos refiriendo, por ejemplo, al hecho de que al reducir el ámbito de las exclusiones se exija a determinados operadores convertirse en Mediador de Carácter Auxiliar; o a que a los auxiliares asesores se les pudiera dar encaje dentro de la nueva concepción de intermediario de seguros ligado. Esa tendencia, de confirmarse, puede hacer, asimismo, que a otras figuras que tienen un tratamiento particular, como es, por ejemplo, el caso de las agencias

de suscripción, se les exija también convertirse en mediadores¹⁴.

Entendemos que dicho fenómeno de absorción hacia la «mediación» no debería afectar, en nuestra opinión, a la figura del auxiliar externo (no asesor) tal y como está actualmente configurado en la normativa y en la práctica española.

4.4. AUTORIZACIÓN Y OTROS REQUISITOS DE ORGANIZACIÓN

4.4.1. REGISTRO

El capítulo II (art. 3) IMD II regula las condiciones de registro. En relación con este tema nos gustaría destacar los siguientes:

a) *Deber y procedimiento de registro*

Se mantiene el deber de registro previo exigido a los mediadores de seguro para operar (salvo por lo dispuesto en el apartado 4.4.2.), debiendo inscribirse en el Registro específico que cada Estado miembro habilite al efecto.

Como novedad, se añade la obligación de los Estados miembros de establecer un sistema de registro en línea (*on line*)¹⁵, consistente en un formulario único de registro disponible en un sitio web, al que deberá poderse acceder fácilmente, y que podrá ser cumplimentado directamente en línea.

No obstante lo anterior, se mantendrá la separación de registros por Estados miembros, salvo para el caso de los mediadores cuya actividad sea transfronteriza. En este supuesto, IMD II prevé la creación por

¹⁴ En relación con la regulación de la agencia de suscripción *vid.* Sección IV del Título III del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados («LOSSP»).

¹⁵ En España, tal posibilidad ya existe. Para más información consúltese: <https://www.sededgsfp.gob.es/SedeElectronica/Comunicaciones/IndexComunicacionesMediadores.asp>

EIOPA de un registro electrónico único que funcionará mediante la interconexión de las bases de datos nacionales, en el que constarán aquellos mediadores de seguros que hayan notificado su intención de desarrollar una actividad transfronteriza. Asimismo, en virtud del artículo 9 IMD II, las autoridades competentes de los Estados miembros deberán publicar las disposiciones legales nacionales pertinentes en protección del interés general que resulten aplicables al ejercicio de la actividad de mediación de seguros en su territorio. Dichas normas de interés general se presentarán en una ficha normalizada de información preparada por EIOPA y publicada en su sitio web en inglés, francés y alemán con hiperenlaces a los sitios webs de las autoridades competentes donde figure dicha información, que deberá ser periódicamente actualizada por éstas.

b) *El registro del intermediario de seguros ligado*

Respecto al registro de los intermediarios de seguros ligados, se introduce un nuevo apartado en el párrafo tercero del artículo 3.1 IMD II en el que se prevé la posibilidad de que los Estados miembros establezcan (i) que sea la persona o entidad bajo cuya responsabilidad opere el intermediario de seguros ligado la que verifique que no existan relaciones de vinculación que impidan a la autoridad competente el ejercicio efectivo de sus funciones de supervisión; y (ii) que la persona o entidad que se responsabilice del mediador se encargue de registrarlos.

c) *Información previa al Registro*

Finalmente, IMD II incluye ciertas novedades en relación con la información que se exigirá a los mediadores para su registro, que obligará a adaptar la LM¹⁶ y establece

asimismo un plazo máximo de 6 meses¹⁷ para la tramitación de un expediente de autorización.

4.4.2. **PROCEDIMIENTO DE DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES (REGISTRO SIMPLIFICADO)**

Como excepción al deber de registro y demás requisitos del artículo 3 IMD II, y en atención al principio de proporcionalidad, el capítulo III IMD II (art. 4) prevé un procedimiento simplificado que exime del deber de registro descrito en el punto anterior, permitiendo a las siguientes personas realizar actividades de mediación mediante una simple declaración a la autoridad competente:

- a) los Mediadores de Carácter Auxiliar (tal y como se les define en el apartado 4.3.1. anterior); y
- b) quienes realicen sólo actividades de gestión de siniestros a título profesional o de liquidación de siniestros.

La declaración tan sólo deberá incluir su identidad, dirección y actividades profesionales que desarrolle (en el caso de Mediadores de Carácter Auxiliar también deberá indicar claramente el producto o servicio que comercializa con carácter auxiliar).

En cuanto al régimen aplicable a los mediadores sujetos a este procedimiento de declaración, nótese que tan sólo se les exime totalmente (i) de las obligaciones de información y normas de conducta, salvo los principios generales de información de los artículos 15 y 16 IMD II; y,

física o jurídica (no sólo por aseguradoras); y (ii) sobre personas que posean vínculos estrechos con el mediador. Asimismo, deberá aportarse prueba satisfactoria de que dichas participaciones significativas y/o vínculos estrechos no impiden a la autoridad competente el ejercicio efectivo de sus funciones de supervisión.

¹⁷ Nótese que a efectos españoles este nuevo plazo máximo no es relevante ya que la LM (arts. 21.4 y 27.2) establece un plazo máximo de 3 meses.

¹⁶ El artículo 3.7 IMD II, prevé la exigencia, que será aplicable a todos los mediadores, como condición para el registro, de informar (i) sobre cualquier participación superior al 10% en el mediador por parte de cualquier persona



como es lógico por las actividades que éstos desarrollan, (ii) de los requisitos adicionales de protección en relación con los productos de seguro de inversión (*vid.* art. 3.3. IMD II).

Adicionalmente, nótese que el Documento Explicativo IMD II menciona que los requisitos profesionales y de organización previstos en el artículo 8 IMD II, entre los que se encuentran las obligaciones de cualificación, experiencia y formación, podrían no aplicarse plenamente a los Mediadores con Carácter Auxiliar o a los gestores profesionales de siniestros, que en aras de la proporcionalidad, se ajustarán a la complejidad del producto vendido, aunque no queda claro si esto se extenderá a todos aquellos intermediarios que puedan acogerse al registro simplificado, ni tampoco queda claro el alcance de dicha reducción de requisitos.

4.4.3. LIBRE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y LIBERTAD DE ESTABLECIMIENTO

El capítulo IV IMD II (arts. 5 a 7) regula cuestiones relativas a la libre prestación de servicios y a la libertad de establecimiento en la UE.

Cabe destacar que IMD II reduce los plazos para que mediadora de un Estado miembro que quieren prestar servicios a otro Estado miembro puedan dar inicio a la prestación de servicios, puesto que se elimina el plazo de un mes con el que contaba el Estado miembro de acogida para tramitar la comunicación por parte del Estado miembro de origen. Con la nueva redacción, el Estado miembro de acogida deberá acusar recibo de la comunicación realizada por el Estado miembro de origen sin demora, y éste comunicará por escrito al mediador que puede comenzar a desarrollar su actividad.

Asimismo, IMD II introduce una regulación más detallada en relación con la libertad de establecimiento y la libre prestación de servicios de mediación, reflejando los términos de la propuesta de MiFID II y ciertos aspectos del Protocolo de Luxemburgo¹⁸. Se aborda, por ejemplo, el reparto

¹⁸ Protocolo relativo a la cooperación de las autoridades competentes de los Estados miembros de la Unión Europea

de competencias entre los supervisores del Estado miembro de origen y de acogida, en particular, en las situaciones en las que un intermediario incumpla sus obligaciones mientras ejerce su actividad en el Estado miembro de acogida.

Las novedades mencionadas en los dos párrafos anteriores deben ser bienvenidas, ya que sirven para conseguir uno de los objetivos marcados por IMD II, que es simplificar y aproximar el procedimiento de acceso transfronterizo a los mercados de seguros de la UE. Sin embargo, si se quiere realmente seguir avanzando en la consecución de este objetivo, entendemos que debería aprovecharse IMD II para regular también otras cuestiones muy relevantes en la práctica. Pensemos, por ejemplo, en la actividad transfronteriza de intermediación. Los criterios de conexión que permiten determinar cuándo estamos ante un servicio de mediación de seguros transfronterizo no estaban definidos en IMD I ni están definidos en IMD II y nos encontramos ante una cuestión de una gran relevancia práctica y de límites difusos debido a esa falta de concreción normativa¹⁹. IMD II, como comentábamos anteriormente, ha venido a incorporar determinados aspectos del Protocolo de Luxemburgo, pero curiosamente no ha incluido los principios que establece dicho Protocolo para un tema tan relevante en la práctica como éste.

El Protocolo de Luxemburgo prevé que «*un Intermediario está operando en libre prestación de servicios si proporciona a un tomador, establecido en un Estado Miembro diferente del Estado Miembro donde está establecido el Intermediario, una póliza relativa a un riesgo situado en un Estado Miembro diferente del Estado Miembro donde está establecido el Intermediario*». Por tanto, nos encontramos aquí con varios

en particular por lo que se refiere a la aplicación de la Directiva 2002/92/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de diciembre de 2002 sobre Mediación de Seguros.

¹⁹ En el caso del servicio asegurador está perfectamente acotado el criterio de conexión para determinar dónde se presta un servicio, esto es, el lugar de localización del riesgo. Adicionalmente la Comunicación de la Comisión 200/C43/03 sobre libre prestación de servicios e interés general en el sector asegurador resuelve ciertas cuestiones en relación con este tema, pero de nuevo para los servicios prestados por las entidades aseguradoras, no para los servicios de mediación.



puntos de conexión relevantes: lugar de establecimiento del mediador y del tomador y lugar de localización del riesgo.

El criterio establecido por el Protocolo de Luxemburgo no aclara en qué país se entenderá prestado el servicio, por lo que si se regula este tema de distinta forma en los distintos Estados miembros, podrían surgir conflictos con los criterios aplicables²⁰ y, además, creemos que no son lo suficientemente precisos para analizar la innumerable casuística que puede darse en la práctica. Por ejemplo, ¿qué ocurre si un mediador inglés capta de manera sistemática clientes residentes en Inglaterra a los que comercializa seguros de hogar para sus casas en la Costa del Sol? En principio, si atendemos a la mera aplicación de los criterios que se acaban de comentar no se consideraría un servicio transfronterizo porque los clientes residen en Inglaterra. Pero, ¿y si en la renovación de uno de esos seguros el cliente inglés que se captó en Inglaterra ha trasladado su residencia a España? ¿y si además el mediador inglés dirige su actuación a clientes franceses, residentes en Francia, de nuevo para asegurar sus casas en la Costa del Sol? ¿Se entiende que el servicio de mediación transfronterizo se presta en España o en Francia? Así como un largo etcétera de distintas situaciones. Creemos que, en aras de la seguridad jurídica y de favorecer el acceso transfronterizo a los mercados de seguros en la UE, hace falta regular con mayor claridad a nivel europeo los criterios de conexión en materia de servicios transfronterizos de mediación.

4.4.4. OTROS REQUISITOS DE ORGANIZACIÓN Y FORMACIÓN

El Capítulo V de IMD II (arts. 8 a 14) establece otros requisitos de organización relevantes.

²⁰ Nótese, por ejemplo, que la LM en su art. 3.2 establece como servicios de mediación realizados por mediadores de otros Estados miembros a los que se le aplica la LM aquellos que: «sean realizados en España por mediadores de seguros y de reaseguros domiciliados en el territorio de cualquiera de los restantes países miembros del Espacio Económico Europeo». Este criterio no es plenamente coincidente con los requisitos del Protocolo de Luxemburgo.

En concreto, el artículo 8 IMD II establece básicamente los mismos requisitos profesionales y de organización que recoge IMD I, excepto en los relativos a formación, que se refuerzan. En relación con la formación, nos gustaría llamar la atención sobre las siguientes cuestiones:

- a) IMD II, en su artículo 8 extiende los requisitos de conocimiento y aptitudes a todos los sujetos que lleven a cabo actividades de mediación en el sentido amplio que introduce IMD II. Se hace, asimismo, hincapié en una formación adaptada a la complejidad de los productos objeto de su actividad de mediación.
- b) La formación deberá ser continuada. Esta formación permanente se controlará por los Estados miembros y podrá ser adaptada en función de la actividad concreta de mediación. Nótese que en el caso español se exige formación continua a los grupos B y C, pero no al Grupo A²¹ a los que se les exigirá ahora algún tipo de formación continua.
- c) Aunque la competencia para determinar las exigencias de formación corresponde a los Estados miembros, la Comisión podrá adoptar medidas de nivel 2 para especificar (i) el concepto de conocimientos y aptitudes apropiados del mediador; (ii) los criterios adecuados para determinar, en particular, el nivel de cualificación profesional, de experiencia y de competencia necesario para desarrollar la actividad de mediación; y (iii) las medidas de formación continua.

4.5. REQUISITOS RELACIONADOS CON LA COMERCIALIZACIÓN DE SEGUROS

El capítulo VI de IMD II (arts. 15 a 21), claramente inspirado en las disposiciones de MiFID

²¹ Vid. Real Decreto 764/2010, de 11 de junio, por el que se desarrolla la Ley 26/2006, de 17 de julio, de mediación de seguros y reaseguros privados en materia de información estadístico-contable y del negocio, y de competencia profesional.



II, regula las obligaciones de información previa y normas de conducta que se deben tener en cuenta en la comercialización de todos los productos de seguros con carácter general (esto es, sin perjuicio de las disposiciones más específicas en materia de productos de seguros de inversión).

En relación con estos aspectos nos centraremos en analizar brevemente (i) las obligaciones de transparencia de la remuneración; (ii) la exención de informar y modalidades de transmisión de la información; (iii) el concepto de ventas no asesoradas; y (iv) la prohibición de ventas vinculadas.

4.5.1. REMUNERACIÓN

Dentro de las obligaciones de información previa a la celebración del contrato, IMD II ha optado por introducir nuevas reglas referidas a la remuneración con la intención (i) de combatir de forma más efectiva el riesgo de conflictos de intereses de los intermediarios y (ii) de hacer comparable, en la medida de lo posible, la información que deben facilitar tanto los mediadores como las aseguradoras (art. 17 IMD II).

El tema de la remuneración es uno de los verdaderos «caballos de batalla» de IMD II y ha desatado la crítica general de los operadores afectados por estas medidas²².

En relación con la obligación previa de remuneración, nos gustaría destacar lo siguiente:

a) *¿Quién tiene la obligación de informar?*

- (i) Todos los mediadores de seguros –incluidos el intermediario de seguros ligado– (art. 17.1 IMD II), salvo los mediadores que entren dentro del procedimiento de declaración simplifica-

²² Se argumenta, entre otras cuestiones, que su introducción no está suficientemente justificada, y que estas obligaciones de información no van a traer necesariamente aparejadas ni una mejor gestión de los conflictos de intereses, ni una mayor protección de los consumidores y que, además, podrían inducir a confusión.

do detallado en el apartado 4.4.2. anterior (esto es, Mediadores de Carácter Auxiliar, gestores de siniestros a título profesional o personas que realicen actividades de liquidación de siniestros).

(ii) Las aseguradoras (art. 17.3 IMD II).

b) *¿De qué hay que informar?*

(i) Mediadores: deberán informar de los siguientes extremos referidos a la remuneración (art. 17.1(d) – (g), 17.2 - 3 IMD II):

- naturaleza de la remuneración recibida en relación con el contrato de seguro;
- si, en relación con el contrato de seguro, trabajan a cambio de honorarios pagados por el cliente, una comisión o una combinación de ambos;
- importe íntegro o exacto del honorario o de la comisión del tipo que sea, o la base para el cálculo de la totalidad de lo percibido por cualquiera de las vías indicadas en el punto anterior;
- si el importe de la comisión se basa en el logro de determinados objetivos o umbrales acordados con respecto al negocio generado por el mediador al asegurador, dichos objetivos o umbrales, y los importes que se pagarán si se logran²³;
- si sus empleados perciben cualquier remuneración variable por la distri-

²³ Téngase en cuenta que IMD II incluye también expresamente la posibilidad de que los intermediarios reciban un «comisión contingente» que se define como «toda aquella comisión en la que el importe a pagar se basa en el logro de objetivos acordados en relación con el negocio que el mediador genere para el asegurador». Siendo una de las posibles modalidades de remuneración que se permiten también para los intermediarios independientes (esto es, para los corredores), de aprobarse IMD II en estos términos habrá que ver en qué medida el legislador español incorpora esta posibilidad también para los corredores o continúa con el régimen actual de prohibición de este tipo de remuneración para los mismos.

bución y gestión del producto de seguro considerado, deberán informar de la naturaleza y base para el cálculo de la misma; y

- a los clientes de seguros generales durante el periodo transitorio que se menciona en el apartado 4.5.1 (e) posterior deberán informarles del derecho a solicitar la información que se menciona en dicho apartado.
- (ii) Aseguradoras (art. 17.3): deberán informar también al cliente de la naturaleza y la base para el cálculo de toda posible remuneración variable percibida por cualquiera de sus empleados por la distribución y gestión del producto de seguro considerado.

El grado de detalle con el que se ha regulado la obligación de informar sobre la remuneración –y en relación con todo tipo de seguros– entendemos por lo que nos trasladan distintos operadores que podría requerir de cuantiosas inversiones de cara a automatizar el tratamiento de toda la información necesaria para que se pueda integrar de manera eficiente el cumplimiento de este requisito en el proceso de comercialización de seguros.

Finalmente, téngase en cuenta que el Documento Explicativo IMD II menciona expresamente que toda esta información sobre la remuneración servirá para mejorar la comparación entre productos y canales de distribución de seguro de distintos Estados miembros y facilitará la actividad transfronteriza. Personalmente nos parece difícil que este hecho, en sí mismo, pueda servir para facilitar la actividad transfronteriza.

c) ¿Cuándo hay que informar?

Esta información habrá de proporcionarse antes de celebrarse el contrato de seguro, por lo que deberá hacerse en todo caso en la fase de preventa.

Adicionalmente, si con posterioridad a la celebración del contrato el cliente efectúa

algún pago en virtud del contrato de seguro, se deberá también facilitar la información descrita anteriormente en relación con cada uno de esos pagos (art. 17.4 IMD II).

c) *¿En qué soporte hay que informar?*

Podrá informarse (i) en papel, (ii) en soporte duradero distinto del papel²⁴ o (iii) incluso a través de un sitio web (en los casos analizados en el apartado 4.5.2 siguiente).

c) *¿Cuál es régimen de información? ¿Desde cuándo se aplica esta obligación de informar en los distintos ramos?*

Los regímenes de información sobre remuneración se distinguen en función del tipo de producto de seguros que se comercialice:

(i) productos de seguro de vida: se habla de un régimen de «plena información para la venta» y dicha información será necesaria desde el momento en que entre en vigor IMD II (asumiendo que los Estados miembros cumplen con el plazo de trasposición); y

(ii) productos de seguro no vida: se prevé un sistema de «información a solicitud»²⁵ del cliente, pero que requerirá de una actitud activa por parte del mediador, que deberá informar al cliente de que le asiste el derecho a solicitar información sobre el importe

²⁴ Respecto al alcance del término soporte duradero y su facilitación mediante enlaces, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea, en una reciente sentencia de 7 de julio de 2012, en el asunto C-49/11, *Content Services*, analizó el alcance del término soporte duradero, estableciendo que este podrá proporcionarse mediante un enlace que se remita a un documento descargable. Resaltar que, de cara al futuro, el Tribunal plantea la posibilidad de que, debido a la rápida evolución tecnológica, puede hacerse posible el desarrollo de sitios web «que pueden garantizar que la información, sin trasladarse a la esfera de control del consumidor, puede ser almacenada, accesible y reproducida por el consumidor durante un período adecuado». Como veremos en el apartado 4.5.2 b), esta es una posibilidad que ya incorpora IMD II.

²⁵ Algunos Estados miembros ya exigían la obligación de facilitar cierta información sobre la remuneración «a solicitud» del cliente. Por ejemplo, en Francia, se exige a los corredores pero únicamente para seguros cuyas primas sean superiores a 20.000 euros.



de la remuneración recibida, o, cuando no pueda indicarse el importe exacto, de la base para el cálculo del honorario o la comisión, o de la combinación de ambos. Este sistema se establece para un periodo transitorio de 5 años. Téngase en cuenta que, según lo que dispone el Documento Explicativo IMD II, transcurrido el citado período transitorio, el régimen de plena información se aplicará automáticamente también a la venta de productos de seguro de no vida.

Curiosamente, el texto de esta excepción sólo se aplicará a mediadores y no incluye expresamente a las aseguradoras, que de acuerdo con la literalidad del artículo 17.2 IMD II deberán informar de todos los extremos desde el momento inicial. Creemos que debería modificarse este extremo para incluirse a las aseguradoras en el ámbito de la excepción, ya que al menos atendiendo a la explicación del Documento Explicativo IMD II, la razón de ser de esta excepción está en el tipo de producto, no en el tipo de operador que comercialice el producto.

f) *¿Tendrán los Estados miembros plena libertad para concretar la aplicación de estas normas?*

Los Estados miembros deberán atenerse a las medidas de nivel 2 que podrá adoptar la Comisión, que especificarán: (i) los criterios adecuados para determinar la forma de informar al cliente sobre la remuneración del intermediario –incluida la comisión contingente–; (ii) los criterios apropiados para determinar, en concreto, la base para el cálculo de todo honorario o comisión, o de la combinación de ambos; y (iii) las medidas que razonablemente quepa esperar que los mediadores de seguros y las aseguradoras adopten para informar al cliente de su remuneración.

4.5.2. **EXENCIÓN DE INFORMAR Y MODALIDADES DE TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN**

a) *Exención de informar*

IMD II incluye una nueva exención de las obligaciones de información previa (incluida la de información sobre remuneración) cuando la mediación se refiera a clientes profesionales (art. 19 IMD II).

El Anexo I de IMD II define al «cliente profesional» como aquel «*cliente que posea la experiencia, los conocimientos y la competencia para tomar sus propias decisiones y evaluar adecuadamente los riesgos que corra*». Se establece que serán considerados clientes profesionales a los efectos de la provisión de servicios y actividades de seguro y productos de seguros:

- (i) Entidades financieras autorizadas o reguladas.
- (ii) Las grandes empresas que reúnan individualmente dos de los siguientes requisitos: (i) un total del balance de, al menos, 20.000.000 euros; (ii) volumen de negocios netos de, al menos, 40.000.000 euros; o (iii) fondos propios de, al menos, 2.000.000 euros.
- (iii) Las Administraciones nacionales y regionales, incluidos los organismos públicos que gestionen deuda pública a nivel nacional o regional, los bancos centrales, las instituciones internacionales y supranacionales, como el Banco Mundial, el FMI, el BCE, el BEI y otras organizaciones internacionales similares.
- (iv) Los inversores institucionales cuya actividad principal consista en invertir en instrumentos financieros, incluidas las entidades dedicadas a la titulación de activos u otras operaciones de financiación. Estos deberán ser informados, antes de que se les preste ningún servicio, de que, basándose en la



información de la que dispone el mediador o la aseguradora, el cliente será considerado profesional y será tratado como tal, a no ser que la empresa y el cliente acuerden obtener un nivel de protección más elevado.

Corresponderá al cliente considerado profesional solicitar un nivel de protección más elevado cuando estime que no puede evaluar o gestionar adecuadamente los riesgos. Si así lo hace, deberá celebrarse un acuerdo escrito con la empresa a efectos de no ser tratado como un cliente profesional en lo que atañe a las normas de conducta aplicables. El acuerdo especificará si es válido para un determinado servicio u operación, o varios, o para uno o varios tipos de productos u operaciones²⁶.

b) *Suministro de información a través de sitio web*

IMD II (art. 20.5) permitirá que se cumplan en ciertas circunstancias los requisitos de información a través de un sitio web. De la literalidad del art. 20.5 parece deducirse que caben dos posibilidades:

- (i) Información dirigida personalmente al cliente, aunque no aclara qué debe entenderse por tal en este contexto (por ejemplo, ¿se está refiriendo al acceso a la información a través de una Intranet o al registro mediante usuario por parte del cliente?).
- (ii) Sin necesidad de realizar una labor de información individualizada para cada cliente, cuando concurren determinadas circunstancias:
 - que facilitar la información a través de un sitio web resulte adecua-

do en el contexto de las operaciones que tengan lugar entre el mediador o la aseguradora y el cliente. De nuevo, la redacción es poco precisa, al no indicar que debe entenderse por un contexto adecuado a estos efectos. Parece claro que lo será, por ejemplo, en el caso de ventas dónde, directa o indirectamente, intervenga internet (líneas directas, comparadores, etc.). Cabría plantearse también ¿por qué no extenderlo a cualquier tipo de ventas a distancia –por ejemplo, ventas telefónicas²⁷– sobre todo cuando como veremos en los requisitos que se mencionan a continuación, se le exige al cliente que lo acepte expresamente y que se le haya notificado electrónicamente el sitio web, a cuyos efectos tendrá que haber facilitado una dirección de correo que demuestra que para el cliente resulta adecuado recibir dicha información por esa vía?;

- que el cliente haya aceptado que la información se facilite a través de un sitio web;
- que se haya notificado al cliente mediante correo electrónico la dirección del sitio web y el lugar del sitio web en el que puede consultarse la información; y
- que se garantice que la información seguirá figurando en el sitio web durante el tiempo que razonablemente necesite el cliente para consultarla.

Habrà que tener en cuenta todos estos requisitos a la hora de establecer la mecà-

²⁶ De la redacción del Anexo I de IMD II, tanto en su versión española como en la inglesa y francesa, no se deduce con claridad si el último párrafo referente a la posibilidad de solicitar por el cliente profesional un nivel de protección más elevado se aplica a las cuatro categorías de cliente profesional o sólo a la última.

²⁷ Cuestión distinta es el impacto que esto tendrá en la mecánica de comercialización de las pólizas, ya que habrá que tener en cuenta el tiempo que razonablemente necesite el cliente para consultar dicha información antes de contratar el seguro.



nica de contratación de las pólizas. Por ejemplo, en las ventas por internet, consignándose la aceptación del cliente mediante una casilla, generando automáticamente una notificación de la dirección del sitio web correspondiente al correo electrónico facilitado por el cliente y asegurándose que el cliente marca una casilla en la que confirma haber consultado dicha información.

4.5.3. VENTAS SIN ASESORAMIENTO

Entendemos que resulta relevante, a efectos de la futura trasposición de IMD II a la normativa española, comentar, brevemente, el sistema de las ventas sin asesoramiento que se deduce del artículo 18 IMD II (titulado «asesoramiento y normas aplicables en las ventas sin asesoramiento») y de distintas referencias que aparecen en otros artículos a ventas no asesoradas.

Aquellos que deseen acogerse a este sistema deberán cumplir las siguientes obligaciones:

- (a) indicarán expresamente que no asesoran (art. 16 IMD II);
- (b) facilitarán, en todo caso, al cliente la información pertinente sobre el producto de seguro de forma comprensible y atendiendo a la complejidad del producto de seguro y al tipo de cliente, de modo que el cliente pueda tomar una decisión fundada (art. 18.3 y considerando 36 IMD II). A estos efectos el artículo 18.1 parece exigir para todas las ventas, también para las no asesoradas, que se determinen previamente las exigencias y necesidades del cliente en función de la complejidad del producto y del nivel de riesgo financiero a que se exponga el cliente; y
- (c) a estas obligaciones deberán añadirse requisitos adicionales si el producto comercializado es de inversión, como analizaremos más adelante en el apartado 4.6. posterior.

Para entender mejor la *ratio* detrás de este sistema de ventas no asesoradas, creemos conveniente hacer una breve referencia a la práctica inglesa, en la que existe este concepto. En Inglaterra, con la idea de que determinados clientes pudieran acceder a ciertos productos a pesar de no estar dispuestos a pagar un asesoramiento específico sobre los mismos, se reguló la figura de las ventas no asesoradas, bajo la cual se simplificaban los requisitos que debía cumplir el intermediario con el simple hecho de informar al cliente de que no se prestaba ningún tipo de asesoramiento.

Desde la perspectiva española²⁸, y de algunas otras jurisdicciones²⁹, este es un tema que, sin duda, habrá que analizar detenidamente a la hora de trasponer IMD II, ya que no resulta de fácil encaje. Es difícil adelantar con exactitud cómo serán incorporadas a nuestro derecho, ya que dependerá de la opción de política legislativa que finalmente se tome. Apuntamos a continuación algunas de las múltiples opciones que podrían plantearse: (i) regular expresamente el asesoramiento con distintas graduaciones,

²⁸ En España, la LM no incluye expresamente en la definición de mediación el término asesoramiento, puesto que utiliza la definición directamente de la prevista en IMD I, pero sí se deduce a lo largo de su articulado que el asesoramiento es consustancial a la actividad de mediación en general (y no sólo a la de los corredores que, obviamente, tienen una obligación de asesoramiento reforzado e independiente sobre la base de un análisis objetivo). Así se deduce, por ejemplo, del artículo 6 LM que establece entre las obligaciones de todos los mediadores la de ofrecer «información veraz y suficiente en la promoción, oferta y suscripción de los contratos de seguro y en general en toda su actividad de asesoramiento» o del artículo 42 LM en relación con ciertos mediadores distintos de los corredores.

²⁹ Por ejemplo, en Alemania existe un deber general de asesoramiento (con mayor o menor carga en función del importe de la prima y del tipo de seguro) incluido expresamente en la normativa de mediación. El cliente puede renunciar a este derecho a recibir asesoramiento, pero la validez de esta renuncia se interpreta de forma restrictiva por los tribunales (por ejemplo, la renuncia contenida en condiciones generales no es válida). No obstante lo anterior, existen ciertas exenciones del deber de asesoramiento, por ejemplo, en la venta por internet.

manteniendo el asesoramiento, obviamente, como una obligación de los corredores pero como una opción para el resto (aunque, en este caso, entendemos que habría que regular claramente cuál sería el ámbito de ese asesoramiento, que lógicamente no puede ser independiente) o, incluso, que determinados operadores por definición se entienda que no asesoran (como, por ejemplo, en el caso alemán las compañías de directo), sin perjuicio del cumplimiento de ciertas obligaciones de información; (ii) mantener la obligación de asesoramiento para corredores y para el resto asumir que son ventas no asesoradas aunque estableciendo claramente las obligaciones de información que deben cumplir; o, incluso, (iii) no puede descartarse que se opte por no incorporarlas argumentándose que IMD II es una Directiva de armonización «mínima», pero que permite a los Estados miembros establecer normas más restrictivas.

4.5.4. PROHIBICIÓN DE VENTAS VINCULADAS

El artículo 21 IMD II regula las ventas cruzadas o «paquetizadas», que son aquellas ventas en las que se ofrece conjuntamente o formando un paquete, productos de seguros y otros productos o servicios distintos de los de seguro para su comercialización. Dicho artículo comienza diciendo que se permitirán las prácticas de ventas combinadas pero no las de ventas vinculadas³⁰.

Estaremos ante ventas combinadas cuando se ofrezca al cliente posibilidad de adquisición separada de los distintos productos y servicios que se paquetizan, aunque no necesariamente en los mismos términos y condiciones que combinados entre

³⁰ Aunque IMD II considera que ambas prácticas pueden falsear la competencia y perjudicar a los clientes, considera más positivamente las prácticas de ventas combinadas, ya que en ellas el cliente, al menos, tiene la opción de elegir y, por lo tanto, conllevan menos riesgo.

sí. A estos efectos se le deberá proporcionar información adicional como, por ejemplo, los costes desglosados de cada producto o servicio o las cargas conexas a cada componente del paquete.

A *sensu contrario* las ventas vinculadas son aquellas en las que no se ofrezca al consumidor la posibilidad de adquirir el servicio o producto vinculado al seguro por separado.

En relación con la prohibición de ventas vinculadas nos gustaría llamar la atención sobre las siguientes cuestiones:

- en España y en otras jurisdicciones (por ejemplo, Alemania) no están expresamente prohibidas y se establece, en determinados ámbitos³¹ o con carácter general, ciertas obligaciones de información precontractual en relación con las mismas;
- en algunos países en los que se han prohibido, en determinados ámbitos o con carácter general, en la práctica se ha solventado, por ejemplo en el Reino Unido, con la exigencia de que se respete un periodo de reflexión (*cooling off period*) entre la venta del producto principal y el producto o servicio vinculado;

³¹ Por ejemplo, en España el artículo 12 de la Orden EHA/2899/2011 en lo que respecta a los servicios vinculados a servicios bancarios establece que: «las entidades de crédito que comercialicen servicios bancarios vinculados a la contratación de otro servicio, financiero o no, deberán informar al cliente, de manera expresa y comprensible, sobre la posibilidad o no de contratar cada servicio de manera independiente y en qué condiciones. En caso de que solo resulte posible la contratación del servicio bancario vinculado a la contratación de otros en las condiciones ofertadas, se informará al cliente, en la forma prevista en el artículo 11, de la parte del coste total que corresponde a cada uno de los servicios, en la medida en que este coste esté disponible para la entidad, y de los efectos que su no contratación individual o cancelación anticipada produciría sobre el coste total de los servicios bancarios».

Véase también en lo que se refiere a la información precontractual en este contexto, la Circular 5/2012, de 27 de junio, del Banco de España.

Desde la perspectiva de Derecho de la competencia, nótese que las autoridades españolas de la competencia consideraron en las resoluciones de (i) 29 de mayo en el expediente 2789 y (ii) 16 de febrero de 2010 en el expediente S/0194/09 que dichas prácticas no constituirían un pacto colusorio.

Finalmente, desde la perspectiva europea, nótese que, por ejemplo, la actual propuesta de Directiva sobre los contratos de crédito para bienes inmuebles de uso residencial tampoco las prohíben.



- en la última versión de MiFID II disponible en el momento de redactar este estudio no se establece una prohibición de las ventas vinculadas como en IMD II, ya que en su artículo 24.7 únicamente establece que *«la empresa de inversión comunicará al cliente si se pueden comprar por separado los distintos componentes y facilitará justificantes separados de los costes y cargas de cada componente»*. Con lo cual, de mantenerse este criterio en la versión final de MiFID II entendemos que debería modificarse IMD II;
- este es un tema de gran relevancia y en el que una prohibición en términos genéricos podría plantear muchísimos problemas en la práctica. Pensemos, por ejemplo, en su impacto en los seguros que cada vez integran un mayor componente de servicios para facilitar su comercialización y hacerlos más atractivos (por ejemplo, en el del seguro de hogar); y
- el artículo 21.3 establece que EIOPA elaborará a partir de una fecha pendiente todavía por definir directrices concretando las situaciones que se consideren prácticas prohibidas.

4.6. REQUISITOS ADICIONALES DE PROTECCIÓN DEL CLIENTE EN RELACIÓN CON LOS PRODUCTOS DE SEGURO DE INVERSIÓN

En la misma línea garantista de los derechos de los consumidores que se sigue en MiFID II y, más indirectamente, en UCITS V, en el capítulo VII de IMD II (arts. 22 a 25) se establecen una serie de disposiciones adicionales de protección del cliente en relación con la comercialización de productos de seguro con componente de inversión³². En concreto, se prevén requisitos adicionales que abarcan los estándares de comercializa-

³² El elemento de inversión se determina siguiendo la definición de «producto de inversión» prevista en el artículo 4(a) del Reglamento PRIPs (*vid.* apartado 4.8.).

ción, los conflictos de interés y la prohibición de recibir remuneración en forma de comisión en el caso de la comercialización por parte de asesores independientes.

4.6.1. MECANISMOS PARA EVITAR CONFLICTOS DE INTERESES

El artículo 23 IMD II viene a reforzar las garantías de protección de los intereses del consumidor previstas en los artículos 15, 16 y 17 IMD II, centrándose en evitar los conflictos de intereses que puedan surgir en las relaciones con sus clientes e, incluso, entre clientes, para lo que deberán adoptarse las medidas oportunas. Cuando los requisitos de información generales para la comercialización de todos los productos de seguros no resulten eficaces para prevenir el riesgo de perjudicar los intereses del consumidor, se deberá informar de manera clara acerca de la naturaleza y del origen del conflicto de intereses previamente a la realización de operaciones con el cliente.

Teniendo en cuenta lo ocurrido en el ámbito MiFID³³ estas obligaciones implicarán que las entidades deberán aprobar, aplicar y mantener políticas de conflicto de intereses eficaces y adecuadas al tamaño y organización de la empresa y a la naturaleza, escala y complejidad de su actividad.

De hecho el artículo 23.3 IMD II establece que con el objeto de delimitar la actuación de mediadores y aseguradoras para evitar conflictos

³³ *Vid.*, por ejemplo, tanto (i) el artículo 45 del Real Decreto 217/2008, de 15 de febrero, sobre el régimen jurídico de las empresas de servicios de inversión y de las demás entidades que prestan servicios de inversión (ii) como el art. 16.3 de MiFID II que exigen que las entidades tengan políticas de conflicto de intereses. Nótese que además de las citadas políticas de conflicto de intereses, el artículo 16.3 MiFID II establece que deberán adoptarse otras medidas para prevenir conflictos de intereses tales como evaluaciones de la compatibilidad del producto de inversión con las necesidades de los clientes, para lo que existirá un proceso de aprobación de cada producto, que se revisará anualmente, mediante el cual se evaluarán cuidadosamente todos los riesgos correspondientes, de tal manera que sólo se comercializará o distribuirá un producto cuando redunde en interés del grupo objetivo a que va destinado.



de intereses cuando realicen actividades de mediación de seguros, la Comisión podrá adoptar medidas de nivel 2 que especifiquen: (i) las medidas organizativas y administrativas que se deberán adoptar para detectar, evitar, gestionar y comunicar conflictos de intereses; y (ii) los criterios para determinar qué tipos de conflictos de intereses pueden lesionar los intereses de los clientes o clientes potenciales.

4.6.2. INFORMACIÓN ADICIONAL POR RAZÓN DEL PRODUCTO DE INVERSIÓN

Los principios generales de información sobre productos de inversión se cristalizan en la obligación de facilitar información comprensible, así como veraz, clara y no engañosa, sobre la naturaleza y los riesgos del producto de seguro ofrecido para que el cliente pueda tomar decisiones de inversión fundadas. Esta información podrá facilitarse en un formato normalizado, debiéndose informar adecuadamente a los clientes o clientes potenciales sobre los siguientes extremos:

- a) Identidad del mediador o la aseguradora y sus servicios así como si se ofrece asesoramiento³⁴. Además, IMD II establece que, caso de asesorarse, deberá especificarse: (i) si se ofrece de forma independiente, o no; (ii) si se basa en un análisis amplio o más restringido del mercado; o (iii) si el mediador de seguros o la aseguradora proporcionarán al cliente una evaluación continua de la idoneidad del producto de seguro recomendado.
- b) Los productos de seguro y las estrategias de inversión propuestas, así como orientaciones

³⁴ Nótese que en el ámbito MiFID en España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores («CNMV») tiene publicada en su página web una guía práctica para determinar cuándo se presta, o no, asesoramiento en materia de productos de inversión y cómo informar de determinados extremos: http://www.cnmv.es/DocPortal/GUIAS_Perfil/GuiaAsesoramientoInversion.pdf

y advertencias con relación a los riesgos que conllevan.

- c) Los costes y cargas conexos.³⁵

4.6.3. REQUISITOS ESPECÍFICOS DEL ASESORAMIENTO EFECTUADO POR ASESORES INDEPENDIENTES

De acuerdo con el artículo 24.5 IMD II, los asesores independientes deberán:

- a) Analizar un número suficientemente amplio de productos de seguro disponibles en el mercado, que (i) deberán ser diversificados en cuanto al tipo de producto y a sus emisores o proveedores; y (ii) no serán sólo emitidos u ofrecidos por entidades que tengan vínculos estrechos con el mediador de seguros o la aseguradora.
- b) No aceptar honorarios, comisiones u otras ventajas económicas ofrecidas por terceros o por una persona que actúe en nombre de un tercero en relación con el servicio prestado al cliente.

Esta segunda obligación, ha sido fuertemente criticada por ciertos operadores por entender que desembocará en un escenario en el que sólo podrían acceder a ofrecer asesoramiento independiente un reducido grupo de mediadores. Actualmente esta cuestión está siendo objeto de fuerte debate en el seno de la tramitación parlamentaria de MiFID II, por lo que habrá que estar de nuevo al vaivén del resultado del trámite parlamentario de MiFID II para ver cómo puede quedar finalmente esta cuestión en el marco de IMD II.

Estos requisitos se desarrollarían también por medidas de nivel 2.

³⁵ Nótese, a efectos orientativos, que el artículo 24.1 quáter, apartado 3 de MiFID II, establece que estos costes incluirán los «relacionados tanto con los servicios de inversión o servicios auxiliares como con cualquier producto de inversión».



4.6.4. ANÁLISIS DE IDONEIDAD Y ADECUACIÓN E INFORMACIÓN A LOS CLIENTES

Con el objeto de que el mediador o la aseguradora esté en condiciones de analizar y recomendar, en su caso, si el producto de seguro es adecuado para el cliente o cliente potencial, el artículo 25 IMD II introduce el análisis de idoneidad y adecuación como mecanismo adicional de protección de los intereses de los clientes.

La información solicitada dependerá de si se trata de una venta con asesoramiento o de actividades de mediación de seguros conexas a ventas en las que no se ofrezca asesoramiento. En concreto:

- a) Cuando se ofrezca asesoramiento se deberá obtener información sobre el cliente o cliente potencial; en concreto:
 - (i) sus conocimientos y su experiencia en el ámbito del tipo de producto o servicio ofrecido;
 - (ii) su situación financiera; y
 - (iii) sus objetivos de inversión.
- b) Cuando se realicen actividades de mediación de seguros conexas a ventas en las que no se ofrezca asesoramiento³⁶, sólo se deberá solicitar información sobre los conocimientos y la experiencia del cliente o cliente potencial en el ámbito del tipo de producto o servicio ofrecido, y, cuando proceda, deberá advertirse al cliente o cliente potencial de los siguientes extremos, pudiendo realizarse la advertencia en un formato normalizado:
 - (i) que, a la luz de la información recibida, el producto o servicio no es el adecuado para el cliente o cliente potencial; y
 - (ii) que, por no haberse facilitado la información solicitada, o haberse facilitado información insuficiente, no está en condiciones de decidir si el servicio o

³⁶ Para el caso de ventas no asesoradas, *vid.* también el apartado.

producto previsto es adecuado para el cliente.

En la práctica de MiFID se ha venido cumpliendo con este requisito de análisis de idoneidad y adecuación (en MiFID se habla de «conveniencia» en vez de «adecuación») a partir de la realización a los clientes de cuestionarios o tests de idoneidad y conveniencia en los que se pregunta por la información del apartado anterior, habiéndose publicado por la CNMV una guía que entendemos que podría resultar útil consultar para determinar el tipo de parámetros necesarios que se exigen en ámbitos MiFID para cumplir con estos requisitos.³⁷

Asimismo, a los efectos de incrementar la información a los clientes, IMD II prevé que se deberá:

- a) Elaborar un expediente para cada cliente con documentos en los que se recojan los derechos y deberes de las partes, así como las condiciones de prestación del servicio. Los derechos y deberes de las partes en el contrato podrán establecerse por referencia a otros documentos o textos jurídicos.
- b) Proporcionar al cliente un informe, que incluirá comunicaciones periódicas, en el que debe constar el servicio prestado al cliente, especificando (i) el tipo de producto de seguro; (ii) la complejidad del producto; (iii) la naturaleza del servicio prestado, en su caso; (iv) los costes de las operaciones y los servicios realizados por cuenta del cliente; y, sólo para el caso de asesoramiento, (v) la adecuación de dicho asesoramiento a las características personales del cliente³⁸.

³⁷ Dicha guía se puede encontrar en el siguiente link: http://www.cnmv.es/DocPortal/GUIAS_Perfil/Guia_Conveniencia_Idoneidad.pdf

³⁸ Mediante medidas de nivel 2 la Comisión especificará (i) la naturaleza del servicio o servicios ofrecidos o prestados a los clientes o clientes potenciales, atendiendo al tipo, el objeto, el volumen y la frecuencia de las operaciones; y (ii) la naturaleza de los productos ofrecidos o contemplados, incluidos los diferentes tipos de productos de seguro, con el fin de garantizar que se cumplan los principios descritos en este apartado.



Finalmente, teniendo en cuenta la práctica actual en las entidades sujetas a MiFID, parece que bajo IMD II resultará necesario que los operadores establezcan a estos efectos sistemas y mecanismos de control interno adecuados, de manera que los mecanismos para evitar conflictos de intereses sean implementados en la práctica, la información transmitida a los clientes refleje de manera apropiada y consistente la naturaleza del servicio que se está prestando o se va a prestar y se realice el pertinente análisis de idoneidad y adecuación. Entendemos que podría ser conveniente que la DGSFP sin perjuicio de lo que se establezca a nivel comunitario por medidas de nivel 2, elaborará de la misma forma que ha hecho la CNMV en relación con los productos financieros, las correspondientes guías detalladas mediante las que se orientara sobre el correcto modo de cumplir con los nuevos requisitos.

4.7. OTRAS MODIFICACIONES RELEVANTES

Entre otras novedades relevantes, cabe destacar las introducidas las sanciones o las previstas respecto a la resolución extrajudicial de conflictos.

4.7.1. SANCIONES

El Capítulo VI de IMD II (arts. 26 a 31) entra a regular más detalladamente las sanciones, añadiendo supuestos de infracción y estableciendo sanciones específicas, así como aclarando cuáles serán los criterios a tener en cuenta para el tipo y nivel de la sanción.

Cabe destacar que los importes de las sanciones pecuniarias que propone IMD II son muy significativos y superan con creces, por ejemplo, los previstos actualmente en la LM³⁹. En concreto destacar entre otras las siguientes sanciones:

- a) Sanciones a personas jurídicas: podrán ascender hasta el 10 % de su volumen de negocios total en el ejercicio anterior y, en el caso de que sea filial de una empresa matriz, el volumen de negocios total anual pertinente se calculará sobre el resultante de las cuentas consolidadas de la empresa matriz última; y
- b) Sanciones a personas físicas: podrán ser de hasta 5.000.000 euros;

y (en cualquiera de los dos supuestos anteriores) cuando se conozcan o puedan determinarse los beneficios derivados de la infracción, la cuantía máxima de las sanciones pecuniarias no deberá ser inferior al doble del importe de dichos beneficios.

4.7.2. RESOLUCIÓN EXTRAJUDICIAL DE LITIGIOS

El artículo 13 IMD II potencia la resolución extrajudicial de litigios entre los mediadores de seguros y los clientes, así como entre las aseguradoras y los clientes.

4.8. PRIPS

El Reglamento PRIPs, haciendo extensivos los principios del régimen aplicable a UCITS IV, hará obligatorio que los productos de inversión ofrecidos a inversores minoristas en IMD II se comercialicen con un documento de datos fundamentales (*key information document*, «**KID**»).

Los productos de inversión se definen como «una inversión, independientemente de su forma jurídica, cuyo importe reembolsable al inversor esté expuesto a las fluctuaciones que registren determinados valores de referencia o la evolución de uno o varios activos no adquiridos directamente por el inversor». Entende-

³⁹ En la LM, las sanciones previstas en los actuales baremos para sanciones pecuniarias muy graves, van desde 15.001 hasta 30.000 euros para los mediadores infractores y además aquellos que, ejerciendo cargos de administración,

de hecho o de derecho, o de dirección en la sociedad, sean responsables de dicha infracciones, tendrán multas por un importe desde 30.001 hasta 60.000 euros.



mos que esta definición genera cierta incertidumbre sobre los productos a los que en concreto será aplicable, ya que las líneas divisorias entre las diversas categorías no quedan perfectamente definidas, debido al grado de flexibilidad a la hora de estructurar distintos productos. Adicionalmente, lo que sí parece claro es que la definición de productos de inversión es tan amplia que afecta no sólo a los típicos productos de seguro de vida con componente de inversión (*unit-linked*)⁴⁰, sino, también a los productos de vida ahorro, lo que se ha cuestionado desde las aseguradoras.

Puesto que el Reglamento PRIPs tan sólo regula el KID, la comercialización de productos que requieran dicho documento se regirá por la normativa específica de comercialización de cada producto de inversión y, en el caso de productos de inversión de seguros, por IMD II.

Los requisitos de forma y contenido del KID se prevén en la Sección II del Reglamento PRIPs:

- a) En cuanto a su forma, debe ser un documento independiente, en el sentido de que los inversores minoristas no han de tener la necesidad de leer otros documentos para poder entender las características importantes del producto de inversión y tomar decisiones de inversión informadas, y debe diferenciarse claramente del material de promoción comercial. El KID se confeccionará con arreglo a un formato común normalizado, a fin de que los inversores puedan comparar fácilmente diferentes productos de inversión y deberá ser claro, breve, redactado con concisión y en un lenguaje que evite jergas y tecnicismos, de modo que sea comprensible para el inversor minorista.

⁴⁰ De hecho, los problemas que se han planteado, especialmente en ciertas jurisdicciones (por ejemplo, en los Países Bajos), con mala praxis en la comercialización de seguros *unit-linked* que quedaban fuera del ámbito MiFID es una de las razones que ha llevado a la Comisión a proponer una regulación horizontal de los productos de inversión con independencia de si se comercializan como un producto de inversión o un producto asegurador.

- b) El KID describirá las principales características del producto y la información de sus riesgos para los inversores, así como de los costes y los posibles beneficios (incluyendo el rendimiento pasado cuando sea apropiado). Los requisitos detallados del contenido del KID se desarrollarán en normas de nivel 2.

Respecto a su confección, estará obligado a prepararlo y actualizarlo quien fabrique el producto (art. 5 Reglamento PRIPs), pero también quien haya modificado sustancialmente la estructura de riesgo o de coste de un producto de inversión existente⁴¹. Asimismo, la delegación en terceros de la elaboración de la totalidad o parte de la información, por ejemplo en caso de colaboración con los distribuidores, no incide en la responsabilidad general del fabricante del producto con respecto al documento de datos fundamentales.

También es digno recalcar que el fabricante deberá publicar el documento en un sitio *web* de su elección antes de que el producto de inversión pueda venderse, y el distribuidor deberá proporcionarlo al cliente gratuitamente y con la suficiente antelación. Podría prescindirse de este último requisito de suficiente antelación, cuyo alcance se definirá con mayor precisión por la Comisión, en determinadas circunstancias (art. 12.2 Reglamento PRIPs).

4.9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. En lo que a España respecta, la aprobación de IMD II en las líneas en las que ha sido propuesta tendría un impacto muy significativo en la actual configuración de la mediación de seguros, afectando tanto a mediadores, aseguradoras, como a otros operadores que pasarían a prestar servicios considerados ahora de mediación.

⁴¹ Nótese que una entidad que se dedicara a combinar otros productos se consideraría un fabricante a estos efectos.



IMD II, es algo más que una directiva de mediación de seguros, ya que viene a regular a todos los intervinientes en la distribución de seguros en sentido amplio, así como a operadores de la fase de posventa.

2. Una vez hecho público el texto de IMD II, no han tardado en sucederse las declaraciones de distintos actores del sector, tanto en España como en otros Estados miembros, cuestionando, entre otros aspectos, su necesidad y la idoneidad de la propuesta para conseguir sus propósitos, planteándose ciertos interrogantes cuya resolución es aún dudosa.
3. Uno de los principales objetivos que persigue IMD II es incrementar los mecanismos de protección del consumidor en línea con la normativa MiFID y con la intención de evitar que se produzcan situaciones de malas prácticas en la comercialización de productos financieros como, por ejemplo, las que se han puesto de manifiesto en el contexto de la actual crisis financiera. Desde la perspectiva española, no sería apropiado equiparar la situación del sector asegurador con la del sector financiero, afectado por el escándalo de las participaciones preferentes. Si bien la situación no es la misma en todos los estados de la UE, nos encontramos, curiosamente, con que algunos de los países en los que han surgido los mayores escándalos en relación con comercializaciones inapropiadas de seguros aplicaban ya la normativa MiFID a la venta de seguros, lo que también pone de manifiesto que estas normas no tienen por qué ser la panacea que solucione eventuales malas prácticas de comercialización.

Asimismo, la aplicación de principios MiFID al ámbito asegurador con carácter general (y no sólo en los seguros de vida con componente de inversión como los *unit-linked*) no es una aplicación obvia que se pueda hacer de manera automática, sin

más, ya que habría que tener en cuenta las particularidades del mercado asegurador y de sus productos y calibrar adecuadamente los beneficios e impacto de la aplicación de dichos principios. Adicionalmente, habrá que analizar cuidadosamente el impacto que estos nuevos requisitos regulatorios, incluidos los costes que traerán aparejados, pudieran tener en la estructura de los mercados de mediación.

4. Respecto del ámbito de aplicación de IMD II destacar que:
 - Dado el carácter omnicomprensivo de IMD II, entendemos que va a producirse una «absorción» de distintas figuras que participan, de una u otra manera en la distribución de seguros y que no son actualmente mediadores, hacia la mediación. Nos estamos refiriendo, por ejemplo, (i) al hecho de que al reducir el ámbito de las exclusiones determinados operadores deban convertirse en Mediador de Carácter Auxiliar o reducir su ámbito de actuación; o a que (ii) se pudiera plantear la necesidad de eliminar/reconfigurar la figura del auxiliar-asesor, cuando además la actividad de asesoramiento se incluye expresamente en IMD II como actividad de mediación, y se les podría dar fácilmente encaje dentro de la nueva concepción de intermediario de seguros ligado; u, (iii) obviamente, al hecho de que muchos de los comparadores pudieran tener que convertirse en mediadores. Esa tendencia puede hacer, igualmente, que otras figuras que actualmente tienen un tratamiento particular, como es, por ejemplo, el caso de las agencias de suscripción, se les pudiera llegar a exigir también convertirse en mediadores.

De confirmarse este efecto habría que analizar cuidadosamente, así como



concretar, en su caso, los principios de un trato proporcional que recoge IMD II para alguna de estas figuras, de manera que no resulte en la práctica en el cierre de ciertos canales de distribución.

Entendemos que este fenómeno de «absorción» hacia la mediación no debería afectar a la figura del mero auxiliar externo (no asesor), figura ampliamente extendida en la práctica y cuyos límites de actuación han quedado claramente definidos por la DGSFP.

- Creemos acertado que se trate de aclarar la situación de los comparadores, aunque no deja de resultar paradójico que un tema tan relevante en la práctica se mencione tan solo en la exposición de motivos y con poca precisión técnico-jurídica.
 - La introducción de las compañías de directo en el ámbito de aplicación de IMD II demuestra que nos encontramos ante una norma que trata de regular la distribución de seguros en sentido amplio y no sólo la mediación en el sentido tradicional del término.
 - Sorprende la introducción de los gestores de siniestro a título profesional y de los peritos dentro del ámbito de IMD II, que atiende, como se ha señalado anteriormente, a que IMD II va mucho más allá de la concepción actual de la mediación o incluso de la distribución, para también regular a los operadores que actúan desde el momento de venta del seguro hasta el momento del cobro de la indemnización por parte del cliente.
5. Creemos que deben ser bienvenidas las novedades introducidas en relación con libertad de establecimiento y la libre prestación de servicios (entre otras, la reducción de plazos para ejercitar el comúnmente denominado «pasaporte» comunitario), ya

que sirven para conseguir uno de los objetivos marcados por IMD II, que es simplificar y aproximar el procedimiento de acceso transfronterizo a los mercados de seguros de la UE. Sin embargo, si se quiere realmente seguir avanzando en la consecución de este objetivo, entendemos que debería aprovecharse IMD II para regular también otras cuestiones muy relevantes en la práctica. En concreto, en nuestra opinión, debería aprovecharse IMD II para regular expresamente los criterios de conexión que permiten determinar cuándo estamos ante un servicio de mediación de seguros transfronterizo y en qué país se debe entender que se presta dicho servicio. Si bien es cierto que el Protocolo de Luxemburgo incluye criterios de conexión en relación con esta cuestión, dichos criterios no determinan en qué Estado miembro se entenderá que se está prestando el servicio transfronterizo y, además, creemos que podrían no ser lo suficientemente precisos para analizar la innumerable casuística que puede darse en la práctica. En suma, en aras de la seguridad jurídica y de favorecer el acceso transfronterizo a los mercados de seguros en la UE, recomendamos regular a nivel europeo con mayor claridad los criterios de conexión en materia de servicios transfronterizos de mediación.

6. El tema de la remuneración es uno de los verdaderos «caballos de batalla» de IMD II y ha desatado la crítica general de los operadores afectados por estas medidas (tanto mediadores –excepto aquellos a los que se les aplique el procedimiento de registro simplificado– como compañías de directo). Entendemos que habrá de analizar cuidadosamente en qué medida dichas obligaciones van a traer necesariamente aparejado una mejor gestión de los conflictos de intereses y una mayor protección de los consumidores, especialmente en productos «comoditizados».
7. Es difícil adelantar con exactitud cómo será incorporada a nuestro derecho la posi-



bilidad de realizar ventas no asesoradas a las que se refiere expresamente IMD II para todo tipo de productos (incluidos los productos de inversión), ya que dependerá de la opción de política legislativa que finalmente se tome sobre un tema tan relevante como el del asesoramiento. El concepto de ventas no asesoradas lleva a replantearse qué debe entenderse por asesoramiento con carácter general y el ámbito de este en relación con los distintos tipos de mediadores y de productos. La regulación de este tema tendría que tener en cuenta, en nuestra opinión, entre otras, las siguientes cuestiones:

- Por definición los corredores siempre asesoran, ya que esta es una actividad consustancial a la propia figura y, por lo tanto, no caben ventas no asesoradas para un corredor.
 - Sería conveniente definir concretamente qué tipo de asesoramiento no independiente se puede esperar de un agente/operador de banca-seguros que está vinculado a una o varias compañías de seguros de las que distribuye sus productos, o de una compañía de directo.
 - En relación con las ventas no asesoradas, habría que determinar si estas se permitirán con carácter general a todos los mediadores (excepto a los corredores) y a las compañías de directo o si, por el contrario, se reducirán a ciertos ámbitos o a ciertos operadores, (como, por ejemplo, en el caso alemán donde existe una excepción a la obligación general de asesorar para las compañías de directo) sin perjuicio de que se definan perfectamente las obligaciones de información que deben de cumplir en las ventas no asesoradas.
8. IMD II incluye la posibilidad de que los intermediarios (también los independientes) reciban *rappels*, por lo que habrá que

ver en qué medida el legislador español incorpora esta posibilidad también para los corredores o continúa con el régimen actual de prohibición de este tipo de remuneración para los mismos, al ser IMD II una Directiva de «armonización mínima» que permitirá a los Estados miembros establecer criterios más rigurosos.

9. Si en la versión final de MiFID II no se prohibieran las ventas vinculadas (como se deduce del último texto accesible, que tan sólo incluye una obligación de información previa con respecto a ciertos aspectos), IMD II no debería contener dicha prohibición y lo razonable parecería volver a los términos en que estas ventas se regulan en MiFID II, acotando además el contenido de la obligación de información teniendo en cuenta las particularidades del mercado asegurador. En cualquier caso, una prohibición con carácter general de las ventas vinculadas podría plantear importantes problemas en la práctica aseguradora que quizás vayan mucho más allá de las situaciones que IMD II busca proteger. Pensemos, por ejemplo, en su impacto en los seguros que cada vez integran un mayor componente de servicios para facilitar su comercialización con la idea hacerlos más atractivos. Si, finalmente, se decidiera ir más allá de una mera obligación de información adaptada a las particularidades del sector seguros en relación con la ventas vinculadas, esta cuestión debería ser objeto de un análisis detallado en el que se incluyeran criterios claros y específicos de aquellos supuestos que se consideran prohibidos y no una prohibición genérica de ventas vinculadas.
10. Respecto a los requisitos adicionales en relación con los productos de seguro de inversión destacar que:
- La definición de productos de inversión prevista en el Reglamento PRIIPs (que al mismo tiempo es la que se utiliza a efectos de IMD II) es muy amplia, incluyendo no sólo a los *unit-*



linked sino también a los productos de vida ahorro con las implicaciones que traerá aparejada en la comercialización de estos últimos. De ahí que las empresas aseguradoras estén interesadas en limitar esta definición para que se excluya a los productos de vida ahorro y se aplique exclusivamente a productos considerados equivalentes (los *unit-linked*).

Adicionalmente, destacar que esta definición podría generar cierta incertidumbre sobre los productos a los que en concreto será aplicable, ya que debido al grado de flexibilidad a la hora de estructurar distintos productos, las líneas divisorias entre las diversas categorías no quedan perfectamente definidas.

- La aplicación de la filosofía MiFID al ámbito de IMD II va a exigir que se elabore numerosa documentación y que se pongan en marcha procesos y utilicen diversos instrumentos, como son, entre otros, (i) las políticas de conflicto de intereses; (ii) los procesos de aprobación de productos en los que se valorará su compatibilidad con las necesidades del cliente; (iii) cuestionarios o tests de idoneidad; y, por aplicación del Reglamento PRIPs, también será necesario (iv) el documento KID. Adicionalmente, también resultará necesario que los operadores establezcan sistemas y mecanismos de control interno adecuados y se proporcione la adecuada formación a los integrantes de la red comercial, para dar cumplimiento a dichos requisitos adicionales.

En este sentido, indicar que a la luz de los numerosos requisitos introducidos, y teniendo en cuenta las experiencias MiFID en el ámbito financiero, podrá ser conveniente que la DGSFP (sin perjuicio de lo que se

establezca a nivel comunitario por medidas de nivel 2), elaborara, de la misma forma que ha hecho la CNMV en relación con los productos financieros, las correspondientes guías detalladas mediante las que se orientase sobre el correcto modo de cumplir con los nuevos requisitos.

- Destacar que si la redacción final de MiFID II permitiera percibir remuneración ofrecida por terceros a los asesores independientes, entendemos que debería adaptarse IMD II en los mismos términos.
11. IMD II introduce como se ha ido analizando a lo largo de este trabajo muchas otras cuestiones no mencionadas en este apartado que, de aprobarse dicha norma, deberán ser incorporadas a derecho español, tales como, por ejemplo, (i) la exigencia de formación continua para todos los mediadores, (ii) el uso de sitios web para dar cumplimiento a los requisitos de información, (iii) la exención del cliente profesional, (iv) el incremento de las cuantías de las sanciones o (v) la inclusión de un régimen simplificado de registro.
 12. Finalmente, destacar que, como en todo proceso legislativo, estamos ante un proceso vivo y cambiante, con la particularidad en este caso de que afecta a varias propuestas legislativas de distintos ámbitos que avanzan a distinta velocidad y que deben acompañar sus modificaciones, por lo que un análisis de IMD II requiere no sólo tener en cuenta las discusiones que sobre esta propuesta se están realizando, sino, como hemos tratado de hacer en este trabajo, al mismo tiempo un análisis de cómo está avanzando MiFID II, el Reglamento PRIPs y UCITS V. Sin embargo, el hecho de que cada propuesta legislativa se moverá a distintas velocidades de tramitación en el Parlamento Europeo y en el Consejo, podría suponer



que acaben siendo desarrolladas de distintas formas. A ello contribuye también que EIOPA realizará propuestas a la Comisión para actos delegados en relación con IMD II, mientras que, otro organismo, ESMA hará lo propio para MiFID

II y UCITS V. Por ello, todo parece indicar que, frente al empeño de la Comisión, existe un riesgo de que al final no exista un único enfoque para los consumidores en los distintos ámbitos del sector financiero en un sentido amplio.



V. LA IGUALDAD UNA EXIGENCIA PARA EL SEGURO: PROBLEMAS DERIVADOS DE LAS TABLAS UNISEX

Montserrat Guillén Estany, Riskcenter-IREA-UB
Arely Ornelas Vargas, Riskcenter-IREA-UB
María Jesús Romero Santo Tomás, Zurich España

5.1. LA DIRECTIVA SOBRE EL USO DEL GÉNERO EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS. ORIGEN, MOTIVACIÓN Y CONSECUENCIAS DE LA NORMATIVA

El 1 de marzo de 2011 el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (UE) dictaminó que la diferenciación en precios y en prestaciones dependiendo del género es discriminatorio y por lo tanto no puede continuar utilizándose la tarificación diferenciada por sexo en los seguros en los nuevos contratos. Hasta el momento, esta práctica era una excepción dentro de la directiva europea contra la discriminación por razón de sexo en el acceso a bienes y servicios y su suministro. La fecha límite para el cambio de las compañías aseguradoras a que todos sus productos sean a *tarifas unisex* es diciembre del 2012.

La directiva en la cual se decreta la no discriminación por sexos es la 2004/113/EC y surge en la reunión en diciembre de 2004 del Consejo de la Unión Europea. A pesar de las limitaciones, la normativa inicial aclaraba que si se comprobaba que el género era determinante en el riesgo que se adoptaba, las compañías aseguradoras podían hacer diferencias entre hombres y mujeres al calcular sus primas.

La decisión tomada en 2011 relativa a eliminar las diferencias de precios se tomó aún sabiendo de la evidencia estadística que verifica, por ejemplo, que en todos los países del mundo las

mujeres tienen una longevidad mayor a la de los hombres y por lo tanto tienen tasas anuales de mortalidad menores hasta bien entrada la vejez. Tampoco se tuvo en cuenta lo que se verifica en los países desarrollados; que los hombres jóvenes presentan mayor cantidad de siniestros en el seguro de automóviles y que los hombres presentan mayores tasas de invalidez que las mujeres. Como se ha puesto de manifiesto en muchos de los casos anteriores, excepto para el caso de la longevidad sobre el que existen numerosas teorías, la mayoría de diferencias se pueden explicar por comportamientos distintos que caracterizan a hombres y mujeres respectivamente. Dichos hábitos y estilos distintos han sido evidenciados en numerosos estudios científicos, en todo el mundo. Por ejemplo, los hombres conducen en promedio más kilómetros que las mujeres, son en general más agresivos al volante y muestran menor aversión al riesgo. Las diferencias en la prevalencia de invalidez entre hombres y mujeres puede igualmente explicarse por una mayor exposición por parte de los hombres a trabajos de elevado riesgo físico, como los vinculados a construcción, minería, protección o a determinadas profesiones que requieren una constitución corporal robusta.

La ley en la que se basa el veredicto de la EU se fundamenta en el principio de igualdad en las prestaciones y contribuciones, por lo que éstas tendrían que ser las mismas para ambos sexos. Si se aplicara de manera estricta a todas las áreas,



implicaría que cualquier derecho individual no se debería ver afectado por el factor sexo.

En el ámbito de lo seguros, la directiva afecta muy directamente a los seguros de vida donde es muy difícil introducir factores explicativos comportamentales, y por lo tanto la eliminación del sexo en la tarificación va a constituir un cambio fundamental. Los hábitos de las personas son raramente comprobables en su totalidad y por ello, se suelen excluir. Medir costumbres o estilos de vida de forma veraz para incluirlos como factores de riesgo en los modelos de tarificación puede acarrear un coste superior al que se incurre excluyéndolos.

Las dificultades y consecuencias de la implementación de la directiva en los seguros de vida se dan, de forma muy paralela, en otros ramos que cubren riesgos personales como son los que incluyen rentas vitalicias y los seguros de salud.

Actualmente en España la prima que paga una mujer por su seguro de fallecimiento ha venido siendo inferior a la que paga un hombre de su misma edad. La razón es que la tarifa para mujeres se ha ido calculando con una tabla de mortalidad basada en cohortes de mujeres y que, por lo tanto, presentan en todas las edades una menor probabilidad de fallecimiento que los hombres de su misma edad. Pero a raíz de la entrada en vigor de la decisión del alto tribunal comunitario, se deberán equiparar ambas primas y cabe la posibilidad de que se produzca un alza en los precios de las primas en su conjunto.

La implementación de la normativa plantea la posibilidad de un incremento generalizado de primas. De todos modos, en el plano individual, se verán afectadas las mujeres en el pago de primas de seguros de vida, porque la no discriminación conducirá a una equiparación a los hombres y, por lo tanto a un aumento de los precios respecto al pasado. Los hombres, por su parte, se verán muy afectados en los cálculos derivados de productos que planteen la percepción de una renta vitalicia en la jubilación. En todos los casos, la composición de la cartera de la entidad puede

acaban dictando la tarifa final. Por esa razón, a partir de la entrada en vigor de la directiva sobre no discriminación de sexos en los seguros, cobra una importancia muy singular la proporción diferencial entre hombres y mujeres a los que la entidad aseguradora ha proporcionado un contrato de cobertura.

Una de las motivaciones del Tribunal de Justicia para preferir la existencia de tarifas unisex fue de índole muy generalista: el principio de igualdad y el fomento de la competencia. La oposición del sector asegurador se basó fundamentalmente en afirmar que la implementación de la nueva normativa representa un cambio estructural en la tarificación de nuevos productos y a su coste de implementación. Contra este argumento se adujo que hay otros factores determinantes en el comportamiento por sexos que proveen información tanto o más relevante para calcular las primas, es decir, que hay otros factores de riesgo relacionados a los hábitos cotidianos que tienen un mayor poder explicativo de la siniestralidad o que afectan a la longevidad en el caso de los seguros de vida. Dichos factores, concretamente en lo que concierne a los seguros de vida pueden estar relacionados con el estado de salud, el tabaquismo, el sedentarismo, e incluso el nivel de renta.

En los seguros no-vida, de los cuales el de automóvil es el más extendido por su obligatoriedad, como consecuencia de la nueva normativa tampoco se permiten tarifas diferentes por sexos. En este sentido, las mujeres obtienen un precio por el seguro de automóvil superior al que se les aplicaría si no estuviera implementada la nueva normativa de no discriminación.

Tras la entrada en vigor de la norma, las aseguradoras tienen que ajustar el precio de los contratos en función de su composición. Los hombres deberían obtener bonificaciones respecto a su punto de partida, en una forma proporcional a la composición de su cartera y a los descuentos que se hubieran aplicado a las mujeres y que dejan de aplicarse.

Sin embargo, es posible que en la práctica dichos ajustes de precios no se estén produ-



ciendo de inmediato, por lo que previsiblemente se experimentará un cambio generalizado de tarifas, lo que implica un cierto riesgo a que se dé un incremento de los precios medios del seguro de automóviles en 2013. En determinadas circunstancias dependiendo sobretodo del enfoque que se dé en los medios de comunicación y de la percepción social que se produzca, es altamente peligroso el fenómeno comercial que pueda desencadenarse y que podría conducir al ramo de automóviles a una nueva e intensa guerra comercial de consecuencias imprevisibles si no se impiden los desequilibrios técnicos.

Por todo ello, el ramo de automóviles es en principio y a corto plazo el potencialmente más vulnerable a las consecuencias de la implementación de la Directiva por la facilidad de cambio de entidad (rotaciones altas) y el hecho de que incluso antes de la implementación ya exista un comportamiento del sector muy generalizado en el que el ganar cuota de mercado sin atender el riesgo constituye una prioridad. En el entorno actual, cargado de sensibilidad por la gestión de riesgos (Solvencia II) parece razonable que no haya ninguna entidad que no perciba como una amenaza el hecho de ganar cuota de mercado de forma agresiva, aunque se esté reconociendo que ganar cuota de mercado suele ser lo deseable.

A largo plazo, sin embargo, la no discriminación por sexos en la tarificación de los seguros de vida es la que puede provocar más complicaciones al sector. La principal recomendación es desvincular completamente la gestión de riesgos y cálculo de provisiones de la tarificación. Para los primeros la diferenciación por sexos no está vetada y, por lo tanto, la medición del riesgo debe efectuarse utilizando la tabla de mortalidad de cada sexo por separado. Por ello, el uso extendido de una tabla de mortalidad unisex, construida como combinación lineal entre la tabla de mortalidad masculina y femenina, puede ser útil para tarificar pero no debe sustituir a las tablas y proyecciones que se efectúan separando ambos colectivos.

5.2. EL RIESGO DE LONGEVIDAD POR SEXOS. DIFERENCIAS EN ESPERANZA DE VIDA, EN TASAS DE MORTALIDAD PROYECTADAS Y SU IMPLICACIÓN EN LA TARIFICACIÓN DE RENTAS VITALICIAS

La probabilidad de muerte de un individuo a una edad determinada depende de su edad concreta actual y del sexo, entre otros factores como puede ser el estilo de vida, las aficiones, la profesión y los hábitos diarios, por mencionar sólo algunos.

Es bien sabido que estadísticamente las mujeres viven más que los hombres en todos los países del mundo. Los motivos por lo cual esto se cumple han sido abordados desde diferentes puntos de vista, que abarcan desde los factores sociales hasta los biológicos. Entre los primeros se pueden encontrar los roles que por años han sido asumidos por cada género, profesiones de peligro cuya ejecución generalmente han sido ejercidas por hombres, o por el hecho que durante décadas el consumo de tabaco y/o alcohol u otras sustancias adictivas se asociaba principalmente a los hombres. Entre los factores biológicos se argumenta que las mujeres al tener mayores niveles de estrógenos sufren menos enfermedades cardiovasculares que los hombres, en cambio, para los hombres los niveles altos de testosterona se asocian a mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

A las anteriores teorías se añaden algunas corrientes que aluden a una mayor resistencia femenina que se perpetúa a través de la reproducción otorgando una ligera ventaja a las mujeres, que por ser más fuertes, no mueren jóvenes. Se aduce también que al ser el sexo femenino el garante del éxito de la reproducción dispone de mecanismos de mantenimiento y reparación. El soportar diversas teorías al respecto ha sido trabajo tanto de gerontólogos y biólogos como de demógrafos entre otros, pero no existe el consenso sobre una explicación del por qué se dan diferencias de longevidad entre hombres y mujeres, a favor de estas últimas en todas las sociedades del mundo. En España la proporción de mujeres que viven más de 100 años es sistemáti-



camente superior a la de hombres, en todas las generaciones para las que se dispone de datos.

Por todo ello la distinción por sexos en la valoración de los riesgos en seguros de vida resulta evidente. El comportamiento de la mortalidad ha sido objeto de estudio para los actuarios, y con ello conocer las probabilidades relativas a la duración estimada de la esperanza de vida a partir de la suscripción de un compromiso asegurador.

Una medida primordial para un actuario es la esperanza de vida, que evidencia el tiempo medio en años que se espera sobreviva una persona. Su estimación se realiza a partir del análisis de la información de número de vivos y fallecidos en la población.

La herramienta básica del actuario son las tablas de vida o tablas de mortalidad, que no sólo reflejan el comportamiento de la mortalidad en una población, sino que a través de ellas se puede inferir el comportamiento demográfico futuro y por supuesto calcular la esperanza de vida.

La esperanza de vida puede ser calculada al nacimiento o a cualquier edad, este último caso es el que interesa en el ámbito actuarial ya que se desea conocer cuántos años vivirá un asegurado a partir del momento en que contrata el seguro. Según los cálculos más recientes del INE, la esperanza de vida al nacer para las españolas es de 85,18 años y para los hombres de 79,37 años.

Un motivo al que se ha venido aludiendo en la discusión sobre la conveniencia de eliminar la discriminación por sexos en la nueva normativa es que las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres se ha ido reduciendo en los últimos años. En España por ejemplo en 2009 la diferencia era de 6,36 años, en 2012 esta diferencia se ha reducido a 5,80. Pero esta comparación se refiere a la esperanza de vida contada a partir del nacimiento. Sin embargo examinando la esperanza de vida a los 65 años las variaciones en las diferencias entre hombres y mujeres no han sido notorias. En 2010 se esperaba que las mujeres vivieran otros 22,29 y los hombres 18,33, una diferencia de aproximadamente cuatro años. Prácticamente, lo mismo que se observaba en

2005, cuando respectivamente las esperanzas de vida a partir de los 65 años eran de 21,14 años para las mujeres y de 17,19 años para los hombres.

Si bien se espera que de manera global se produzca una convergencia en la esperanza de vida de hombres y mujeres, en el caso particular de la población Española, las evidencias para edades elevadas no son en absoluto concluyentes.

Según Vaupel (2011) para incrementar la esperanza de vida de una población lo que hace falta es disminuir las muertes a edades prematuras, lo que se logra teniendo cultura de prevención y teniendo políticas sanitarias adecuadas. En consecuencia, los países con mayor desarrollo y calidad de vida son los que han mejorado su esperanza de vida de forma más significativa, y en especial a lo largo del siglo XX. Reducir la mortalidad en todas las edades, sin embargo, no es el factor determinante en la longevidad, si entendemos a ésta como la que afecta a los ciudadanos que alcanzan su jubilación.

Regresando al tema particular de los seguros, se puede ver que donde se cubre el riesgo de fallecimiento las mujeres han venido teniendo unos precios más ventajosos y pagaban menos que los hombres. Por el contrario, dado que su esperanza de vida es mayor que la los hombres; para los productos de renta donde se contrata una prestación de supervivencia, al vivir más tiempo las mujeres deben satisfacer primas más caras.

Al tener las mujeres mayor esperanza de vida, las perceptoras de una renta vitalicia reciben mensualmente menor renta que los hombres por una misma prima inicial, es decir las mujeres, al vivir más, obtienen la misma cantidad en valor actuarial que los hombres, pero nominalmente en cada mensualidad perciben menos, aunque al final reciben más pagas. La aplicación de una tarifa unisex sesga el cálculo actuarial y por lo tanto mujeres y hombres percibirán la misma renta mensual vitalicia a partir de una idéntica prima inicial, pero ellas lo harán en promedio durante más tiempo. Este desequilibrio entre el compromiso y el valor actuarial debe ser tenido



en cuenta en la valoración del riesgo y cálculo de provisiones, por lo tanto no deberá usarse para esta última finalidad una tabla unisex, sino aquellas que se adecúen al comportamiento del riesgo asumido.

Con rentas vitalicias unisex, las mujeres percibirán más ingresos de los que les correspondería aplicando un procedimiento actuarial basado en una tabla de mortalidad femenina, porque se equiparan a los hombres. De todos modos algunas voces argumentan que las mujeres tienden a disponer de menores rentas por el trabajo y a contribuir menos que los hombres a planes de pensiones de carácter voluntario (Curry, 2004).

La suscripción basada en factores de riesgo distintos se apunta como la solución al tradicional sexo y fecha de nacimiento que constituyen el punto de partida clásico en la suscripción de una póliza de vida. Dicho recurso, implica la construcción de cuestionarios sistemáticos (y no puntualmente como se venía haciendo hasta ahora para coberturas elevadas) que reflejen el riesgo que contrae la compañía de seguros al asegurar a un individuo. La aplicación sistemática de esos sistemas de recogida de datos puede conducir a gastos de operación no considerados actualmente.

Por todo ello, tras la implementación de la Directiva a los seguros, existe el riesgo de que la primera reacción de las aseguradoras sea elevar los precios hasta que se tenga suficiente experiencia estadística y se conozca el riesgo real al que se enfrentan con el uso de *tarifas unisex*. Actualmente a los seguros donde el precio se obtiene según diversas características se les llama seguros preferentes (Warth, 2011), dichos productos tienen una mayor complicación técnica y pueden ser una buena alternativa en el caso de productos de vida-riesgo, aunque no en pensiones debido a la dificultad de extrapolación a futuro en tablas de mortalidad que contemplen un excesivo número de componentes de singularidad.

Como ya se ha comentado, el solicitar información detallada sobre los hábitos del asegurado puede llevar a información inexacta y fácilmente

manipulable, pues al ser cuestionarios exhaustivos se pueden falsear o se puede omitir información relevante. Los factores que no sean fácilmente verificables por parte de la aseguradora a priori, deberían excluirse de la tarificación.

Por ejemplo, en los Estados Unidos y otros países desarrollados, el ser fumador es un factor de discriminación para calcular el coste de los seguros. En países como el Reino Unido se han podido construir bases de datos que proveen información estadística para colectivos como el de los fumadores. De ese modo se puede mejorar el conocimiento sobre el comportamiento de la población asegurada, distinguiendo entre población fumadora y no fumadora. La experiencia británica puede ser extrapolada a otros países, como de hecho se está haciendo, mientras no se cuente con información propia.

Dado que la normativa aprobada en 2011 se debe aplicar en todos los países que pertenecen a la Unión Europea y que sus características socio-económicas no son exactamente iguales, es posible que se produzcan ligeras diferencias en las implicaciones para el sector seguros de la Directiva, según la experiencia propia de cada país y las características de su mercado.

En general, los factores relevantes que determinan la prima de seguros de vida no deberían reducirse al género y edad, ya que en la suscripción es importante conocer el nivel educativo, la renta familiar, la profesión y los hábitos de alimentación. Sin embargo el tomar de manera individual al asegurado y no al total de su entorno como puede ser su familia o la localidad donde vive, puede llevar a sesgo en la información.

Se sabe, por ejemplo, que en grupos de alto nivel económico el hombre es el que tiene la mayor carga de ingresos y así en este grupo el peso de los hombres sería mayor. Sin embargo no sólo él se ve beneficiado por sus ingresos si no también su núcleo. Así se recomienda que el factor ingreso que se debe medir sea el de la renta total familiar disponible ajustada por el número de miembros. En los estudios sobre longevidad que se realizan en todo el mundo, el nivel de



ingresos es poco empleado en la suscripción de riesgos, siendo el nivel educativo un buen predictor del nivel de vida y, por lo tanto, de la corrección de la tasa de mortalidad.

Con el aumento en enfermedades crónicas como pueden ser la hipertensión arterial y la diabetes que generalmente son derivadas de una predisposición genética, el sedentarismo o una mala alimentación, éstos pueden constituir factores de riesgo que conducen a problemas cardiovasculares y, por lo tanto, a un aumento de la probabilidad de fallecimiento. Como bien conocen los aseguradores, es importante tener información adicional para evaluar el estado de salud del asegurado ya sea con chequeos médicos o análisis sanguíneos. Asimismo, normalmente se tienen muy en cuenta los antecedentes familiares, sobre los que el asegurado no suele mentir.

El conocer mejor al asegurado en cualquier aspecto implica un trabajo exhaustivo para el desarrollo de herramientas que reflejen de manera eficiente y efectiva las diferentes clases de riesgo. Se debe poder discriminar entre tipos de clientes o asegurados para poder clasificarlos en su categoría de riesgo y saber cuál es el riesgo asumido en la contratación.

Es importante destacar, antes de concluir, que la definición de los criterios de inclusión de un factor de riesgo en una tarifa es una tarea ardua, es decir, decidir los puntos de corte para cada factor de riesgo que se desee incluir, hasta qué punto es un sobre riesgo y deja de ser un riesgo normal. Por ejemplo si se utilizará como factor de riesgo el nivel de colesterol del posible asegurado, lo mejor es recurrir a los criterios médicos. Así la experiencia en otras áreas o poblaciones siempre se puede utilizar hasta que la propia aseguradora no tenga una base de datos con su propia experiencia.

Respecto a las implicaciones de la Directiva en los planes de pensiones, destacar que si se trata de un contrato colectivo no es de aplicación. Por ello, no afecta. El producto se compone de las obligaciones de contribución de sus partícipes, o promotores, en el caso de los planes del sistema de empleo y su aprovisionamiento se seguirá haciendo sin cambios.

El excelente estudio de González Rabanal y Sáenz de Jáuregui (2008) se centra en averiguar las consecuencias que se derivarían de su aplicación en el supuesto de los planes de pensión de prestación definida no totalmente asegurados, es decir, aquéllos que otorgan a su beneficiario una prestación determinada a priori que puede consistir en una renta vitalicia cuya cuantía puede ser un porcentaje del salario que percibía el trabajador cuando estaba en activo. Dichos autores proponen el pago de una subvención al empresario que mitigue el mayor esfuerzo que debe hacer éste al contratar una mujer y tener que realizar una mayor aportación que en el caso de los varones para sufragar la misma pensión privada.

5.3. EL RIESGO DE MORTALIDAD POR SEXOS. DIFERENCIAS EN LAS CURVAS DE MORTALIDAD DE HOMBRES Y MUJERES EN LAS EDADES ADULTAS. CONSECUENCIAS EN EL CÁLCULO DE UN SEGURO DE VIDA RIESGO

La mortalidad de hombres y mujeres españoles ha cambiado muy poco en las últimas dos décadas. La forma de las curvas mantiene el mismo comportamiento. Aun si la esperanza de vida en mujeres es mayor, hay un intervalo de edades donde para ambos sexos se presenta el mayor número de muertes. Esto último es un argumento empleado por quienes están a favor de las *tablas unisex*. Decir que una mujer tiene mayor esperanza de vida que un hombre no implica que todas las mujeres vivirán más que los hombres (Hudson, 2007).

Siguiendo la anterior lógica es posible que una mujer perciba una renta vitalicia menor por más tiempo, mientras un hombre recibe una renta mensual vitalicia mayor por menos tiempo. Pero este planteamiento, según los que abogan por la igualdad, deja en desventaja a la mujer ya que hay una edad en que ambos sexos presentan el mayor número de muertes.

El anterior argumento es muy rebatido por los contrarios a las tablas unisex. Incluso si hay una



edad en donde la mortalidad es la más alta para ambos sexos, la compañía de seguros corre siempre el riesgo de seguir pagando la renta mensual a las mujeres por más tiempo.

Al dejar de ser el género un factor clave en el negocio asegurador, aunque solamente en la vertiente de la tarificación, no en la de valoración del riesgo, se deben explorar otros factores para explicar la longevidad. Entre estos factores están el ser fumador, el estado de salud en general conociendo la presión arterial, los niveles de colesterol, triglicéridos, glucosa en sangre, entre otros. Las desventajas de esta aproximación ya han sido comentadas en la sección anterior.

5.4. LA EXPERIENCIA EN OTROS PAÍSES. JURISDICCIONES QUE TIENEN ADOPTADA UNA NORMATIVA QUE NO PERMITE LA DISCRIMINACIÓN. CONTEXTO E IMPLICACIONES

La esperanza de vida a partir de los 65 años ha aumentado en promedio algo más para los hombres que para las mujeres y ello parece ser indicativo de una convergencia entre ambos sexos. Sin embargo calculando la probabilidad de muerte a partir de esa edad, las mujeres se mantienen por debajo de los hombres, haciéndose más estrecha la diferencia para la edad de 90 años y a partir de ésta.

Las tablas unisex son empleadas en muchos países cuando se trata, por ejemplo, de realizar el cálculo de pensiones o cuando se trata de una prestación social implícita en el contrato laboral, ya que las pensiones en este caso reflejan una relación de trabajo. Ejemplo de estos sistemas son el Reino Unido, Suiza, Canadá y Estados Unidos. Estos dos últimos lo utilizan en el cómputo de las pensiones que paga una compañía para la cual se trabaja a un trabajador jubilado. Además su uso es obligatorio siempre que se trate de este tipo de pensiones.

En general se utilizan tablas unisex cuando existe una relación entre el empleador y la renta vitalicia o pensión.

En el Reino Unido existen actualmente planes personalizados donde la tarifa depende de alguna característica particular que hace que la esperanza de vida aplicada sea diferente a la de la mayoría de la población, dejando en un segundo plano el sexo del contratante, centrándose en el individuo y sus características. Este tipo de producto se ofrece sólo a quien cumple con determinados requisitos por lo que es factible cobrar tarifas absolutamente personalizadas al riesgo que se contraiga.

Este tipo de seguros son los que se espera que acaben siendo los habituales en la EU a medio plazo, al tener que dejar de usarse el género como discriminante.

En el Reino Unido sólo el 25% de los compradores de seguros de vida son mujeres, por lo tanto unas tablas unisex basadas en una composición equiparable de hombres y mujeres no tendrían por qué ser realistas, pues existe tendencia a tener más hombres en cartera que mujeres. Aproximadamente el 97% de las rentas vitalicias son suscritas actualmente bajo la diferenciación por sexo.

En Estados Unidos los sistemas de pensiones se basan en una combinación de fondos estatales y contribuciones voluntarias (a través de planes de pensiones de empresa o bien incentivos fiscales al ahorro individual a la jubilación). Al finalizar la vida laboral no es obligatorio pasar a un sistema de rentas vitalicias cuando el empleador contribuyó a formar el fondo, pero en caso de optar por rentas vitalicias, el cálculo de la renta mensual que recibirá el individuo se hace con tablas unisex, evitando así la discriminación por sexo según manda la corte suprema.

El tema de la desigualdad entre hombres y mujeres, resurge, de todos modos en el ámbito de los planes de pensiones de empleo, ya que en muchos casos, los fondos utilizados para comprar una renta vitalicia se habrán constituido por contribuciones del empleador en los regímenes de cotizaciones definidas. En estos casos, una mujer, de hecho, acaba recibiendo una pensión de jubilación más baja que un hombre habiendo trabajado los mismos años porque su salario, es casi siempre, más bajo.



En los sistemas de pensiones de muchos países, la discriminación entre los sexos no es aceptable en los sistemas de reparto. En EE.UU. y Canadá, las pensiones previstas en estos planes no discriminan por género. En el Reino Unido, la sentencia del Tribunal de Justicia Europeo ya estableció que las prestaciones de jubilación, como tales, forman parte de las condiciones de empleo y remuneración de una persona y es de aplicación el artículo 119 del Tratado de Roma en relación con la percepción de idéntica remuneración por idéntico trabajo. Esto implica que las pensiones de empleo recibidas por hombres y mujeres en los regímenes de reparto, tras el fallo en 1990, han tenido que ser iguales. A la luz de lo anterior, parece ser una anomalía que en este tipo de planes la discriminación haya seguido siendo aceptable en los planes de contribución definida (Hudson, 2007).

Se dice que el eliminar factores de riesgo en la tarificación puede provocar selección adversa, esto es que las personas con menos riesgo al ver aumentado el precio de su seguro desistan de adquirirlo, causando un desequilibrio en la cartera de clientes, donde ahora se tendría un

mayor porcentaje de personas con riesgos «malos». Por ejemplo en el caso del seguro de vida, si la tarifa nueva resultara de calcular la media entre ambos sexos, los hombres se verían beneficiados en una reducción de precios lo que sería atractivo para nuevos clientes, en cambio las mujeres sufrirían un aumento en la prima que pagan actualmente.

Algunos estudios presentan la posibilidad de que no tener en cuenta ciertos factores de riesgo puede aumentar la cantidad de pérdidas que se cubren (loss coverage). El porcentaje de aumento depende directamente de la proporción de asegurados con menor riesgo, pues son estos los que se espera que, en número, disminuyan al verse afectados por el costo del seguro. sin embargo no se puede hablar de números absolutos si no de la proporción entre asegurados de bajo y alto riesgo, en este caso el ratio entre mujeres y hombres en la cartera de la aseguradora. Además del riesgo relativo que existe entre dichas categorías: ratio entre el riesgo de presentar el evento en mujeres y el riesgo de presentar el evento en hombres. A continuación se muestran algunos ejemplos.

Ejemplo 1 Incremento en las pérdidas cubiertas al eliminar la discriminación

Numéricamente se ha verificado mediante simulaciones que efectivamente una disminución leve en el porcentaje de asegurados con menor riesgo, hace que la cantidad de pérdidas que se cubre aumenten, aunque si el descenso en dicho porcentaje es dramático se puede llegar a niveles aun más bajos de cuando se tenía en cuenta el factor de riesgo. Sin embargo en la bibliografía consultada no se menciona el monto de las pérdidas, es decir la severidad de los siniestros.

Se tienen 2000 personas en situación de riesgo, de estas el 80% son mujeres. Se tienen entonces 1600 mujeres y 400 hombres, el riesgo de presentar un siniestro para cada grupo es de 0,1 y 0,3 respectivamente. Así se tiene que del total de la población 160 mujeres y 120 hombres son proclives a presentar el evento de riesgo, en total 280. Sin embargo no toda la población adquiere un seguro, ejemplificando con tres posibles escenarios (no únicos):

- 1) La proporción de mujeres aseguradas es del 50% y de hombres el 25%, siguiendo los porcentajes de riesgo, se tiene que en total 110 personas con seguro presentarían un siniestro (80 mujeres y 30 hombres). Así la cantidad de perdidas cubiertas es de 39% , calculado como el cociente entre 110 y 280.
- 2) La proporción de mujeres baja al 40% y la cantidad de hombres aumenta al 50%, ahora el total de personas en riesgo es del 124 y el loss coverage es de 44%.
- 3) La proporción de mujeres baja al 25% y la cantidad de hombres se mantiene en 50%, ahora el total de personas en riesgo es del 100 y el loss coverage es de 36%.



Desde el punto de vista de la aseguradora, según Thomas (2007), la disyuntiva entre cual es el mejor camino a seguir es si a la aseguradora le importa vender pólizas o tener primas que reflejen realmente el riesgo contraído. En el ejemplo 1 es fácil ver que cuando se maximiza el loss coverage (caso 2) el número de asegurados baja respecto a respecto al caso 1, donde se tarifica diferenciando por sexos. Obviamente las aseguradoras prefieren vender pólizas a personas con

menor riesgo de presentar reclamaciones. Ello se consigue creando productos con restricciones de venta o productos que cubren diversa cantidad de riesgos que hacen atractiva su compra, aun si no se está expuesto a tal riesgo.

Los peligros del Ejemplo 1 quedan patentes si se calculan las coberturas por sexos, puesto que en el caso 3 sólo una de cada cuatro mujeres que tuvieran un siniestro estarían cubiertas mientras que en el caso 1 eran la mitad.

Ejemplo 2 Decremento en las pérdidas cubiertas al eliminar la discriminación

En este ejemplo se realiza sólo un pequeño cambio respecto al Ejemplo 1, pero entonces se verifica que el cociente de cobertura disminuye siempre sea cual sea el caso de los tres considerados.

Se tienen 2000 personas en situación de riesgo, de estas el 80% son mujeres. Se tienen entonces 1600 mujeres y 400 hombres, el riesgo de presentar un siniestro para cada grupo es de 0,3 y 0,1 respectivamente. Así se tiene que del total de la población 480 mujeres y 40 hombres son proclives a presentar el evento de riesgo, en total 520. Sin embargo no toda la población adquiere un seguro, ejemplificando con tres posibles escenarios (no únicos):

- 1) La proporción de mujeres aseguradas es del 50% y de hombres el 25%, siguiendo los porcentajes de riesgo, se tiene que en total 250 personas con seguro presentarían un siniestro (240 mujeres y 10 hombres). Así la cantidad de pérdidas cubiertas es de 48%, calculado como el cociente entre 250 y 520.
- 2) La proporción de mujeres baja al 40% y la cantidad de hombres aumenta al 50%, ahora el total de personas en riesgo es del 212 y el loss coverage es de 41%.
- 3) La proporción de mujeres baja al 25% y la cantidad de hombres se mantiene en 50%, ahora el total de personas en riesgo es del 140 y el loss coverage es de 27%.

Incluso si la proporción de mujeres aumenta del 50% al 51% y una drástica disminución de los hombres asegurados pasando del 25% al 1% (aunque se habría ganado más de dos aseguradas por cada asegurado perdido, conduciría a una cantidad de pérdidas cubiertas del 47%, lo cual es inferior al caso 1).

5.5. DESVENTAJAS DE UTILIZAR UNA TABLA DE MORTALIDAD UNISEX. CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO Y ASIGNACIÓN DEL MISMO. CONSECUENCIAS EN LOS PRECIOS RESPECTO AL CASO DIFERENCIADO

En los planes de pensiones de aportación definida: la cuantía de las aportaciones de los partícipes está predeterminada y, en el caso de los planes del sistema de empleo, la de las contribuciones empresariales de sus promotores. En esta modalidad, el plan no garantiza ni define la cuantía de las prestaciones futuras.

En los planes de pensiones de reparto o prestación definida se predetermina la cuantía de todas las prestaciones a percibir por los beneficiarios. En función de las prestaciones y de las distintas contingencias a cubrir se calcularán las cuantías de las aportaciones. La definición de la prestación podrá realizarse en términos absolutos o en función de magnitudes determinables como salarios, antigüedad de la empresa, percepciones complementarias u otras variables susceptibles de servir de referencia [art. 16.b) RPPF].

En general las mujeres reciben pensiones vitales inferiores los hombres y por lo tanto una



pensión más baja para un determinado tamaño de participación, por su mayor longevidad y porque suelen contribuir menos.

Fiscalmente, al ser las aportaciones de los planes de pensiones deducibles de impuestos, a los hombres, que en general perciben rentas mayores, pueden resultarles más interesantes los beneficios fiscales obtenidos que, en promedio, a las mujeres.

Igualmente, si el cálculo de las pensiones por jubilación anticipada o diferida se realiza con tablas diferenciadas por sexo, es natural que resulten diferencias en la cuantía de la prestación. En los planes de aportación definida, las diferencias se hacen notar cuando se convierte el capital en renta, ya que al no aplicar tablas unisex, los beneficiarios mujeres reciben menos renta.

Según algunos autores, se esperaría que al poner en marcha las tablas unisex las compañías incrementarían sus provisiones en tanto se reevalúan los riesgos y compromisos con la nueva tarificación. Además, se generarán estadísticas con la experiencia ganada.

5.6. FACTORES DE RIESGO EN LA TARIFICACIÓN. USO DE VARIABLES DE ESTILO DE VIDA. ALTERNATIVAS EN OTROS TIPOS DE SEGURO

Dado que el sexo del asegurado irá desapareciendo como elemento de discriminación, en los seguros de vida es importante el proceso de selección de los asegurados. Dependiendo del producto que la compañía ofrezca puede pedir o no que se cumplan con ciertos requisitos, entre los cuales están los exámenes médicos o el complementar formularios con información referente a los hábitos del posible asegurado. Esta parece ser la dirección que van a tomar la mayoría de las empresas del sector, pero sus efectos no podrán apreciarse hasta transcurridos unos años.

En estas situaciones, en las que los asegurados son previamente clasificados en un grupo concreto (sin discriminar por sexo, pero sí por otros

factores) la entidad aseguradora utiliza las tablas seleccionadas de mortalidad en la tarificación. Esas tablas se definen como la experiencia estadística en mortalidad de ese grupo de individuos concreto que cumple una serie de requisitos o ciertas características. La finalidad de estas tablas es recoger los efectos de una selección de asegurados y sólo podrá ingresar al grupo el asegurado que no presente ningún agravante del riesgo.

Al ser un grupo donde se conocen mejor sus características, incluido su estado de salud, se espera que el comportamiento de la mortalidad sea distinto al comportamiento de la población asegurada en general y al de la población total. Por ejemplo, se puede esperar menor mortalidad en el grupo de personas que práctica deporte habitualmente comparado con un grupo del que se desconoce información. Esto es, comparando la tablas de mortalidad construida con individuos que ya han pasado un proceso de selección basado en el conocimiento de uno o más factores diferentes a la edad y el sexo, contra una tabla de mortalidad construida donde sólo se ha tenido en cuenta la edad y el sexo del individuo, se pueden establecer los diferenciales de mortalidad a aplicar.

El riesgo de selección basado en características no estáticas de los individuos, como es el estado de salud o los hábitos, debe tener en cuenta un margen de tiempo durante el cual se supondrá que el asegurado continua en mismo estado que cuando entró al grupo. A este periodo máximo se le llama duración de la selección. Por este motivo la base de datos con la cual se construye la tabla de mortalidad debe estar siempre actualizada, conformada por la información específica de la cartera de asegurados.

En el Reino Unido, debido a las exigencias del mercado, las compañías aseguradoras han optado por emplear otros factores distintos al sexo al hacer la tarificación de los productos de vida, así el sexo deja de ser el principal factor y cada vez va teniendo menos influencia en el cálculo de la tarifa. Además hay factores como la ocupación, que de manera indirecta pueden reflejar el género del contratante.



Es posible encontrar planes que toman en cuenta la situación económica, la ocupación o profesión, el estado de salud, los estilos de vida como son el ejercicio físico periódico e incluso la situación geográfica.

Actualmente, menos del 10 por ciento de las rentas vitalicias comprada cada año son rentas vitalicias mejoradas o combinadas con otras prestaciones, aunque esto tiene el potencial de aumentar a 40 por ciento en los próximos 10 años (ABI, 2003a).

En todas las variantes del seguro su costo se calcula con base en el riesgo que tenga el contratante de presentar un siniestro, mayor el riesgo mayor la prima. Si no se conoce el sexo del contratante se tiene menos información que pudiera ayudar al conocimiento del riesgo que contrae la compañía, lo que puede comportar una elevación del coste del seguro. Sin embargo las compañías deberían de ser capaces de adaptar sus tarifas de tal manera que en estas se refleje la proporción de hombres y mujeres en su cartera.

Cualquier factor que se considere en la suscripción con el tiempo dejará de ser desconocido al tener experiencia e ir controlando la información estadística por lo que los costes adicionales de gestión deberían ir a la baja al pasar los años.

Desde hace años se acepta que la edad no debe ser un factor de discriminación para la obtención de empleo, posiblemente se pueda extender para la compra de bienes y servicios, lo que incluiría a la compra de seguros. Especialmente en el caso de los seguros de vida esta eventualidad tendría un impacto enorme.

Se estima que en el Reino Unido en los seguros de automóviles, las primas unisex podrían aumentar los costes para las mujeres alrededor de 100 libras al año.

Los argumentos que se han emitido a favor y en contra de las rentas vitalicias unisex no han sido cuantificados para mostrar en qué medida benefician a las mujeres y los consumidores en general. Esta cuantificación, sin embargo, es crucial.

En el Reino Unido se han propuesto tener Limited period annuities (LPA), que serían ren-

tas por un tiempo fijo, por lo que la diferencia en la esperanza de vida entre hombre y mujeres no sería un factor decisivo en la cuantificación de la pensión.

5.7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las primas unisex deberían reflejar la composición de la cartera, tanto el porcentaje de hombres y de mujeres que serán asegurados, como el porcentaje del conjunto de entidades.

Desde la entrada en vigor de la Directiva se separa claramente el papel de los actuarios en la valoración del riesgo y provisiones y su papel en la tarificación, que además con la cooperación con los departamentos de marketing y ventas, debe poder garantizarse que la prima siga siendo proporcional al riesgo cubierto.

Se recomienda continuar recopilando toda la información relevante del asegurado incluido el sexo, aunque no pueda usarse en la tarificación. Cualquier factor que lleve al conocimiento del riesgo que adquiere la aseguradora será posible usarlo en la toma de decisiones internas de la compañía. El no poder usar el factor género en la fijación del precio no implica hacer caso omiso del riesgo contraído. Aun más sabiendo que la estadística y la experiencia dictan que es un factor de referencia.

Se recomienda, prestar más atención que en el pasado a la calidad de la información sobre los asegurados que se realiza en las entidades de seguros, dado que determinada información, si es fiable y veraz, puede constituir un factor de tarificación y de valoración del riesgo de tanto o más valor que el sexo. Siguiendo a Guillén (2012) las bases de datos de asegurados requieren de una evaluación constante de su calidad. La definición de la calidad de datos es un concepto que tiene seis dimensiones: validez, integridad, exhaustividad, coherencia, precisión y oportunidad. La validez se refiere a los valores registrados en realidad dentro del rango de valores posibles. La integridad es la coherencia entre las entidades



y atributos, como su fecha de nacimiento es antes de la fecha de expedición de la licencia de conducir, por ejemplo. La exhaustividad requiere que los datos estén completos. Estas tres magnitudes son fácilmente verificables. Las otras tres resultan ser un talón de Aquiles. La consistencia, que se refiere a la duplicación y realización de comprobaciones cruzadas de sistemas, la precisión, lo que indica que los datos requieren la verificación y la oportunidad que significa que la información debe ser actualizada constantemente, son elementos difíciles de mantener en la práctica.

La modelización actuarial se perfila como el instrumento más útil para la valoración de riesgos en un momento en el que la tarificación se distancia de ser proporcional a la aportación concreta al riesgo colectivo que supone el asumir una nueva póliza y tiene que acomodarse a las circunstancias normativas.

REFERENCIAS

- Brockett, P.L. y Cox, S.H. (1984). Statistical adjustment of mortality tables to reflect known information. *Transactions of the Society of Actuaries*, 36:63-75.
- Curry, C. y O'Connell, A. (2004). An analysis of unisex annuity rates. EOC working paper. Pensions Policy Institute 16. url: www.eoc.org.uk/research.
- De Paz, S., Caro R. y López, J.M. (2010). El principio de igualdad sexual en el seguro de salud. Análisis actuarial de su impacto y alcance. Cuadernos de la fundación N° 147. Madrid: FUNDACIÓN MAPFRE, Instituto de Ciencias del Seguro.
- Engelman, M., Canudas-Romo, V. y Agree, E.M. (2010). The implications of increased survivorship for mortality variation in aging populations. *Population and Development Review* 36(3):511-539.
- Guillén, M. (2012). Sexless and beautiful data: from quantity to quality. *Annals of Actuarial Science*. 6(2):231-234.
- González Rabanal, M.C. y Sáenz de Jáuregui Sanz, L.M. (2008) La política comunitaria contra la discriminación de género: una propuesta de evaluación de su coste en los planes y fondos de pensiones de empleo. Su aplicación al caso español. Colección: Estudios de Hacienda Pública. Instituto de Estudios Fiscales, Madrid.
- Guy Thomas, R (2007). Some Novel Perspectives on Risk Classification. *The Geneva papers on risk and insurance-issues and practice*. 32(1):105-132.
- Hudson, R. (2007). Mortality projections and unisex pricing of annuities in the UK. *Journal of Financial Regulation and Compliance* 15(2):166-179.
- Kalben, B.B. (2011). Why men die younger: causes of mortality differences by sex. *North american actuarial journal* 4(4).
- Karsten, H. (1994). Unisex. *Actuarios. Instituto de Actuarios Españoles*10:23-24.
- Karsten, H. (1994). La Discriminación sexual y el actuario: habla el Tribunal Europeo. *Actuarios. Instituto de Actuarios Españoles*11:28-29
- Kuh, D., Hardy, R., Hotopf, M., Lawlor, D.A., Maughan, B., Westendorp, R., Cooper, R., Black, S., and Mishra, G.D. (2009). A review of lifetime risk factors for mortality. *British Actuarial Journal* 15:17-64.
- McDowell, M. (2006). An examination of the implications of implementing the principle of equal treatment between men and women in the access to and supply of goods and services in the insurance and related financial services. Report of Working Group on Insurance-related issues in the Gender Non-Employment Directive (2004/113/EC).
- O'Connell, A. (2012). *Longevity Bulletin. Institute and Faculty of Actuaries*, 3.
- Oxera report (2010). The use of gender in insurance pricing (Analysing the impact of a potential ban on the use of gender as a rating factor). Association of british insurer research paper, 24.



Society of Actuaries of Ireland (2004). The draft EU Directive on equal insurance premiums for men and women. Briefing report.

Thomas, R. G. (2007) «Some Novel Perspectives on Risk Classification» The Geneva Papers on Risk and Insurance, 32, 105-132.

Vaupel, J.W., Zhang, Z. and van Raalt, A.A. (2011). Life expectancy and disparity: an international comparison of life table data. *BMJ Open* 1:1.

Warth, J. (2011). Productos de Riesgos Preferentes en un Entorno Unisex. *Genre: Risk Insights* 15(3).



VI. RÉGIMEN FISCAL DE LAS APORTACIONES REALIZADAS A LAS MUTUALIDADES DE PREVISIÓN SOCIAL: SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTAS DE FUTURO

Juan Calvo Végez.

Profesor Titular de Derecho Financiero y Tributario. Universidad de Extremadura

6.1. CONSIDERACIONES GENERALES

En todo análisis que pretenda llevarse a cabo del régimen fiscal aplicable a las aportaciones a mutualidades de previsión social entendidas como fórmulas alternativas a los planes de pensiones del sistema de empleo han de diferenciarse las siguientes cuestiones: el tratamiento para el empresario de sus aportaciones; el tratamiento para los empleados de las aportaciones imputadas por el empresario y el tratamiento de las aportaciones realizadas por ellos mismos.

El art. 51 de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, reguladora del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (LIRPF) admite tanto las aportaciones del partícipe como las contribuciones empresariales las cuales serán, en la mayoría de los casos, obligatorias y dimanantes del contrato laboral, al margen de que puedan adquirir igualmente la naturaleza de liberalidades. La intención básica perseguida por el legislador no es otra que la de primar el rescate en forma de renta mensual en lugar de capital, como ocurría anteriormente, eliminándose los límites de aportación incrementados que existían en edades cercanas a la jubilación. Como se recordará, al amparo de la normativa anterior, y a efectos de la configuración de los límites, se computaban de manera independiente las aportaciones realizadas por el partícipe y las contribuciones empre-

sariales imputadas por los promotores. En cambio, en la Ley 35/2006 el límite resulta único para ambos tipos de aportaciones. De este modo termina por reducirse de manera significativa los límites de aportaciones objeto de reducción, introduciéndose además un límite sobre un porcentaje de los rendimientos obtenidos.¹

El hecho de que las aportaciones y contribuciones a los sistemas de previsión social permitan su reducción de la base determina que las percepciones derivadas de estas figuras tributen, íntegramente, en el instante de su percepción. Se exceptúan únicamente los seguros sobre la vida que constituyan sistemas alternativos a los planes de pensiones, en los que las aportaciones y con-

¹ Son fundamentalmente razones de equidad y de complementariedad con el sistema público de pensiones las que determinan que la LIRPF acote los límites de las aportaciones. La experiencia de los últimos años ha servido para demostrar que la media de aportación no ha superado los 2.000 euros, si bien se han incentivado de forma desproporcionada, y al margen de los objetivos de la previsión social, aportaciones muy elevadas para determinados contribuyentes con elevada capacidad económica. Es precisamente la consideración de las aportaciones a estos sistemas como salario diferido, la acotación de los límites y el respeto al contexto de neutralidad en la tributación del ahorro, lo que justifica que todos los instrumentos de previsión social que cumplan con las características exigidas apliquen el incentivo de la reducción en la base imponible, sin distinción entre ellos. Y todo ello con la menor incidencia posible en la normativa financiera reguladora los planes y fondos de pensiones.



tribuciones no son reducibles, tributando las prestaciones que se perciban por la diferencia entre lo aportado y lo percibido.

Así las cosas el beneficio fiscal se concreta en un aplazamiento de la tributación de las rentas invertidas en los referidos instrumentos financieros. Y es que, en la medida en que las aportaciones y contribuciones adquieren la consideración de deducibles o reducibles, el conjunto de rentas de las cuales proceden las referidas aportaciones o contribuciones no tributan en el momento de su obtención, difiriéndose la tributación al instante en el que se perciban las prestaciones. Esta situación contrasta con la que se produce en los instrumentos puramente financieros, en relación con los cuales no se origina beneficio fiscal, sometiéndose únicamente a tributación la rentabilidad de los mismos.

Queda claro pues que las aportaciones y contribuciones efectuadas a los sistemas de previsión social reducen la base imponible de la persona que las efectúa, practicándose dicha reducción durante toda su vida laboral activa, en la que aquéllas serán más elevadas. Y, una vez que la misma haya llegado a su fin, produciéndose la tributación de las percepciones procedentes de otros sistemas, el importe de las rentas generadas se verá considerablemente reducido, siendo la fiscalidad global menor.²

Se opera así un diferimiento de la base imponible, material y del ahorro, fundamentado en la renuncia a la disponibilidad de los fondos a corto plazo³. Esta renuncia, derivada de la irrevocabili-

dad de las aportaciones, no es sino consecuencia de otro elemento caracterizador del negocio jurídico, como es la confianza mutua entre las partes implicadas: Estado, tomador, aportantes, partícipes y beneficiarios. Piénsese que quienes intervienen en los sistemas de previsión social renuncian a la disponibilidad de sus rentas una vez que se produzcan una serie de contingencias tasadas (jubilación, incapacidad laboral total o absoluta, gran invalidez, fallecimiento y dependencia severa o gran dependencia). Se trata de una renuncia que se produce, entre otros motivos, porque el Estado garantiza un tratamiento fiscal determinado, manteniéndose además esta confianza durante un plazo prolongado de tiempo como contrato a largo plazo que es.⁴

Las aportaciones a los sistemas de previsión social constituyen renta que ya ha tributado, que va a tributar o que se va a declarar no sujeta o exenta en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (ISD), con independencia del régimen fiscal de las prestaciones. Tal y como precisa el art. 6.4 de la Ley 35/2006, no estará sujeta al IRPF la renta que se sujeta al ISD. De este modo, la renta que financió la aportación habrá estado o estará sujeta necesariamente, sin perjuicio de que deba procederse a determinar en quien tributó, qué contribuyente se sometió al Impuesto y si éste coincide con el que posteriormente va a percibir la prestación.

¿Cuáles son las principales cuestiones derivadas del régimen fiscal de estas aportaciones? En primer lugar, el análisis del régimen general objetivo y subjetivo de los límites. En segundo término, si resulta posible la compatibilidad entre la consideración de la aportación como hipotético gasto deducible o como deducción en la cuota, al mismo tiempo que se opera la

² Ahora bien, tal y como precisan MOCHÓN LÓPEZ, L. y RANCAÑO MARTÍN, A., «La fiscalidad de los sistemas de previsión social en la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, sobre la Renta de las Personas físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de No Residentes y sobre el Patrimonio», *Impuestos*, núm. 1, 2007, pág. 21, «en el momento en el que las rentas percibidas son menores el esfuerzo que puede implicar el sometimiento a tributación de las indicadas percepciones puede percibirse como mayor». Añaden además los citados autores que tanto la devolución de los importes invertidos como su rentabilidad se someten a la tarifa progresiva del impuesto.

³ Con carácter general, tanto la Ley 35/2006 como el Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del IRPF, han dedicado una parte significativa de su desarrollo a introducir diversos cambios

de adaptación en el articulado del Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, entrando a fondo en el tratamiento socio-fiscal de las diversas cuestiones derivadas de dicha regulación normativa.

⁴ A ello se ha de añadir además que el Estado, a través de las entidades tomadoras y gestoras de los fondos, garantiza financiación a largo plazo a la actividad económica desarrollada.



reducción en la base. Y, finalmente, tratándose de aquellos sistemas en los que se pueden financiar las aportaciones con derecho a no sujeción en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, la cuestión relativa a cuál va a ser el régimen fiscal aplicable a dichas liberalidades.

Estas aportaciones a los sistemas de previsión podrán hacerse, bien por el propio partícipe o beneficiario, o bien por un tercero que, con posterioridad, no será beneficiario de las prestaciones. Y, a su vez, estos terceros aportantes podrán realizar la aportación o contribución a los sistemas de previsión social, bien como cumplimiento de una obligación contractual o como una expresión de liberalidad, pudiendo suceder, en este último caso, que la referida liberalidad o posibilidad de aportación gratuita se encuentre recogida de manera expresa (quedando protegida en forma de reducción en la base del aportante) o, por el contrario, no suceda así.⁵

Dentro de los sistemas de previsión con derecho a la aplicación de una reducción en base por aportaciones a sistemas de previsión social de terceros pueden suscitarse diversas cuestiones relativas a si tales aportaciones se limitan por razón de la persona del aportante (existiendo un único límite subjetivo para toda la base) o si, por el contrario, quedan limitadas por el número de personas a favor de las cuales resulta posible efectuar, planteándose así la posibilidad de que varias aportaciones realizadas a favor de diferentes personas den lugar a varios límites independientes.

En todo caso el conjunto de reducciones en la base imponible a que van a dar lugar estas aportaciones van a producirse siempre en la correspondiente al aportante, ya sea porque éste efectúa de forma directa la aportación o porque la hace efectiva a su favor un tercero que le imputa la misma como ingreso, oneroso o gratuito. La

⁵ Como es sobradamente conocido, estas distintas posibilidades a las que nos referimos han obtenido diferentes repuestas en los diversos sistemas de previsión social creados al respecto, proyectándose tanto sobre el derecho a la reducción en base como sobre el gravamen que, en su caso, correspondería a las liberalidades que se produjeran.

aportación realizada podrá generar a ese tercero determinados beneficios fiscales: reducción en la base (como analizaremos a continuación), gasto deducible o deducción en la cuota del Impuesto personal que lo grave. Ahora bien, cabe igualmente la posibilidad de que ello no sea así.

Por otra parte, en la medida en que haya coincidencia entre la persona que aporta y la que posteriormente reciba las prestaciones, habiendo tributado la aportación o debiendo tributar en la persona del aportante-perceptor las aportaciones realizadas diferirán materialmente el gravamen de la renta obtenida en el período, la cual podrá o no contener la financiación de aquéllas mediante la reducción del importe de las mismas en la base imponible.

Queda claro por tanto que las aportaciones realizadas difieren el gravamen en tanto en cuanto su importe reduzca la base imponible. Sin embargo, debe diferenciarse a este respecto entre renta del período y flujos que financian las aportaciones, ya que éstas no tienen por qué diferir precisamente el gravamen que corresponda a los flujos que las financian.

La Ley 35/2006 no exige en ningún momento y de forma expresa que la financiación de las aportaciones se deba realizar, bien con la renta correspondiente al período, o bien con determinadas fuentes de renta (caso, concretamente, de los rendimientos del trabajo dependiente o de actividades económicas)⁶. Si así fuere el diferimiento operaría exclusivamente sobre la renta obtenida en el ejercicio en el que se efectuase la aportación, de manera tal que si ésta hubiese sido financiada con un ahorro concretado en las

⁶ En relación con esta cuestión apunta LAMOCA PÉREZ, C., «Los sistemas de previsión social en IRPF. Comentarios a las previsiones normativas de la nueva Ley y Reglamento», *Carta Tributaria Monografías*, núm. 14, 2007, pág. 9, que «quizá esta exigencia –se está refiriendo el autor a la exigencia de que la financiación de las aportaciones se realice con la renta del período o con determinadas fuentes de renta– con criterios de buena técnica tributaria debiera haberse exigido, pues estamos configurando la cuenta fiscal de un período determinado y la correlación ingresos-gastos-gravamen es una exigencia ortodoxa y elemental, pero qué duda cabe, complicaría notablemente la gestión del Impuesto y, sobre todo, estaría claramente fuera de la sintaxis «social» de las medidas».



rentas procedentes de otros ejercicios, el Impuesto diferido no sería el que pagaron aquéllas cuando fueron integradas en la base imponible, sino el de rentas actuales que no sirvieron para efectuar la aportación.⁷

El legislador optó pues por una ausencia de exigencia de correlación entre la renta del período y la financiación de la aportación. En efecto, la Ley del IRPF de 2006 se aparta del criterio seguido, por ejemplo, a la hora de configurar la aplicación de las deducciones por inversión en vivienda o por la apertura de una cuenta ahorro-empresa (art. 70 de la Ley), ya que no requiere de manera explícita que se incremente el patrimonio en el importe de la aportación. De este modo no se exige que el período impositivo de la aportación y de la consiguiente reducción de la base imponible coincida con el momento de la obtención y gravamen de la renta que financió la operación, dejándose abierta la posibilidad de que puedan efectuarse aportaciones provenientes del ahorro de rentas gravadas en ejercicios anteriores o incluso en ejercicios posteriores en el supuesto de que la financiación de la aportación se hubiese realizado con préstamos provenientes de terceros.

Por otra parte la Ley 35/2006 viene a establecer una limitación aparentemente cuantitativa y de tipo forfaitario respecto de las reducciones en la base que, en la mayoría de los casos, va a provocar que se origine la correlación entre la renta del período y la financiación de las aportaciones anteriormente indicada y, además, que la citada renta del período provenga de los rendimientos del trabajo dependiente o de actividades económicas.

¿Qué consideraciones nos sugiere esta multiplicación de las situaciones de diferimiento llevada a cabo por la Ley 35/2006? Desde nuestro punto de vista dado el carácter provisional que, por naturaleza, presentan estas situaciones, la

principal consecuencia es una considerable pérdida de agilidad en la aplicación del Impuesto. Y, por otra parte, creemos que se corre el riesgo de incurrir en situaciones de infra o de supraimposición.

Con carácter general las cantidades han de ser abonadas en virtud de contratos de seguro concertados con mutualidades de previsión social por profesionales no integrados en alguno de los regímenes de la Seguridad Social, sus cónyuges y familiares consanguíneos en primer grado o por los trabajadores de las citadas mutualidades, en la parte que tenga por objeto la cobertura de las contingencias previstas en el art. 8.6 del TRLRPF, y siempre que no hayan tenido la consideración de gasto deducible para los rendimientos netos de actividades económicas. En efecto, es necesario que las cantidades abonadas no hayan tenido la consideración de gasto deducible en los rendimientos de la actividad económica. *A priori* cabe pensar que no lo tendrían nunca, salvo en el caso especial contemplado en el segundo párrafo de la regla 1ª del art. 30.2 de la LIRPF; en este supuesto el gasto sería deducible hasta la cifra de 4.500 euros anuales, pudiendo reducir el exceso de la prima sobre dicha cifra la base imponible.

¿Cabría la posibilidad en estos casos de que el profesional pudiera optar entre considerarlo como gasto deducible o, en su caso, como aportación? A nuestro juicio se trataría de un supuesto de economía de opción para el obligado tributario. Y ello a pesar de que, al amparo de la redacción que presenta el párrafo segundo de la Regla 1ª del art. 30.2 de la Ley 35/2006, pudiera pensarse que aquellas aportaciones que no superen los 4.500 euros deben ser consideradas en todo caso como gastos deducibles.

Como segundo gran requisito de carácter subjetivo, dichas cantidades han de haber sido abonadas, en su caso, por: profesionales o empresarios individuales integrados en cualquiera de los regímenes de la Seguridad Social; sus cónyuges y familiares consanguíneos en primer grado, o por los trabajadores de las citadas mutualidades, igualmente en la parte que tenga por objeto la cobertura de las contingencias previstas en el art.

⁷ Ni que decir tiene que este criterio sería de gran ayuda a la hora de comparar el importe de lo abonado inicialmente con aquél que es objeto de diferimiento y con el que es pagado finalmente una vez que se recibe la prestación derivada de la aportación.



8.6 del TRLRPF. Nada se dice en este segundo caso acerca de que el gasto deba tener o no la consideración de deducible al estimar el legislador; acertadamente a nuestro juicio, que dicha apreciación no resulta necesaria. En efecto, sobre la base de lo dispuesto en la anteriormente citada regla 1ª del art. 30.2 de la LIRPF, dicha consideración no le sería atribuible.

Finalmente se contempla la posibilidad de que estas cantidades abonadas en virtud de contratos de seguro concertados con mutualidades de previsión social lo hayan sido por trabajadores por cuenta ajena o por socios trabajadores, incluyendo aquellas contribuciones del promotor que les hubiesen sido imputadas en concepto de rendimientos del trabajo, y siempre y cuando se efectúen de acuerdo con lo previsto en la Disp. Adic. 1ª del TRLRPF, con inclusión del desempleo para los citados socios trabajadores. E igualmente se requiere en este último supuesto que las contingencias cubiertas incluyan el desempleo de los socios trabajadores.

Como segundo gran condicionamiento de la reducción practicada por aportaciones y contribuciones a mutualidades de previsión social cabe señalar que los derechos consolidados de los mutualistas sólo podrán hacerse efectivos en los supuestos previstos, para los planes de pensiones, por el art. 8.6 del TRLRPF⁸. Dichas contingencias, a las que ya nos hemos referido, no son otras que las de jubilación, incapacidad laboral total y permanente para la profesión habitual o absoluta y permanente para todo trabajo y la gran invalidez, la muerte del partícipe o del beneficiario que pueda generar derecho a prestaciones de viudedad, orfandad o a favor de otros herederos o personas designadas y la gran dependencia o dependencia severa del partícipe.

De este modo viene a exigir el legislador un requisito cautelar respecto de las prestaciones, de

conformidad con el cual ha de existir un acuerdo de la mutualidad que únicamente posibilite cobrar las prestaciones cuando concurren las citadas contingencias previstas en el art. 8.6 del TRLRPF.

En todo caso deben efectuarse dos importantes precisiones de cara al tratamiento de las prestaciones procedentes de los sistemas contratados con mutualidades de previsión social. En primer lugar, que en ninguna de las anteriores situaciones las aportaciones realizadas tienen la consideración de gasto deducible, a excepción de las realizadas por los profesionales no integrados en la Seguridad Social. En este último caso la aportación efectuada sería gasto deducible hasta el límite de 4.500 euros anuales, operando por encima de dicha cifra como reducción de la base. Y, en segundo término, que las anteriores exigencias tienen la consideración de requisitos subjetivos del sistema de previsión regulado en el art. 51.2 de la LIRPF, de manera tal que, no cumpliéndose aquéllas, no estaríamos ante el supuesto allí regulado sino ante otro distinto.

En suma, las citadas aportaciones o contribuciones satisfechas en virtud de contratos de seguro concertados con Mutualidades de Previsión Social por profesionales o empresarios individuales integrados en cualquiera de los regímenes de la Seguridad Social reducen la base imponible en la parte que tenga por objeto la cobertura de las contingencias previstas para los planes de pensiones (jubilación, incapacidad, fallecimiento o dependencia) en el art. 8.6 del RDLeg. 1/2002, y siempre que no hayan tenido la consideración de gasto deducible para determinar el rendimiento neto de las actividades económicas.⁹

⁸ Téngase presente que la Disp. Final 5ª de la nueva LIRPF modifica este art. 8.8 del TRLRPF estableciendo que *«Las fechas y modalidades de percepción de las prestaciones serán fijadas libremente por el partícipe o por el beneficiario, en los términos que reglamentariamente se determinen y con las limitaciones que, en su caso, se establezcan en las especificaciones de los planes»*.

⁹ Desde 1999 se encuentra plenamente equiparada la tributación de los profesionales no integrados en la Seguridad Social con la de los integrados en alguno de los regímenes de la Seguridad Social. Esta equiparación se produce en el ámbito de las exenciones y en la determinación del rendimiento neto de la actividad profesional. De este modo, los pagos efectuados por los profesionales no integrados en la Seguridad Social a sus Mutualidades vienen a tener, a efectos fiscales, un doble carácter. De una parte, como sistema alternativo a la Seguridad Social, los pagos efectuados a las Mutualidades que cubran las mismas contingencias que la



Ciertamente de cara al futuro una medida beneficiosa susceptible de ser adoptada sería incrementar, hasta el 100% de la cuota máxima del régimen de autónomos, el límite de gasto deducible de los rendimientos de actividades económicas de profesionales no integrados en el régimen de la Seguridad Social, en concepto de cantidades abonadas a planes de previsión contratados con mutualidades de previsión social.

Por otra parte, la referencia efectuada por el legislador en el presente caso a las «*cantidades abonadas a Mutualidades de Previsión Social*», sin exigir al respecto que tales cantidades queden constituidas en el ámbito de un Colegio Profesional, posibilita acometer una interpretación flexible de la norma, que englobaría tanto a las cuantías abonadas por profesionales a la Mutualidad existente en el seno de sus respectivos Colegios Profesionales, como a aquellas otras cantidades que hubiesen sido abonadas a cualquier clase de Mutualidad de Previsión Social.

Dado que los profesionales a los que se está refiriendo el legislador en este apartado segundo del art. 51.2.a) de la Ley 35/2006 se encuentran integrados en el régimen de autónomos de la Seguridad Social, no resultará posible la deducción como gasto, a efectos de cuantificar el rendimiento neto en estimación directa, de aquella parte de las primas satisfechas a la mutualidad destinada a la cobertura de contingencias distintas a las previstas en el art. 8.6 del TRLPFP. Y es que, en estos casos, la Mutualidad actúa como sistema complementario y no alternativo al régimen de la Seguridad Social, siendo el beneficio fiscal concedido a las aportaciones semejante al de los planes de pensiones.

Por otra parte, para que estas cantidades abonadas a las mutualidades puedan ser objeto de reducción se requiere que las mismas sean efec-

tuadas por mutualistas que ejerzan su actividad profesional por cuenta propia y que, en consecuencia, tengan la consideración fiscal de profesional. Significa ello que no podrá hacerse uso de este beneficio fiscal cuando la adscripción al respectivo Colegio Profesional se produzca en calidad de «no ejerciente».¹⁰

Téngase presente en todo caso que sólo cabe la reducción en la base imponible del IRPF de las cantidades aportadas por profesionales ejercientes. La única excepción a esta regla general se plantea para el caso de deportistas profesionales que ya no ejerzan como tales quienes, como analizaremos más adelante, podrán realizar aportaciones con derecho a reducción a la Mutualidad de Previsión Social de deportistas profesionales.

Asimismo reducirán la base imponible las cantidades abonadas en virtud de contratos de seguro concertados con Mutualidades de Previsión Social que actúen como sistemas alternativos a planes de pensiones por trabajadores por cuenta ajena o socios trabajadores en la parte que tengan por objeto la cobertura de las contingencias anteriores y el desempleo para los socios trabajadores. Se incluyen también las contribuciones del promotor que les hubiesen sido imputadas en concepto de rendimientos del trabajo, cuando se efectúen de acuerdo con lo previsto en la Disposición Adicional 1ª del TRLPFP, relativa a la protección de los compromisos por pensiones con los trabajadores, con inclusión del desempleo para los citados socios trabajadores.

La citada Disposición Adicional 1ª del TRLPFP permite que los compromisos por pensiones derivados de obligaciones legales o contractuales del empresario con el personal de la empresa puedan instrumentarse mediante contratos de seguro concertados con mutualidades de previsión social. Se configura así una alternativa empresarial al sistema de los planes y fondos de pensiones que disfruta de un régimen fiscal semejante al disponerse que, en estos casos, las

Seguridad Social se equiparan a ésta y, en consecuencia, son gasto deducible con un límite máximo de 4.500 euros anuales. Y, como sistema complementario a la Seguridad Social, los pagos efectuados a la Mutualidad que no hayan tenido la consideración de gasto deducible y que cubran las contingencias de planes de pensiones, reducen la actualmente denominada base imponible general del Impuesto.

¹⁰ Así lo tiene declarado la DGT, entre otras, en contestaciones a Consultas de 18 de diciembre de 1996 y de 2 de julio de 1998.



aportaciones empresariales efectuadas junto con las particulares de los trabajadores por cuenta ajena o socios trabajadores se beneficien del mecanismo de reducción en base.¹¹

¿Qué consideraciones nos sugiere la referencia normativa efectuada por el legislador a los «socios trabajadores»? Es esta una figura característica, no ya sólo de las sociedades mercantiles, sino también de las cooperativas de trabajo asociado. Incluso en otras modalidades de cooperativas cabe aludir a los denominados «socios de trabajo», esto es, personas físicas cuya actividad cooperativizada consiste en la prestación de su trabajo personal en la cooperativa.¹²

Pues bien, a nuestro juicio, dado que se trata de figuras semejantes (baste indicar que a los «socios de trabajo» se les aplica, con determinadas salvedades, las normas establecidas en la Ley de Cooperativas para los socios trabajadores), la referencia contenida en el art. 51.2.a).3º de la LIRPF podría interpretarse en un sentido amplio, comprendiendo igualmente en su ámbito de aplicación a aquellas prestaciones empresariales que hubiesen sido realizadas a favor de los socios de trabajo.¹³

¹¹ La equiparación que, a efectos fiscales, se produce entre las aportaciones a planes de pensiones del sistema de empleo y las aportaciones a los seguros de vida colectivos concertados con mutualidades de previsión social, determina la aplicación a estas últimas de diversos aspectos básicos del régimen jurídico de los planes de pensiones, a saber: el límite financiero previsto al efecto en el RDLeg. 1/2002 para las aportaciones a dichos planes; la circunstancia de que los derechos consolidados de los mutualistas únicamente puedan hacerse efectivos en los supuestos previstos para los planes y el hecho de que las prestaciones de estos seguros de vida colectivos concertados con Mutualidades de Previsión Social tributen con sujeción a las mismas normas vigentes para las prestaciones de los planes de pensiones.

¹² Así lo dispuso en su momento el art. 13.4 de la Ley 27/1999, de 16 de julio, de Cooperativas.

¹³ De hecho, esta línea interpretativa que defendemos quedó respaldada tras la reforma del art. 4 del TRLRPF efectuada por la Ley 24/2001, que vino a extender la condición de partícipes a los socios trabajadores y de trabajo en los planes de empleo promovidos en el ámbito de las sociedades cooperativas y laborales. A mayor abundamiento, esta figura se encuentra igualmente presente en el ámbito de las Sociedades Laborales reguladas por la Ley 4/1997, de 24 de marzo, que los define como aquellos que prestan sus servicios retribuidos en forma personal y directa, precisando su art. 21 que «Todos los socios trabajadores de las sociedades labora-

Obsérvese como esta discriminación positiva puesta de manifiesto por el legislador del IRPF al equiparar el tratamiento de las contribuciones empresariales en ambos instrumentos de previsión no se ve acompañada de la imposición de unas mayores exigencias en el régimen jurídico de las mutualidades. En este sentido, resulta posible afirmar que el sistema de reducciones establecido en la base imponible del mutualista-trabajador quedaría garantizado incluso aunque los compromisos por pensiones amparasen únicamente a determinados colectivos.

¿No se estaría vulnerando entonces el principio de no discriminación, esencial en la configuración del régimen legal de los planes de pensiones? En nuestra opinión, así es¹⁴. El legislador del IRPF únicamente se preocupó de introducir determinadas modificaciones en el plano sustantivo del régimen de las mutualidades. Sin embargo, entre las restricciones impuestas no se encontraba la imposición de una igualdad de trato

les estarán afiliados al Régimen General o a alguno de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social, según proceda, incluidos los miembros de los órganos de administración, tengan o no competencias directivas».

¹⁴ Es cierto que, en el ámbito de los profesionales, el principio de no discriminación al que nos referimos se encuentra garantizado por el art. 64.3 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el cual, al referirse al régimen de incorporación voluntaria de los mutualistas a la mutualidad, precisa que no podrán oponerse límites para ingresar en la mutualidad distintos a los previstos en los estatutos por razones justificadas. Este criterio resulta reiterado además en el art. 6 del Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de las Mutualidades de Previsión Social, relativo a la voluntariedad de incorporación. Sin embargo dentro de la esfera empresarial la aplicación de este principio resulta más difusa, máxime si tenemos en cuenta que la propia Disp. Adic. 1ª del TRLRPF se está refiriendo a aquellos contratos de seguro que instrumenten los compromisos por pensiones, incluyendo como especie de los mismos a los contratos de seguro suscritos con mutualidades de previsión, pero incluyendo de forma conjunta los requisitos que deben reunir dichos contratos al objeto de poder instrumentalizar tales compromisos, reducidos básicamente al ejercicio del derecho de rescate. Por su parte el art. 27 del Real Decreto 1588/1999, de 15 de octubre, por el que se desarrollaba lo dispuesto en dicha Disposición Adicional, establece que «El contrato de seguro formalizado con mutualidades de previsión social que actúen como instrumento de previsión empresarial estará sujeto a las mismas exigencias que para la póliza de seguro colectivo sobre la vida se contiene en el presente reglamento».



entre los potenciales beneficiarios de las contribuciones.

Ello nos permite afirmar que, *a priori*, únicamente habrían de disfrutar del régimen de diferimiento aquellas primas que hubiesen sido abonadas a mutualidades de profesionales; en cambio, el tratamiento de las contribuciones efectuadas en el marco de los compromisos por pensiones asumidos en el ámbito empresarial mediante seguros colectivos, concertados o no con mutualidades, habría de resultar semejante.

Condiciona el legislador la aplicación de la reducción a que las aportaciones que se realicen (tanto directas como imputadas), obedezcan a la existencia de un compromiso por pensiones asumido por la empresa y derivado de las obligaciones legales o contractuales del empresario para con su personal. ¿Qué significa ello? sencillamente que deben existir contribuciones empresariales para que las aportaciones efectuadas por el trabajador puedan reducirse de la base imponible¹⁵. No creemos, en consecuencia, que puedan darse acuerdos por pensiones en los que sólo existan obligaciones unilaterales para los trabajadores que impliquen la aportación de cantidades a la mutualidad de previsión social.

Cabe no obstante plantearse hasta qué punto la congruencia de esta formulación no resulta alterada por lo establecido en la Disposición Adicional 9ª de la LIRPF, que prevé un supuesto particular de conformidad con el cual, pese a no existir un compromiso por pensiones suscrito entre la empresa y su personal, se permite excepcionalmente que puedan beneficiarse del régimen de reducciones en la base imponible las primas abonadas a mutualidades de previsión social por trabajadores por cuenta ajena siempre y cuando estos, previamente y durante al menos un año, hayan ejercido una actividad por cuenta propia y la entidad actuase hasta ese momento

¹⁵ En efecto, el supuesto contemplado por el legislador se enmarca dentro de la previsión empresarial, siendo la empresa quien asume la obligación de complementar las pensiones futuras de los empleados, pudiendo cubrir además las contingencias de fallecimiento e invalidez.

como sistema alternativo al régimen de autónomos de la Seguridad Social.¹⁶

En estos casos, a pesar de que la mutualidad no queda encuadrada dentro del marco de la previsión social empresarial, los trabajadores pueden deducirse por las aportaciones efectuadas, siempre y cuando, al margen de los requisitos ya examinados, exista un acuerdo de los órganos de la mutualidad que sólo permita cobrar las prestaciones cuando concurren las contingencias previstas en el art. 8.6 del TRLRFP.

Piénsese, por ejemplo, en el caso de aquellos profesionales que, con posterioridad, pasan a desarrollar su trabajo como trabajadores por cuenta ajena, continuando adscritos al correspondiente Colegio Profesional y a su mutualidad en calidad de no ejercientes. En tales supuestos, a pesar de que las aportaciones que puedan efectuar estas personas que no ejercen de manera efectiva su profesión no otorguen derecho alguno a practicar reducción en la base imponible del impuesto, sí que podrán beneficiarse del régimen de reducciones previsto en el art. 51 de la LIRPF, al amparo de lo establecido en su Disp. Adic. 9ª.¹⁷

¹⁶ Señala concretamente la citada Disposición Adicional 9ª de la Ley 35/2006 que «Podrán reducir la base imponible general, en los términos previstos en los artículos 51 y 52 de esta Ley, las cantidades abonadas en virtud de contratos de seguro, concertados con las mutualidades de previsión social que tengan establecidas los correspondientes Colegios Profesionales, por los mutualistas colegiados que sean trabajadores por cuenta ajena, por sus cónyuges y familiares consanguíneos en primer grado, así como por los trabajadores de las citadas mutualidades, siempre y cuando exista un acuerdo de los órganos correspondientes de la mutualidad que sólo permita cobrar las prestaciones cuando concurren las contingencias previstas en el artículo 8.6 del texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones».

¹⁷ De especial interés se muestra a este respecto la Resolución de la DGT de 12 de noviembre de 1999, dictada a propósito de una consulta planteada por la Confederación Nacional de Entidades de Previsión Social sobre el tratamiento que habrían de recibir determinadas primas abonadas por trabajadores que se hallaban en el régimen previsto en el art. 48.2 de la antigua LIRPF. La duda se suscitaba por el hecho de que buena parte de las mutualidades de previsión social integradas por profesionales colegiados contemplaban en sus estatutos sociales la adquisición de la condición de mutualistas por parte de aquellos trabajadores por cuenta ajena que prestaban sus servicios de administración y gestión en la propia mutualidad o en los colegios profesionales (que, como es sabido, suelen tener la consideración de socios o de



Ciertamente uno de los principales objetivos perseguidos por el legislador del IRPF en materia de previsión social ha sido el de lograr la plena equiparación entre el régimen fiscal previsto para los planes de pensiones y el establecido para los contratos de seguro concertados con mutualidades de previsión social. Ahora bien, la consecución de esta identidad entre ambos regímenes fiscales exige el establecimiento de una paridad correlativa entre ambos regímenes sustantivos. En efecto, la discriminación positiva que supone otorgar un tratamiento fiscal favorable a determinados instrumentos de ahorro-previsión en perjuicio de otros demanda proceder, con carácter previo, a una objetivación de los elementos y de los requisitos cuya concurrencia posibilita el disfrute de los correspondientes beneficios fiscales.

Pues bien, debido precisamente a las divergencias existentes entre el régimen jurídico previsto para las mutualidades de previsión social y el que caracteriza al sistema de los planes de pensiones (las cuales podrían llegar a impedir el otorgamiento de un tratamiento fiscal equitativo), el legislador opta por introducir determinadas restricciones que afectan a determinados aspectos sustantivos de las aportaciones efectuadas por los mutualistas. Así las cosas, mientras en materia de planes de pensiones la interconexión existente entre los regímenes sustantivo y fiscal se efectúa de manera simultánea y en un mismo texto legal, en el ámbito de las mutualidades de previsión social su regulación sustantiva resultó modificada por la antigua Ley 40/1998 en determinados aspectos, a los solos efectos de poder acceder al mismo régimen fiscal que caracteriza a los planes de pensiones.¹⁸

«sujetos protectores» de la propia mutualidad). Esta circunstancia suscitaba diversas dudas sobre el tratamiento fiscal que habían de recibir el conjunto de las primas satisfechas. El citado Centro Directivo concluyó que las referidas primas no tenían la consideración de deducibles ya que, a su juicio, tales trabajadores «no tienen la condición de profesionales, y las aportaciones no se efectúan a consecuencia de un compromiso por pensiones entre la empresa y su personal».

¹⁸ Quedaron no obstante fuera de la regulación diseñada al efecto determinadas cuestiones obviadas, tanto en la anti-

Estas contribuciones o aportaciones empresariales imputadas fiscalmente a los trabajadores o socios trabajadores para hacer frente a los compromisos por pensiones en los términos establecidos por la Disp. Adic. 1ª del RDLeg. 1/2002 tienen la consideración de rendimientos íntegros del trabajo con carácter de renta en especie, quedando exceptuadas de la obligación de ingreso a cuenta siempre que den derecho a reducir la base imponible.¹⁹

En efecto, constituyen rendimientos íntegros del trabajo las contribuciones o aportaciones satisfechas por los empresarios para hacer frente a los compromisos por pensiones en los términos previstos por la Disp. Adic. 1ª del TRLRPF y en su normativa de desarrollo, cuando aquellas sean imputadas a las personas a quienes se vinculen las prestaciones. Tal y como tendremos oportunidad de precisar, esta imputación fiscal tiene un carácter voluntario tratándose de contratos de seguro colectivo distintos de los planes de previsión social empresarial, debiendo mantenerse la decisión que se adopte respecto del resto de primas que se satisfagan hasta la extinción del contrato de seguro. No obstante, la imputación fiscal adquiere carácter obligatorio en los contratos de seguro de riesgo. Y en ningún caso detenta esta condición en los contratos de seguros en los que

guia LIRPF como en la LPPF y en su normativa de desarrollo relativas, por ejemplo, a la necesidad de dotar de una mayor aproximación en el ámbito de la previsión social empresarial a los planes de empleo y a los contratos de seguro instrumentados a través de mutualidades. Y ello a pesar de que la Proposición no de Ley presentada en su día sobre los sistemas complementarios de previsión social aludía de manera expresa a la necesidad de la tramitación de una Ley específica de Previsión Social Complementaria, al señalar que «la evidente dispersión normativa que existe en la actualidad entre los diversos sistemas de previsión social complementaria, que se encuentran regulados parcialmente en multitud de normas, no sólo de carácter sustantivo sino también de índole fiscal, hace aconsejable que la reforma de los sistemas de previsión social se aborde a través de una racionalización de la normativa reguladora mediante un texto legislativo de previsión social complementaria que integre todas las disposiciones legales al respecto».

¹⁹ En cambio, no tratándose de cantidades imputadas a mutualidades de previsión social que diesen derecho a reducción de la base imponible del IRPF del empleado, existiría obligación por parte del empresario de efectuar ingresos a cuenta sobre las aportaciones imputadas a los empleados y efectuadas a estas fórmulas alternativas a planes de pensiones del sistema de empleo.



se cubran conjuntamente las contingencias de jubilación y de fallecimiento o incapacidad.

Cabe no obstante precisar que, a tenor de lo dispuesto por el art. 17.1.e) de la LIRPF, sólo adquieren la consideración de rendimientos del trabajo aquellas cantidades satisfechas por los empresarios a los seguros de vida colectivos que cumplan las condiciones previstas en la citada Disp. Adic. 1ª del RDLeg. 1/2002 cuando las mencionadas cantidades hubiesen sido imputadas a aquellas personas a quienes se vinculen las prestaciones de estos seguros de vida colectivos. De este modo la imputación fiscal de las cantidades aportadas por el empresario a estos seguros de vida colectivos de los trabajadores no tendrá siempre un carácter obligatorio para el empresario. Es esta una circunstancia a la que se refiere implícitamente la propia Disp. Adic. 1ª del RDLeg. 1/2002 cuando alude en uno de sus párrafos a «(...) los contratos de seguro cuyas primas hayan sido imputadas a los sujetos a los que se vinculen los compromisos por pensiones (...)». Se está reconociendo de este modo la posibilidad de que existan contratos de seguro cuyas primas no resulten imputadas a los sujetos a quienes se vinculen los compromisos por pensiones.

En todo caso esta imputación fiscal tendrá carácter obligatorio en aquellos contratos de seguro de vida en los que, a través de la concesión del derecho de rescate o mediante cualquier otra fórmula, permitan su disposición anticipada.²⁰

Finalmente, también reducirán la base imponible las cantidades abonadas por trabajadores por cuenta ajena a Mutualidades de Previsión Social cuando, con carácter previo, estos trabajadores hayan desarrollado una actividad profesional y hubiesen utilizado la Mutualidad como sistema alternativo a la Seguridad Social. Ahora bien, la práctica de esta reducción exige un acuerdo de los órganos de la Mutualidad que

limite el cobro de las prestaciones a las contingencias previstas para planes de pensiones.

Cumplíendose todas las referidas condiciones la base imponible se reducirá en el importe de la prima que cubra la jubilación, muerte, invalidez o desempleo para los socios trabajadores. Se establece un límite máximo de aportación financiera anual a mutualidades de previsión social que coincide con el configurado para los planes de pensiones. Este límite es de 10.000 euros anuales para la suma de las aportaciones a mutualidades de previsión social realizadas por los mutualistas, no computándose las contribuciones empresariales. No obstante, en el caso de mutualistas mayores de 50 años, el límite anterior se incrementa hasta 12.500 euros, con el límite máximo de 24.250 euros para mutualistas de 65 años o más.²¹

Idénticas cantidades deberán ser tenidas en cuenta para las contribuciones empresariales realizadas por los promotores de mutualidades de previsión social que actúen como instrumento de previsión social empresarial a favor de los mutualistas e imputadas a los mismos. Las aportaciones propias que el empresario individual efectúe a mutualidades de previsión social de las que sea, a su vez, promotor y partícipe, deben entenderse incluidas dentro de este mismo límite.

Recuérdese que, desde el 1 de enero de 2002, los límites financiero y fiscal se computan de manera independiente para las aportaciones realizadas por el partícipe y las contribuciones empresariales que se le imputen. En efecto, la reforma efectuada por la Ley 46/2002 suprimió una importante restricción que afectaba al régimen de las mutualidades de previsión social en virtud de la cual se limitaban las aportaciones anuales máximas a las cantidades previstas en el art. 5.3 del TRLRPF, comprendiendo dentro del citado límite tanto las aportaciones efectuadas directamente por los mutualistas como aquéllas que hubiesen sido imputadas por los promotores.

²⁰ Y, a estos efectos, no se considerará que permiten la disposición anticipada los seguros que incorporen derecho de rescate para los supuestos de enfermedad grave o desempleo de larga duración.

²¹ Así por ejemplo, si un matrimonio decide hacer una declaración conjunta y ambos realizan aportaciones a mutualidades de previsión social, en el momento de calcular la reducción de la base imponible habrá de tenerse en cuenta los rendimientos de cada cónyuge individualmente.



Desde nuestro punto de vista se trata de una supresión acertada. Piénsese que carecía de sentido mantener un límite financiero de aportación en los abonos efectuados a mutualidades, máxime teniendo en cuenta que estas entidades se encuentran sujetas en el Impuesto sobre Sociedades a un tipo del 25%, no siendo en consecuencia comparable con el tipo cero de los fondos de pensiones.

El límite máximo de aportación financiera anual sólo afecta a los contratos cuyas aportaciones puedan ser objeto de reducción en la base imponible del IRPF. ¿Qué sucede con las cantidades aportadas en exceso sobre dicho límite? Estas cantidades no podrán ser objeto de minoración en el momento en que se perciban las prestaciones. No significa ello sin embargo, tal y como recordó la DGT en contestación a Consulta de 12 de noviembre de 1999, que en el caso de Mutualidades de profesionales o empresarios no puedan realizarse otras aportaciones a contratos distintos y separados, las cuales no serían reducibles en la base imponible.

Por otra parte los límites establecidos para estas aportaciones a mutualidades de previsión social en el sistema de empleo (al igual que sucede con los previstos para aquellas aportaciones realizadas a mutualidades en el sistema individual) se aplican de forma independiente e individualmente para cada mutualista integrado en la unidad familiar. De este modo, cuando se realicen aportaciones a ambos sistemas (individual y empleo), el límite correspondiente se duplicaría.

6.2. APORTACIONES REALIZADAS A MUTUALIDADES DE PREVISIÓN SOCIAL DE LAS QUE RESULTE PARTICIPE O TITULAR EL CÓNYUGE

Al amparo de la vigente regulación, aquellos contribuyentes cuyo cónyuge no obtenga rendimientos netos del trabajo ni de actividades económicas o los obtenga en cuantía inferior a 8.000 euros anuales podrán realizar aportaciones a mutualidades de previsión social en las que su cónyuge sea mutualista. Así lo establece el art. 51.7 de la LIRPF.

El hecho de que el citado art. 51.7 de la Ley 35/2006²² se refiera a «*los contribuyentes cuyo cónyuge no obtenga rendimientos netos del trabajo ni de actividades económicas o los obtenga en una cuantía inferior a 8.000 euros anuales*» parece dar a entender que se mantiene la necesidad de la existencia de una especie de «garantía inicial» concretada en el importe de los rendimientos netos del trabajo o de actividades económicas del período en el que se efectúa la aportación. Dicho de otro modo, todo dependerá de que el cónyuge disponga de este tipo y cuantía de rendimientos para poder hacer frente *per se* a su propio plan de previsión.

Este límite especial que afecta a las reducciones máximas en base dentro del ámbito de los sistemas de previsión social del cónyuge presenta un carácter especial por diversos motivos. En primer lugar, porque reduce la base del cónyuge que efectúa la aportación, no la del beneficiado por ella. En segundo término, debido a su cuantía, ya que sea cual sea la aportación, la reducción no podrá superar el límite máximo de 2.000 euros anuales. Y, finalmente, porque resulta independiente de los límites a las reducciones previstos en el art. 52 de la Ley 35/2006.

Así las cosas cabe la posibilidad de que el cónyuge no obtenga rendimientos netos del trabajo ni de las actividades económicas, obteniendo en cambio otro tipo de rentas distintas de las anteriores susceptibles de quedar integradas en la base imponible (caso, por ejemplo, de los rendimientos del capital). Dada esta situación resultaría posible aplicar la reducción, con independencia de la cuantía de los rendimientos del capital. Téngase presente que la LIRPF se limita a exigir que el cónyuge no obtenga rentas del trabajo ni de las actividades económicas.

E igualmente puede llegar a suceder que el cónyuge obtenga rendimientos netos del trabajo o de las actividades económicas en cuantía infe-

²² Regula este art. 51.7 de la Ley 35/2006 los sistemas de previsión social del cónyuge, disponiendo la aplicación de una reducción en la base imputable exclusivamente al cónyuge aportante, y no pudiendo efectuarse aportaciones propias del cónyuge beneficiario.



rior a 8.000 euros. Pues bien, igualmente en este segundo supuesto sería indiferente, a efectos de la aplicación de la reducción, la cuantía de los restantes rendimientos.

Desde nuestro punto de vista ha de estimarse que este límite es conjunto para las aportaciones realizadas a las citadas mutualidades, así como a planes de pensiones y planes de previsión asegurados de los que resulte titular el cónyuge. Por otra parte, aquellas transmisiones que se produzcan entre cónyuges como consecuencia de estas aportaciones, con el límite fijado, no estarán sujetas al Impuesto de Sucesiones y Donaciones. Y no creemos que se plantee inconveniente alguno en el hipotético caso de que la reducción por las aportaciones a favor del cónyuge se realice en el ámbito de la tributación conjunta.

Ningún límite específico establece el art. 51.7 de la LIRPF respecto de las aportaciones. Ello no obsta sin embargo para que, en función del entorno en el que se produzca la aportación, resulte necesario contar con las especialidades que tanto el régimen económico matrimonial como el límite especial sobre las reducciones originen. Dicha carencia de especialidad determina en consecuencia que los límites de las aportaciones y, en general, toda la normativa fiscal aplicable (salvo el límite de reducciones) sean las que provengan del sistema que se haya elegido.

Por lo que respecta al gravamen de las aportaciones que un cónyuge realice en favor del otro, el art. 51.7 de la Ley 35/2006 se limita, como hemos indicado, a señalar que las mismas no quedan sujetas al ISD. Ahora bien, ¿Significa ello que lo estarán al IRPF? *A priori* el art. 17 de la LIRPF no incluye de manera expresa a estas aportaciones entre los rendimientos del trabajo. No obstante, y al igual que sucede con las aportaciones efectuadas a seguros de gran dependencia o de dependencia severa, procede la aplicación de la normativa reguladora de los planes de pensiones en todo lo relativo a las aportaciones, prestaciones y contingencias que no haya sido regulado expresamente en el sistema de previsión elegido para configurar el plan del cónyuge.

No obstante, y sin perjuicio de lo anterior, hemos de reconocer que las motivaciones podrían llegar a ser otras. Piénsese que si adoptásemos una interpretación estricta de los límites porcentuales previstos en el art. 52.1 de la LIRPF podría concluirse que, no existiendo rendimientos del trabajo o de actividades económicas, el límite del 30 ó del 50% previsto al efecto se aplicaría sobre cero, siendo este el resultado. La aportación realizada no podría superar esta cifra (cero) y, en consecuencia, no se admitiría ninguna cantidad.²³

Por otra parte es un hecho innegable que la aportación quedará gravada como prestación en el momento oportuno, lo que quizás explique que no se califique expresamente de rendimiento la aportación, tal y como sucede tratándose de aportaciones del promotor a los planes de pensiones y, en general, respecto de todos los supuestos de retribuciones en especie. Sucede no obstante que el no sometimiento a gravamen de la aportación determina, como principal consecuencia, que no nos hallemos ante un supuesto de diferimiento material del tributo, derivando la reducción del hecho imponible de la aportación y el diferimiento del hecho imponible de la prestación.

En todo caso las prestaciones procedentes de los sistemas de previsión social del cónyuge seguirán el régimen del sistema de previsión por el que se haya optado, no pudiendo originarse supuestos de superposición por doble gravamen de las aportaciones, salvo que se estime que se trata de rendimientos del trabajo del cónyuge favorecido.

Aquellos mutualistas cuyas aportaciones no hubieran podido ser objeto de reducción por insuficiencia de la base imponible podrán solicitar que las cantidades aportadas, incluyendo, en su caso, las aportaciones del promotor que les hubiesen sido imputadas, puedan ser objeto de reducción en los cinco ejercicios siguientes. Esta regla no puede aplicarse, sin embargo, cuando las aportaciones y contribuciones excedan de los

²³ Únicamente el cónyuge que tuviese rendimientos sería el que podría subsanar esta situación mediante la aportación a un plan *ad hoc*, a pesar de que el otro cónyuge tuviese rentas suficientes para hacerlo.



límites máximos previstos para aportaciones anuales y del límite máximo conjunto.²⁴

La solicitud debe realizarse en la declaración del IRPF correspondiente al ejercicio en que las aportaciones realizadas no hubieran podido ser objeto de reducción por insuficiencia de base imponible. La imputación del exceso tendrá lugar respetando los límites legalmente establecidos. En este sentido, cuando en el período impositivo en que se produzca el exceso concurren aportaciones del contribuyente y contribuciones imputadas por el promotor, la determinación de la parte del exceso que corresponda a unas y otras tendrá lugar en proporción a los importes de las respectivas aportaciones y contribuciones. Y concurriendo aportaciones realizadas en el ejercicio con otras de ejercicios anteriores que no hubiesen podido ser objeto de reducción por insuficiencia de base imponible, habrá que estimar reducidas, en primer lugar, las correspondientes a años anteriores.

6.3. APORTACIONES PROVENIENTES DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS EJERCIDAS POR OBLIGADOS TRIBUTARIOS EN EL IRPF

A efectos de poder analizar el tratamiento fiscal de las aportaciones a los seguros de vida concer-

²⁴ Esta regla, prevista en principio para las aportaciones a planes de pensiones, se extiende a las cantidades aportadas a los seguros de vida colectivos concertados con mutualidades de previsión social, admitiéndose por ejemplo que los trabajadores puedan solicitar la reducción en los cinco ejercicios siguientes de las cantidades imputadas por el empresario o aportadas por ellos mismos que no hubiesen reducido la base imponible por exceder de los límites fijados a esta reducción. En un sentido contrario se pronunciaron en su día GORDILLO, M., NÚÑEZ, I., JIMÉNEZ, E. y REY, F., *El Impuesto sobre la Renta. Comentarios a la Ley 40/1998 y a su Reglamento*, Colección Garrigues & Andersen, Marcial Pons, Madrid, 1999, para quienes la falta de correlación entre el título del art. 50 ter del antiguo Real Decreto 214/1999, de 5 de febrero, por el que se aprobaba el Reglamento del IRPF, relativo a «excesos de aportaciones a planes de pensiones y mutualidades de previsión social no reducibles en el ejercicio» (actual art. 51 del RD 439/2007, de 30 de marzo) y su contenido, que sólo aludía a las aportaciones a planes de pensiones sin referencia alguna a las mutualidades, denotaba la dificultad que entraña extender su aplicación a dichas mutualidades.

tados con mutualidades de previsión social conviene igualmente dilucidar si las mismas tienen o no la consideración de gasto deducible de la actividad económica. Para ello ha de diferenciarse, igualmente, entre aportaciones realizadas por profesionales y efectuadas por empresas o empresarios.

En principio las cantidades abonadas por el empresario o profesional en virtud de contratos de seguro concertados con mutualidades de previsión social no tienen la consideración de gasto deducible. El motivo de su no deducibilidad como gasto es precisamente su consideración como reducciones de la base imponible para calcular la base liquidable.

Ahora bien, como ya hemos puesto de manifiesto, los profesionales o empresarios individuales podrán deducirse en su IRPF en concepto de gasto y al objeto de determinar el rendimiento neto en la modalidad de estimación directa (normal o simplificada) las cantidades abonadas en virtud de contratos de seguro concertados con Mutualidades de Previsión Social siempre que no se hallen integrados en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos y dichas mutualidades actúen como alternativas al citado régimen especial de la Seguridad Social, en la parte que tenga por objeto la cobertura de contingencias atendidas por la Seguridad Social.²⁵

Por tanto, las aportaciones deben ser efectuadas por profesionales no integrados en alguno de los regímenes de la Seguridad Social, en la parte que tenga por objeto la cobertura de las contingencias de jubilación, incapacidad y fallecimiento, y siempre que no hubieran tenido la consideración de gasto deducible para la determinación de los rendimientos netos de actividades económicas.²⁶

²⁵ De este modo las cotizaciones al régimen especial de trabajadores autónomos de la Seguridad Social del titular de la actividad tendrán la consideración de gasto fiscalmente deducible para determinar el rendimiento neto de la actividad económica en régimen de estimación directa. Pero no así en régimen de estimación objetiva. Véase en este sentido, la contestación a Consulta de la DGT de 22 de junio de 2000.

²⁶ Véase a este respecto la contestación de la DGT a Consulta de 20 de febrero de 2007 en la que se señala que, si bien



El límite de la deducción es de 4.500 euros anuales, y sólo podrá aplicarse cuando tales seguros cubran las mismas contingencias que la Seguridad Social. Así, cuando las aportaciones las realice un profesional no integrado en la Seguridad Social y la mutualidad actúe como sistema de cobertura alternativo, aquéllas tendrán la consideración de gasto deducible de la actividad económica hasta el referido importe.

La deducibilidad de estas aportaciones es incompatible con el régimen de reducción en la base imponible del Impuesto, de manera que aquellas aportaciones que no hubiesen resultado deducibles por exceder del límite de 4.500 euros podrán ser reducidas en la base imponible del IRPF en la medida que tuviese por objeto la cobertura de las contingencias del art. 8.6 del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, con sujeción a los límites y requisitos ya analizados.

A este respecto, se exige en primer lugar que el mutualista sea trabajador por cuenta ajena. Asimismo debe haber realizado aportaciones a la misma Mutualidad como profesional ejerciente al menos durante un año. Finalmente, ha de existir un acuerdo de los órganos de la Mutualidad que permita únicamente cobrar las prestaciones cuando concurren las mismas contingencias previstas para los

las cuotas abonadas por un socio como mutualista a la mutualidad de previsión social de su Colegio Profesional no tienen la consideración de gasto deducible de los rendimientos íntegros del trabajo, de cara a su consideración como gasto deducible de los rendimientos de actividades económicas resulta exigible que el mutualista ejerza la actividad profesional por cuenta propia y que la mutualidad actúe como alternativa al régimen de la Seguridad Social. Añade además el citado Centro Directivo que su aplicación como reducción de la base imponible exigirá que se trate de un mutualista ejerciente de la actividad profesional, que no se haya considerado gasto deducible de cara al cálculo de los rendimientos netos de la actividad económica y que cubra contingencias análogas a las previstas para los planes de pensiones. Y, a juicio de la DGT, en la medida en que el pago a la mutua de previsión social correspondiente al socio responda a la contraprestación del trabajo que este presta a la sociedad y dicho gasto se halle contabilizado, el mismo será deducible en la determinación de la base imponible, ya que la normativa reguladora del IRPF no contiene precepto alguno que limite la deducibilidad de dicho gasto.

planes de pensiones, esto es, jubilación, fallecimiento e invalidez permanente. En cualquier caso esta circunstancia no debe ser confundida con las aportaciones de los no ejercientes que no den derecho a reducción en la base imponible del IRPF.

En el caso de mutualistas que tienen la consideración de pensionistas por jubilación de la Seguridad Social y que continúan con el ejercicio de una actividad por cuenta propia abonando las cuotas a la mutualidad, la permanencia en esta última no presenta los efectos que la Seguridad Social atribuye al alta en el régimen especial de autónomos. Significa esto que la mutualidad no actúa como alternativa a la Seguridad Social y que las cantidades abonadas a la misma no se consideran como gasto deducible.²⁷

Por otra parte, al margen de la consideración como deducibles a efectos del IS en el desarrollo de una actividad económica de las aportaciones realizadas a favor de terceros y financiadas con elementos afectos o con rentas procedentes de dicha actividad, dando derecho a practicar la deducción en la cuota del Impuesto (cuestión a la que posteriormente nos referiremos), cabe la posibilidad de plantearse si dichas aportaciones pueden aplicarse a la reducción de la base imponible en el IRPF.

Pues bien desde nuestro punto de vista, partiendo de que una reducción en la base representa una mera detracción de una determinada cantidad que se haya incluida dentro de la misma, cabría estimar que si la aportación en cuestión ha sido deducida previamente como gasto deducible de los ingresos, no estaría incluida en la base imponible y, en consecuencia, no podría destinarse a reducir el importe de la misma. Y ello sin perjuicio de que la referida contribución-aportación pueda tener, como hemos visto, la consideración de gasto deducible cumpliéndose los requisitos contemplados en los arts. 28 y 30 de la LIRPF que, con carácter general, vienen a ser los mismos que los previstos en el Impuesto sobre Sociedades, con las siguientes especialidades: no tienen la consideración de gastos deducibles los

²⁷ Véase a este respecto lo dispuesto por la DGT en Contestación a Consulta de 23 de mayo de 2000.



conceptos previstos en el art. 14.3 del TRLIS; y lo mismo sucede con las aportaciones realizadas a mutualidades de previsión social del propio empresario o profesional, si bien pueden reducir su base de IRPF, excepto en el caso de los profesionales no integrados en el régimen especial de la Seguridad Social (art. 30.2.1ª LIRPF).

Por lo que respecta a la posibilidad de que resulte de aplicación la deducción en la cuota prevista en el art. 43 del TRLIS para contribuciones empresariales a mutualidades de previsión social que actúen como instrumento de previsión social empresarial (además de a planes de pensiones de empleo, a planes de previsión social empresarial en sentido estricto y a patrimonios protegidos de las personas con discapacidad), parece claro que dicha deducción será de aplicación siempre y cuando se cumplan los requisitos previstos al efecto²⁸. Es más, el hecho de que puedan aplicarse en determinados casos diversos porcentajes de reducción de la progresividad (pudiendo originarse además supuestos de transmisión de derechos hacia beneficiarios de la prestación no aportantes), parece haber impulsado al legislador a adoptar esta sistemática de actuación.

6.4. APORTACIONES EFECTUADAS DESDE ACTIVIDADES ECONÓMICAS SUJETAS AL IMPUESTO SOBRE SOCIEDADES

Refiriéndonos a aquellas situaciones en las que el aportante que financia planes de previsión de terceros tiene la consideración de contribuyente del IS habrá que estar a lo dispuesto en las normas reguladoras del citado Impuesto, tanto respecto a su consideración de gasto deducible como respecto del derecho a deducir en cuota que pudieren llegar a ocasionar.

Pues bien, analizando en primer lugar la cuestión relativa a la deducibilidad de estas partidas como gasto baste señalar que ha de respetarse la exigencia general contenida en la Ley del Impuesto y, en particular, la correlación con la obtención de los ingresos, de acuerdo con lo establecido en el art. 14 del TRLIS. Y, en la medida en que resulten obligatorios y necesarios para la empresa (ya sea como aportaciones a sistemas complementarios de pensiones o porque así lo exija cualquier otra circunstancia que esté relacionada con la referida exigencia de correlación), tendrán la consideración de deducibles.²⁹

Es concretamente el art. 43 del RDL 4/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido del Impuesto sobre Sociedades, el encargado de referirse a las deducciones por contribuciones empresariales a contratos de seguro concertados con Mutualidades de Previsión Social a favor de los trabajadores por cuenta ajena para hacer frente a los compromisos por pensiones en los términos previstos en la Disp. Adic. Primera del RDLeg 1/2002. Dispone a este respecto la citada Disp. Adic. Primera del RDLeg. 1/2002 en su primer inciso que «*Los compromisos por pensiones asumidos por las empresas, incluyendo las prestaciones causadas, deberán instrumentarse desde el momento en que se inicie el devengo de su coste, mediante contratos de seguro, a través de la formalización de un Plan de Pensiones o de ambos. Una vez instrumentados la obligación y responsabilidad de las empresas por los referidos compromisos por pensiones se circunscribirán exclusivamente a las asumidas en dichos contratos de seguro y Planes de Pensiones*». Obsérvese por tanto que sólo se admiten como fórmulas alternativas a los planes de pensiones del sistema de empleo los contratos de seguro formalizados con mutualidades de previsión social o con otras entidades aseguradoras.³⁰

²⁸ Cuestión distinta sería la relativa a la posibilidad de que dichas aportaciones reduzcan la base del IRPF. En este último caso conviene tener presente lo dispuesto en el art. 54.4 de la Ley 35/2006, de conformidad con el cual en supuestos de aportación de elementos afectos a la actividad a patrimonios protegidos de las personas con discapacidad no se genera el derecho a la práctica de la reducción.

²⁹ Conviene no obstante tener presente a este respecto la especialidad relativa a la no deducibilidad de los gastos de dotación de fondos internos para la cobertura de contingencias similares a las recogidas en el Texto Refundido de la Ley Reguladora de los Planes y Fondos de Pensiones, tal y como establece el art. 14.1.f) del TRLIS.

³⁰ A este respecto conviene recordar que la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, previó la desaparición, con efectos

Los compromisos por pensiones se vinculan a aquellos que coincidan con las prestaciones susceptibles de ser cubiertas por los planes de pensiones, resaltando el carácter de fórmulas alternativas a los del sistema de empleo que se otorga a los seguros formalizados con mutualidades de previsión social u otras entidades aseguradoras. La instrumentación de los compromisos por pensiones, conforme a lo dispuesto por la Disp. Adic. Primera del RDLeg. 1/2002, afectará a los compromisos por pensiones asumidos por la empresa respecto de los jubilados y beneficiarios.³¹

Desde el punto de vista del empleado estas contribuciones constituyen una retribución en especie del trabajo que estará exenta del ingreso a cuenta si la contribución da derecho a reducir la base imponible. Pero además tienen la consideración de gasto fiscalmente deducible en el impuesto personal del empresario. En efecto, las aportaciones realizadas a sistemas de previsión

social a favor de terceros adquieren la consideración de gasto deducible, siendo indiferente a este respecto el sistema de previsión a que se efectúen, siempre y cuando se atengan a las exigencias generales contenidas en el art. 14 del TRLIS.

Por lo que respecta al beneficio fiscal de las deducciones en cuota, habremos de tener en cuenta lo establecido en el art. 43 del TRLIS, precepto en el que se contempla la aplicación del beneficio de las deducciones en cuota exclusivamente para los siguientes sistemas de previsión social: contribuciones empresariales a planes de pensiones de empleo; contribuciones a mutualidades de previsión social que actúen como instrumento de previsión social empresarial; aportaciones a planes de previsión social empresarial; y aportaciones a patrimonios protegidos de las personas con discapacidad.

Así, con efectos desde el 1 de enero de 2002 las contribuciones empresariales realizadas a mutualidades que actúen como instrumento de previsión empresarial dan derecho a practicar una deducción en la cuota íntegra del Impuesto de Sociedades del promotor del 10% de las contribuciones empresariales imputadas a favor de los trabajadores con retribuciones brutas anuales inferiores a 27.000 euros, siempre y cuando dichas contribuciones se realicen a mutualidades de previsión social que actúen como instrumento de previsión social de los que resulte promotor el sujeto pasivo.³²

En aquellos supuestos en que se trate de trabajadores con retribuciones brutas anuales iguales o superiores a 27.000 euros, la deducción se aplicaría sobre la parte proporcional de las contribuciones empresariales y aportaciones que correspondan al importe reseñado de la retribución anual.³³

desde el 1 de enero de 2011, de esta deducción por contribuciones empresariales a planes de pensiones de empleo, a mutualidades de previsión social que actúen como instrumento de previsión social empresarial, a planes de previsión social empresarial o por aportaciones efectuadas a patrimonios protegidos de las personas con discapacidad. Ahora bien, para aquellos períodos impositivos que se iniciasen en el 2007, y hasta la derogación anunciada de esta deducción, el crédito fiscal del 10% previsto se aplicaría también sobre las aportaciones transfronterizas a planes de pensiones regulados en la Directiva 2003/41/CEE.

³¹ Téngase presente que en ningún caso resulta admisible la cobertura de estos compromisos mediante dotación por el empresario de fondos internos o instrumentos similares que supongan el mantenimiento por parte de éste de la titularidad de los recursos constituidos. Así lo dispuso en su momento el último inciso de la Disp. Adic. Primera de la Ley reguladora de Planes y Fondos de Pensiones en la redacción dada por el número 19 de la Disp. Adic. 11ª de la antigua LOSSP. Ahora bien sin perjuicio de lo anterior la Disp. Transit. 14ª de la LOSSP señalaba en su número 2 que «*excepcionalmente podrán mantenerse los compromisos por pensiones asumidos mediante fondos internos por las entidades de crédito, las entidades aseguradoras y las sociedades y agencias de valores*». Tal y como ponen de manifiesto ÁVALOS MUÑOZ, L. M. y ALBIÑANA GARCÍA-QUINTANA, C., *Prólogo a la Tercera Edición de la recopilación legislativa Planes y Fondos de Pensiones e Instituciones de Previsión Social*, Tecnos, 1996, pág. 59, la prohibición de fondos internos y la correlativa obligación de las empresas de instrumentar los compromisos por pensiones de sus empleados a través de Planes de Pensiones o de contratos de seguros formalizados con Mutualidades de Previsión Social o con otras entidades aseguradoras distintas constituyeron en su momento las dos principales modificaciones introducidas por la LOSSP en materia de previsión social.

³² Recuérdese que estas contribuciones cuentan con un límite conjunto con las contribuciones empresariales realizadas a planes de pensiones, (caso por ejemplo de quienes trabajan con dos empresas, una con plan de pensiones y la otra con una mutualidad de empresa). Pero se trata de un límite independiente del fijado a las aportaciones que el propio partícipe pueda realizar por su cuenta.

³³ Dentro de las «retribuciones brutas anuales» se han de considerar incluidas la totalidad de los rendimientos sujetos al IRPF, no computándose lógicamente aquellas rentas que pudieran calificarse como exentas. Todo ello con independencia del denominado «salario pensionable», magnitud ésta



Para que puedan practicarse estas deducciones deben cumplirse varios requisitos a los que se refiere igualmente el RDLeg. 4/2004. En primer lugar, las aportaciones han de imputarse fiscalmente a cada partícipe. Tal y como señala ALONSO MURILLO³⁴, al tratarse de una fórmula alternativa a los planes de pensiones del sistema de empleo resulta lógico utilizar, con las correspondientes adaptaciones, el mismo concepto de imputación fiscal empleado para las aportaciones de los promotores a los Planes de Pensiones del sistema de empleo. Y, de acuerdo con lo dispuesto por el art. 17.1.e) de la Ley 35/2006, al que ya nos hemos referido con anterioridad, la imputación fiscal tendrá carácter obligatorio en los contratos de seguros de vida que, a través de la concesión del derecho de rescate o mediante cualquier otra fórmula, posibiliten su disposición anticipada por parte de las personas a las que se vinculen las prestaciones.

En segundo término, ha de transmitirse de forma irrevocable el derecho a la percepción de las prestaciones futuras. La deducibilidad por el empresario de sus aportaciones o contribuciones a fórmulas alternativas a planes de pensiones requiere la transmisión irrevocable del derecho a la percepción de las prestaciones futuras. Obsérvese como este requisito impide que aquel sujeto que recibe la imputación de tales contribuciones pueda no resultar titular de los fondos constituidos.³⁵

que no puede ser tomada en consideración a los efectos de aplicar la deducción.

³⁴ ALONSO MURILLO, F., *Los sistemas privados de pensiones en la imposición estatal sobre la renta (IRPF e Impuesto sobre Sociedades)*, ob. cit., pág. 163.

³⁵ Queda así solucionado el problema relativo a la integración en la base imponible del IRPF del sujeto de meras expectativas de renta, que se planteó en su momento con anterioridad a la aparición de la antigua Ley 43/1995, reguladora del IS. Y es que la Disp. Adic. 1ª de la Ley de Planes y Fondos de Pensiones, en su redacción original, contenía una regulación específica para aquellos supuestos en los que el sujeto que recibía la imputación de las aportaciones del empresario no resultaba titular de los fondos constituidos, permitiéndose aplazar el pago de la deuda tributaria derivada de la obligación de integrar las cantidades imputadas en la base imponible del IRPF y estableciéndose además que, reglamentariamente, se determinaría la periodicidad del pago de la referida deuda con cargo a rentas efectivamente percibidas, con el objeto de atenuar los efectos producidos con el ilógico gravamen de una simple expectativa de renta.

Finalmente el empresario sólo podrá deducir en la imposición personal sobre la renta las aportaciones efectuadas a la fórmula alternativa al plan de pensiones cuando transmita la titularidad y la gestión de los recursos en que consistan dichas contribuciones. Esta transmisión de la titularidad y de la gestión de los recursos supone excluir la deducibilidad de las dotaciones efectuadas a fondos internos, esto es, de aquellos fondos de los que se tenga la titularidad o simplemente la gestión.

Queda claro por tanto que las aportaciones realizadas a sistemas de previsión social en favor de terceros podrán dar lugar a la práctica de deducciones en la cuota dentro del IS, si bien exclusivamente las efectuadas a mutualidades de previsión social que actúen como instrumento de previsión social empresarial (además de a planes de pensiones de empleo, a planes de previsión social empresarial y a patrimonios protegidos de las personas con discapacidad).

Tratándose de aportaciones no dinerarias, estas habrán de valorarse de acuerdo con lo previsto en el art. 18 de la Ley 49/2002, de Mece-nazgo, no tributando en el Impuesto las rentas positivas que se pusieran de manifiesto con ocasión de aportaciones no dinerarias para contribuciones empresariales a patrimonios protegidos de personas discapacitadas.

Nótese que los excesos de la aportación sobre la prestación, en aquellos supuestos en los que esta segunda no se reduce totalmente en base resultan incluidos doblemente en el Impuesto: en primer lugar, en el instante en que esa parte de la aportación no puede reducir; y, en segundo término, cuando se percibe como prestación. Ahora bien, ¿equivale esta doble inclusión a la existencia de situaciones de sobreimposición? A nuestro juicio, no. Es cierto que el exceso de aportación pasa dos veces por base imponible, siendo en consecuencia gravado en dos ocasiones. En base a ello podría estimarse, además, que nos hallamos ante el doble gravamen de una misma renta, en contra de lo dispuesto en el art. 6.1 de la Ley 35/2006, que define el hecho imponible del IRPF como *«la obtención de renta por el contribuyente»*. Porque si la renta en cuestión ha sido gravada ya en el instan-



te de la no reducción del exceso de aportación, no procedería gravarla en el instante de la percepción. Así las cosas no cabría hablar de la obtención de renta sino, en su caso, de la devolución de un importe. En otras palabras, no existiría hecho imponible ni tampoco capacidad económica, sino una situación de doble imposición.

Ahora bien, ¿cabe estimar realmente que quedó gravada la renta en el instante en el que el exceso de aportación no pudo reducir la base? ¿Fue la renta objeto de gravamen tal y como se dispone en la normativa del Impuesto? Desde nuestro punto de vista se ha de entender que no. Y es que, a pesar de que formalmente estemos en presencia de dos hechos imposables autónomos (el hecho imponible aportación y el hecho imponible prestación), el gravamen material de una única base (concretamente, de los excesos de aportación a los sistemas de previsión social), tiene lugar en dos momentos, en el de la aportación y en el de la prestación.

En consecuencia, a pesar de que formalmente pueda defenderse la existencia de un doble gravamen (dos hechos imposables sobre la misma renta), únicamente podemos hablar de la existencia de *infra* o de *supra* imposición en aquellos casos en los que se produce un mayor o menor gravamen total por adición de las cuotas generadas en esos dos momentos respecto a la cuota que hubiera correspondido en caso de no haberse acogido a los beneficios fiscales que ofrecen los sistemas de previsión social.

Queda claro por tanto que, siempre que el contribuyente opte por la suscripción de un sistema de previsión social, las prestaciones que puedan derivarse tributarán en toda su cuantía, lo que motiva que se limiten las aportaciones, obviándose además la doble tributación de los excesos. Y ello con independencia de que en el momento en el que se perciba la prestación la progresividad del Impuesto pueda resultar más baja, pudiendo llegar a compensar la reducción que se produzca el gravamen de toda la prestación.³⁶

³⁶ Pensemos, por ejemplo, en aquellos casos en los que el beneficiario del sistema de previsión social deje de percibir sus rentas en activo pasando a adquirir la condición de pensionista.

¿Son deducibles a este respecto aquellas primas pagadas por el empresario a un seguro colectivo de vida para los empleados de los denominados «de gestión activa» o *unit linked*, en los que la empresa tomadora conserva la posibilidad de gestionar las inversiones de los fondos constituidos asumiendo el riesgo de la inversión? *A priori* el art. 27.4 del Reglamento sobre la Instrumentación de Compromisos por Pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios permite el uso de esta modalidad de seguro para hacer frente a los compromisos por pensiones, al disponer que «Sólo se podrán utilizar los contratos de seguros en los que el riesgo de la inversión es asumido por el tomador para instrumentar compromisos por pensiones que incorporen la contingencia de la jubilación en la modalidad de aportación definida y otra contingencia de aportación definida».

Desde nuestro punto de vista, si la empresa decide trasladar esta capacidad de gestión a los empleados dejando en sus manos la decisión relativa al destino de las inversiones reflejadas en los fondos constituidos, la deducibilidad de las primas pagadas por el empresario no debe plantear ninguna duda. Cuestión distinta se plantea si la empresa opta por retener la capacidad de gestión de los fondos constituidos, en cuyo caso la deducibilidad de las primas pagadas por el empresario se presenta, a nuestro juicio, más dudosa.

Es cierto que la literalidad de la letra c) del art. 13.3 del RDLeg. 4/2004 imposibilita la deducción de las contribuciones satisfechas para la cobertura de contingencias análogas a las de los planes de pensiones cuando no se transmita la gestión de los recursos en que consistan dichas contribuciones. En base a ello parecería que ha de excluirse la deducibilidad de las primas pagadas por el empresario al seguro colectivo de vida cuando éste retiene la capacidad de gestión de los fondos constituidos.

A nuestro juicio, sin embargo, resulta igualmente posible considerar, a pesar de la dicción literal derivada del citado precepto, que lo establecido en el mismo únicamente pretende excluir la utilización de contratos de administración que



no resulten ser verdaderos seguros, circunstancia ésta que no se da en los *unit linked*, que constituyen auténticos seguros en los que la empresa tomadora se limita únicamente a decidir la gestión de los fondos constituidos sin adquirir la titularidad de los mismos.³⁷

En todo caso no resultarán deducibles en su imposición personal sobre la renta las aportaciones realizadas por entidades de crédito, entidades aseguradoras o sociedades o agencias de valores a los fondos internos destinados a cubrir los compromisos por pensiones asumidos con el personal que excepcionalmente podían mantener, al amparo de lo dispuesto por el número 2 de la Disp. Transit. 14ª de la antigua LOSSP.³⁸

6.5. APORTACIONES A MUTUALIDADES DE PREVISIÓN SOCIAL CONSTITUIDAS A FAVOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Existen diversas normas y límites específicos en relación con aportaciones y contribuciones a mutualidades de previsión social constituidas a favor de personas con discapacidad, objeto de regulación en el art. 53 de la Ley del IRPF, relativo a los sistemas de previsión social constituidos a favor de personas con discapacidad, y en el que se establecen los límites para las reducciones atendiendo al conjunto de las aportaciones efectuadas a favor de una misma persona. A

³⁷ Véase en este sentido SÁNCHEZ-MORENO GÓMEZ, J., «El régimen fiscal de los sistemas empresariales de previsión social privada», *Impuestos*, núm. 8, 2000, pág. 31.

³⁸ Cabe reseñar, además, la desaparición como requisito para la deducibilidad en la imposición personal sobre la renta del empresario de sus contribuciones a fórmulas alternativas a planes de pensiones, de la circunstancia relativa a la obligatoriedad de dichas contribuciones para el pagador. Tal y como pone de manifiesto ALONSO MURILLO, F., *Los sistemas privados de pensiones en la imposición estatal sobre la renta (IRPF e Impuesto sobre Sociedades)*, ob. cit., pág. 166, esta desaparición se encuentra estrechamente relacionada con lo dispuesto por el art. 14.1 e) del TRLIS, a cuyo tenor «No tendrán la consideración de gastos fiscalmente deducibles: (...) e) Los donativos y liberalidades. No se entenderán comprendidos en esta letra los gastos (...) que con arreglo a los usos y costumbres se efectúen con respecto al personal de la empresa (...) ni los que se hallen correlacionados con los ingresos».

estas aportaciones y contribuciones se refiere, además, la Disp. Adic. Décima de la Ley 35/2006.

Con carácter general la utilización de las mutualidades de previsión social como fórmulas alternativas a los planes de pensiones en favor de personas con una discapacidad no inferior al 65% se halla prevista en la citada Ley 35/2006, así como en el Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones. De conformidad con esta regulación normativa se otorga el mismo régimen fiscal a las aportaciones y a las prestaciones de los planes de pensiones constituidos a favor de estos discapacitados que a las aportaciones y prestaciones de las mutualidades de previsión social que presenten las mismas características. Concretamente, al amparo de lo establecido en el citado precepto pueden realizar aportaciones tanto los partícipes-beneficiarios como terceras personas con relación de parentesco o tutoría, reduciéndose en ambos casos la base de cada aportante por sus aportaciones.

Reducen la base imponible general las aportaciones realizadas a planes de pensiones constituidos en favor de personas con un grado de discapacidad física o sensorial igual o superior al 65% o con un grado de discapacidad psíquica igual o superior al 33%, así como las efectuadas a favor de personas que tengan una incapacidad declarada judicialmente con independencia de su grado, de acuerdo con lo previsto en la Disp. Adic. 10ª de la Ley. Nos hallamos por tanto ante un sistema de previsión cualificado por razón de la persona beneficiaria de los mismos, que no puede ser otra que un discapacitado en los grados anteriormente apuntados.

La citada Disp. Adic. 10ª resulta de aplicación a las aportaciones y prestaciones realizadas o percibidas, no ya sólo de mutualidades de previsión social, sino también de planes de previsión asegurados, de planes de previsión social empresarial y de seguros que cubran exclusivamente el riesgo de dependencia severa o de gran dependencia, conforme a lo dispuesto en



la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.³⁹

Esta Disp. Adic. 10ª viene a confirmar, además, que las aportaciones a planes de pensiones efectuadas en favor de las personas indicadas quedan sujetas al régimen financiero de los planes de pensiones, pudiendo realizarse las aportaciones a éstos tanto por la persona con discapacidad participe como por aquellas otras que tengan con el mismo una relación de parentesco en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, así como por el cónyuge o aquellos que les tuviesen a su cargo en régimen de tutela o acogimiento. En estos últimos supuestos las personas con discapacidad habrán de ser designadas beneficiarias de manera única e irrevocable para cualquier contingencia.

Además de la referida discapacidad el art. 53 de la LIRPF exige de manera expresa una relación de parentesco o tutoría en el caso general de aportaciones a planes de pensiones. Ahora bien, ¿qué sucede en el resto de los sistemas amparados por la norma? ¿Resulta igualmente exigible el citado requisito de relación personal o, por el contrario, sólo los específicos de cada plan? *A priori* el apartado segundo del citado art. 53 efectúa un reenvío de carácter genérico, disponiendo que «El régimen regulado en este artículo (planes de pensiones) también será de aplicación a los planes de previsión asegurados, aportaciones a mutualidades de previsión social, etc.».

No queda claro, sin embargo, si el citado reenvío determina la exigencia de una relación de parentesco o de tutela, y si pueden beneficiarse de la reducción operada en la base tanto el empresario que contribuya a dichos sistemas de previsión como el beneficiado por ella, incluso en el supuesto de que no existiese relación de parentesco o de tutela. Por nuestra parte consideramos que la referida exigencia

³⁹ La principal modificación operada en esta materia ha consistido por tanto en incluir los planes de previsión social empresarial como instrumento a través del cual se pueden articular los compromisos por pensiones asumidos por las empresas respecto de sus trabajadores.

relacional resulta predicable y exigible en la totalidad de supuestos.

En resumen, aquellas personas con un grado de discapacidad igual o superior al 65% podrán reducir en su base imponible las aportaciones realizadas a estas mutualidades con el límite máximo de 24.250 euros, siendo este límite conjunto para las aportaciones efectuadas a dichas mutualidades de previsión social, a planes de pensiones y a planes de previsión asegurados.⁴⁰

Por su parte el cónyuge y las personas que mantengan con el discapacitado una relación de parentesco en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive o bien una relación de tutoría podrán, cuando se designe como beneficiaria de manera única e irrevocable a la persona discapacitada, reducir de su base imponible las aportaciones realizadas a mutualidades a favor del discapacitado con el límite máximo anual de 8.000 euros. Estas aportaciones se encuentran no sujetas al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

En todo caso el conjunto de las reducciones practicadas por todas las personas que realicen aportaciones a favor de un mismo discapacitado, incluidas las de este último, no podrá exceder de 24.250 euros. Cuando se supere este límite, será el discapacitado quien pueda reducir su parte general de la base imponible hasta el mencionado límite. Y, en el supuesto de que las aportaciones efectuadas por éste no alcanzasen dicho límite, podrán ser objeto de reducción las aportaciones realizadas por los parientes en la base imponible de éstos, de forma proporcional a sus aportaciones en caso de superarse el límite conjunto.

⁴⁰ Recuérdese que, tras la modificación introducida por la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado del año 2000, existe una equiparación a efectos fiscales de los incapacitados judicialmente con las personas con discapacidad con un grado de discapacidad igual o superior al 65%. Nos encontramos ante una medida de enorme trascendencia que supone extender el régimen fiscal más favorable de que disfrutaban las personas con discapacidad más severamente afectadas a todos los incapacitados judiciales que, en muchas ocasiones, no alcanzan (pese a que por su discapacidad no puedan regirse por sí mismos) la calificación del 65%.



6.6. APORTACIONES REALIZADAS A MUTUALIDADES DE PREVISIÓN SOCIAL DE DEPORTISTAS PROFESIONALES

Queremos referirnos a continuación a las aportaciones a la mutualidad de previsión social de deportistas profesionales, contempladas en la Disp. Adic. 11ª de la Ley 35/2006. Como se recordará, dando cumplimiento al mandato contenido en la Disp. Adicional 26ª de la Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, la Ley 6/2000 añadió una Disposición Adicional a la antigua Ley del IRPF, susceptible de ser aplicada a las aportaciones realizadas por deportistas profesionales (entendiéndose por tales los incluidos en el ámbito de aplicación del Real Decreto 1006/1985, de 26 de junio, por el que se regula la relación laboral especial de los deportistas profesionales) y de alto nivel (teniendo tal consideración los incluidos en el ámbito de aplicación del Real Decreto 1467/1997, de 19 de septiembre) a la mutualidad de previsión social a prima fija de deportistas profesionales.

En la actualidad el régimen fiscal derivado de la previsión social de deportistas profesionales y de alto nivel es objeto de regulación en el apartado Uno.cinco de la Disp. Adic. 11ª de la LIRPF, en el que se establece que el límite anual de las aportaciones con derecho a reducir en base (límite fiscal) nunca puede sobrepasar la suma de los rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas percibidos individualmente en el ejercicio y hasta un importe máximo de 24.250 euros anuales. Es de destacar a este respecto el hecho de que no se hace referencia alguna a los 10.000 euros anuales de aportaciones de personas unidas por vínculo de tutoría o parentesco.

En el presente caso nos hallamos ante una variación del sistema genérico de aportaciones a mutualidades de previsión social anteriormente analizado, siendo como decimos la Disposición Adicional 11ª de la Ley 35/2006 la encargada de regular las aportaciones efectuadas por los deportistas profesionales y de alto nivel a la mutualidad de previsión social, a prima fija y

exclusivamente durante el período de tiempo en el que los deportistas adquieren la citada condición. Y es que, al tratarse de un régimen de carácter temporal, una vez perdida la condición de deportista de alto nivel o profesional dicho régimen pasa a operar como el régimen genérico previsto para aportaciones a mutualidades de previsión social.

Por otra parte el esquema fiscal propuesto para la realización de las aportaciones prescinde del límite porcentual para el cómputo de las reducciones en la base imponible, que ya había sido suprimido con carácter general por la reforma efectuada a través de la Ley 24/2001, siendo sustituido por la suma de los rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas percibidos individualmente en el ejercicio que se combina, a su vez, con el importe máximo a reducir de 24.250 anuales. Así las cosas es la cuantía neta total procedente de determinadas fuentes de renta (hasta un determinado límite) la que actúa como límite relativo en estas aportaciones.

De acuerdo con la vigente redacción se exige para poder disfrutar del citado régimen especial el cumplimiento de los requisitos subjetivos, lo que parece restar toda justificación a la citada disposición. Desde nuestro punto de vista se ha producido un error formal. Parece más lógico pensar que lo que el legislador quiso decir es que, para poder disfrutar del régimen especial, aquellas aportaciones realizadas por los deportistas una vez finalizada su vida deportiva deben cumplir los requisitos objetivos de la norma, a saber, no disposición de los derechos, límite financiero general y tributación íntegra de las prestaciones.

Si bien las contingencias que pueden ser objeto de cobertura son la jubilación, la invalidez o el fallecimiento, se permite un rescate anticipado de los derechos consolidados antes de que acaezca el evento cubierto y sin pérdida de los beneficios fiscales. Se disponía concretamente que los derechos consolidados de los mutualistas sólo podrán hacerse efectivos en los supuestos previstos en el art. 8 del TRLRPF, esto es, en los casos de enfermedad grave, paro de



larga duración o a efectos de su integración en otra mutualidad o plan de pensiones «y, *adicionalmente, una vez transcurrido u año desde que finalice la vida laboral de los deportistas profesionales o desde que se pierda la condición de deportistas de alto nivel*». Asimismo se establecía que la disposición de los derechos consolidados en supuestos distintos determinaría para el contribuyente la pérdida retroactiva del régimen de diferimiento, debiendo reponer en la base imponible las reducciones indebidamente realizadas a través de la práctica de las correspondientes declaraciones-liquidaciones complementarias con los respectivos intereses de demora.

Este régimen especial con las citadas implicaciones fiscales ha venido manteniéndose, exclusivamente, hasta la finalización de la vida laboral del mutualista como deportista profesional, o bien hasta que pierda la condición de deportista de alto nivel.

En suma, las aportaciones podrán ser efectuadas, tanto por la persona con discapacidad que sea partícipe, como por aquellas otras que tengan con el mismo una relación de parentesco (directo o colateral) hasta el tercer grado, así como por el cónyuge y por aquellos que los tuviesen a su cargo en régimen de tutela o acogimiento.

Ahora bien, ¿ha de exigirse esa relación de terceros que pretendan realizar aportaciones a favor de deportistas? ¿Cabría la posibilidad de que terceros ajenos a dichos vínculos efectúen aportaciones a su favor? Nada se señala a este respecto, en base a lo cual tan sólo indirectamente podría estimarse que, tratándose de deportistas, cabrían bien aportaciones directas de ellos mismos o bien aportaciones imputadas por los promotores en concepto de rendimientos del trabajo. Sin embargo nada impide que se puedan realizar aportaciones por terceros. Y, en segundo término, las aportaciones podrán proceder de los propios deportistas profesionales que sean partícipes en el plan, con el límite de 24.250 euros anuales. El límite para el conjunto de todas las aportaciones se sitúa igualmente en 24.250 euros.

Por otra parte el régimen examinado actúa exclusivamente respecto de los abonos efectua-

dos a la mutualidad de deportistas profesionales, no extendiéndose por el contrario a aquellos planes de pensiones que puedan suscribir las personas incluidas en su ámbito subjetivo de aplicación. Y, si bien es cierto que el régimen de iliquidez de los planes de pensiones podría llegar a verse quebrado en el supuesto de que se permitiese la disposición de los derechos consolidados con anterioridad a la cobertura de las contingencias cubiertas, debe reconocerse que el rescate anticipado se encuentra ya previsto para determinados supuestos puntuales, de manera que no constituiría sino una excepción más.

6.7. LÍMITES DEL CONJUNTO DE APORTACIONES ANUALES MÁXIMAS REALIZADAS A SISTEMAS DE PREVISIÓN SOCIAL

Los sistemas de previsión social regulados en el art. 51 de la Ley 35/2006 tienen recogidos, ya sea en su normativa específica o a través del reenvío efectuado por la citada Ley a la normativa de planes de pensiones, unos límites específicos que afectan a las aportaciones. Pues bien, la Disp. Adic. 16ª de la LIRPF introduce un límite financiero de aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social, señalando que «*El importe anual máximo de aportaciones y contribuciones a los sistemas de previsión social previstos en los apartados 1,2,3,4 y 5 del artículo 51 de esta Ley, de la Disposición Adicional Novena y del apartado dos de la Disposición Adicional Undécima de esta Ley será de 10.000 euros anuales. No obstante, en el caso de contribuyentes mayores de 50 años la cuantía será de 12.500 euros*».

De este modo la citada legislación vino a recoger varias modalidades de límites en las aportaciones que pueden ser objeto de reducción. En primer lugar, un límite financiero anual de aportaciones y contribuciones a planes de pensiones previsto en el art. 5.3 del TRLRHA y que se concreta en 10.000 euros o en 12.500 euros para contribuyentes mayores de 50 años. En segundo término, un límite financiero anual de aportaciones y contribuciones a los distintos sistemas de



previsión social previsto en la Disp. Adic. 16ª de la LIRPF (10.000 ó 12.500 euros para contribuyentes mayores de 50 años) el cual coincide, además, con el límite financiero previsto para aportaciones y contribuciones a planes de pensiones.⁴¹

Finalmente se establece un límite fiscal anual para la reducción en la base imponible por las aportaciones y contribuciones a los distintos sistemas de previsión social, previsto en el apartado 6 del art. 51 de la LIRPF, y que se concreta en 10.000 euros ó 12.500 para contribuyentes mayores de 50 años.

El límite fiscal de reducción queda completado y restringido en el citado art. 52 de la LIRPF, de conformidad con el cual el límite máximo conjunto para estas reducciones lo constituye la menor de las dos cantidades siguientes: el 30% de la suma de los rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas percibidos individualmente en el ejercicio (porcentaje que se sitúa no obstante en el 50% para contribuyentes mayores de 50 años); o bien, la suma de 10.000 euros anuales (que asciende sin embargo a 12.500 euros tratándose de contribuyentes mayores de 50 años).⁴²

Este art. 52 de la Ley viene así a restringir aún más las reducciones a practicar en la base imponible por estos conceptos. Así, mientras el art. 51.6 del antiguo Real Decreto Legislativo 3/2004, de 5 de marzo, por el que se aprobaba el Texto Refundido de la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (TRLIRPF) establecía un límite único de 10.000 euros para contribuciones

y aportaciones a los distintos sistemas de previsión social (12.500 euros para mayores de 50 años), el citado art. 52.1 de la nueva Ley 35/2006 restringe los límites fiscales de reducción, de manera que el sujeto reduce su base imponible por aportaciones y contribuciones a los distintos sistemas de previsión social en la menor de dos cantidades: 10.000 euros anuales (12.500 para mayores de 50 años⁴³) o el 30% de los rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas percibidos individualmente en el ejercicio (el 50% para contribuyentes mayores de 50 años).⁴⁴

Nótese que este art. 52 de la LIRPF establece como límite máximo la menor de las dos cantidades indicadas. Pero, ¿Qué sucedería si el sujeto en cuestión careciese de rendimientos del trabajo? ¿Habría que calcular entonces el 30% de cero y tomar la cantidad resultante (cero) como la menor de las dos anteriormente indicadas? ¿Debería, por el contrario, considerarse como inexistente el parámetro del porcentaje del 30% porque no hay base para calcularlo? En nuestra opinión esta segunda posibilidad es la que resultaría más correcta.

Como seguramente se recordará, la aplicación del criterio de los límites porcentuales fue acogida en su día por la antigua Ley 18/1991, siendo posteriormente eliminada en la Ley 40/1998. Fueron numerosos los problemas de carácter procedimental que se suscitaron durante el período de su vigencia, los cuales demandaron la redacción del art. 64.3 del antiguo Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones aprobado mediante Real Decreto 1307/1988, en el que se establecía que la aplicación de la reducción quedaba vinculada a la necesidad de

⁴¹ Así, por ejemplo, tratándose un sujeto que tuviese suscritos dos planes de pensiones, no podría realizar aportaciones a los mismos, en su conjunto, por cuantía superior a 10.000 euros anuales; y otro sujeto que tuviese suscritos dos planes de pensiones y una mutualidad de previsión social no podría realizar aportaciones, en su conjunto, que excediesen de 10.000 euros.

⁴² Inicialmente el Proyecto de Ley aprobado por el Gobierno (*Boletín Oficial del Congreso de los Diputados* de 17 de marzo de 2006) mantenía los límites financieros de aportaciones y contribuciones empresariales a planes de pensiones previstos en la legislación vigente. Sin embargo el texto definitivo de la LIRPF optó por incrementar dichos límites, que pasaron de 8.000 a 10.000 euros y de 10.000 a 12.500 euros cuando los partícipes sean mayores de 50 años.

⁴³ Volvemos a insistir en que la identidad cuantitativa de límites de aportación y reducción no equivale a una identidad cualitativa, ya que mientras el límite de las aportaciones es financiero, el de las reducciones es de carácter fiscal. Ciertamente la cuantía es la misma, pero mientras que en las aportaciones los límites adquieren únicamente la naturaleza de «fiscales» cuando tienen derecho a reducir, los de las reducciones son siempre fiscales.

⁴⁴ Recuérdese no obstante que este límite no aparece recogido como tal en el art. 5.3 del TRLIRPF para las aportaciones.



obtención de rendimientos del trabajo o de actividades económicas.

Con posterioridad, a la luz de la constante proliferación de sistemas de previsión social de diversa naturaleza, la Ley 40/1998 optó por la desaparición del referido límite porcentual, eliminándose así el surgimiento de problemas de carácter interpretativo. Cualquiera que resultase ser el origen de su financiación se efectuaban aportaciones que reducían la base en tanto en cuanto superasen los límites absolutos, dada la ausencia de *forfait* destinado a filtrar los mismos.

En la actualidad, a tenor de lo establecido tanto en el TRLPFP como en el Reglamento que desarrolla el mismo, aprobado mediante Real Decreto 304/2004, no cabe aludir a la existencia de exigencias tales como las anteriormente indicadas. De este modo volvió a recuperarse el antiguo límite a la reducción en la base imponible que tenía como referencia un porcentaje de la suma de los rendimientos netos de la actividad económica y de los rendimientos netos del trabajo. En efecto, se optó por rescatar una limitación histórica, igualmente de carácter porcentual, que tuvo su vigencia, como acabamos de indicar, en la antigua Ley 18/1991.

6.8. COMPENSACIÓN DE LOS EXCEDENTES DE APORTACIÓN

A la hora de analizar la compensación de los excedentes de aportación son dos las modalidades de excedentes que podría originar el proceso de diferimiento. En primer lugar, podrán generarse excedentes en el instante en que tienen lugar las aportaciones-reducciones motivados por los excesos sobre los límites específicos de las mismas, a saber: límites estrictos a las aportaciones, a las aportaciones que dan derecho a reducir, a las reducciones y, por último, a la posibilidad de generar bases negativas.

Y, en segundo término, habría que aludir a aquellos excedentes que pudiera llegar a originar la falta de correspondencia entre el gravamen que, de no haber reducido la base por la aporta-

ción, se hubiera producido, y el gravamen total que ha supuesto la operación, calculado por adición del que se abonó con posterioridad a la práctica de la reducción y el que se generó en el instante de percibirse la prestación. Tan sólo en estos casos estaremos ante un exceso de gravamen.

En relación con los primeros establece el art. 27 c) del TRLPFP, refiriéndose de manera específica a los planes de pensiones, que los partícipes en dichos planes podrán solicitar que las cantidades aportadas (con inclusión de las contribuciones del promotor que les hubiesen sido imputadas las cuales, por exceder de cualquiera de los límites establecidos en la Ley del IRPF, no hayan podido ser objeto de reducción en la base imponible) lo sean dentro de los límites fijados en dicha Ley en los cinco ejercicios siguientes.

Por su parte señala el art. 52.2 LIRPF que «*Los partícipes, mutualistas o asegurados que hubiesen efectuado aportaciones a los sistemas de previsión social a que se refiere el artículo 51 de esta Ley podrán reducir en los cinco ejercicios siguientes las cantidades aportadas incluyendo, en su caso, las aportaciones del promotor que les hubiesen sido imputadas, que no hubieran podido ser objeto de reducción en la base imponible por insuficiencia de la misma o por aplicación del límite porcentual establecido en el apartado 1 anterior. Esta regla no resultará de aplicación a las aportaciones y contribuciones que excedan de los límites máximos previstos en el apartado 6 del artículo 51*».

Respecto de esta compensación durante los cinco ejercicios siguientes conviene efectuar las siguientes consideraciones. En primer lugar, no deben superarse los límites máximos de aportación previstos en el apartado 6 del art. 51 de la LIRPF, esto es, los límites financieros que el TRLPFP establece en su art. 5.3: 10.000 euros anuales o 12.500 euros tratándose de contribuyentes mayores de 50 años.⁴⁵

En segundo término, con la aportación ubicada dentro de los límites financieros podrán pro-

⁴⁵ Por otra parte, en el supuesto de que las aportaciones superasen tales importes no habría posibilidad de que los excedentes pudieran ser compensados, no aplicándose la regla de compensación en el art. 52.2 de la LIRPF.



ducirse tres tipos de excedentes. Primero, la reducción generada por la aportación podrá superar los límites porcentuales previstos en el art. 52.1 de la LIRPF, excedente que podrá compensarse en los cinco años siguientes. Segundo, la reducción generada con motivo de la aportación podrá superar la base imponible, pudiendo igualmente este segundo excedente compensarse en los cinco años siguientes. Y, por último, cabrá la posibilidad de que se superen, tanto los límites porcentuales como el importe de la base imponible.⁴⁶

6.9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Aquellas cantidades abonadas a mutualidades de previsión social por profesionales no integrados en la Seguridad Social únicamente reducirán la base imponible del IRPF en la parte dedicada a la cobertura de las mismas contingencias que los planes de pensiones, esto es, las previstas en el art. 8.6 de la Ley reguladora de Planes y Fondos de Pensiones⁴⁷. Para ello será necesario, además, que tales cantidades no hubieran tenido la consideración de gasto deducible para hallar los rendimientos netos de la actividad económica, en los

términos establecidos por la regla 1ª del art. 30.2 de la Ley del IRPF.

Como es sabido este art. 30.2 de la Ley del IRPF contiene un conjunto de reglas especiales destinadas a la determinación del rendimiento neto de las actividades económicas en el régimen de estimación directa. Señala concretamente la regla primera del citado precepto que no tendrán la consideración de gasto deducible los conceptos a que se refiere el art. 14.3 del RDLeg. 4/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Impuesto sobre Sociedades, ni las aportaciones a mutualidades de previsión social del propio empresario o profesional, sin perjuicio de lo previsto en el art. 51 de la Ley 35/2006.

Ahora bien, precisa a continuación dicho art. 30.2 de la LIRPF en su regla primera que «*No obstante, tendrán la consideración de gasto deducible las cantidades abonadas en virtud de contratos de seguro, concertados con mutualidades de previsión social por profesionales no integrados en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos, cuando, a efectos de dar cumplimiento a la obligación prevista en la disposición adicional decimoquinta de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de ordenación y supervisión de los seguros privados, actúen como alternativas al régimen especial de la Seguridad Social mencionado, en la parte que tenga por objeto la cobertura de contingencias atendidas por la Seguridad Social, con el límite de 4.500 euros anuales*».

Los profesionales no integrados en alguno de los regímenes de la Seguridad Social pueden considerar como gasto deducible de sus rendimientos íntegros de actividad profesional aquellas cantidades que destinen a la mutualidad de previsión social, si bien con un límite de 4.500 euros anuales, y siempre y cuando dichas cantidades se destinen a cubrir las mismas contingencias que la Seguridad Social.⁴⁸

⁴⁶ Inicialmente el art. 52.2 del Proyecto de la Ley 35/2006 no contemplaba de manera expresa la posibilidad de que se pudieran compensar los excedentes sobre los límites porcentuales. Debe subrayarse además la distinta naturaleza que presentan los arts. 52.1 y 51.6 de la LIRPF ya que, mientras el primero de ellos establece los límites de las reducciones en sentido estricto, el segundo de los preceptos citados regula los límites de las aportaciones anuales máximas que pueden dar derecho a reducir.

⁴⁷ Recuérdese que estas contingencias son: jubilación o situación asimilable (si bien, de no ser posible el acceso del beneficiario a tal situación, la prestación correspondiente sólo podrá ser percibida al cumplir los sesenta años de edad); invalidez laboral total y permanente para la profesión habitual o absoluta y permanente para todo trabajo y la gran invalidez; muerte del partícipe o beneficiario que pueda generar derecho a prestaciones de viudedad, orfandad o en favor de otros herederos o personas designadas; y dependencia severa o gran dependencia del partícipe regulada en la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Téngase presente además que en el caso de muerte del beneficiario que no haya sido previamente partícipe únicamente podrán generarse prestaciones de viudedad u orfandad.

⁴⁸ Recuérdese a este respecto que, con efectos desde 2003, son deducibles las cantidades abonadas en virtud de contratos de seguro concertados con mutualidades de previsión social por profesionales no integrados en el RETA,



En cambio, los profesionales integrados en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos pueden considerar gasto deducible todas las cotizaciones efectuadas a este régimen especial de la Seguridad Social. Resultan en consecuencia mejor tratados fiscalmente los profesionales integrados en el Régimen Especial de Trabajadores por cuenta Propia o Autónomos que aquellos otros pertenecientes a Mutualidades de Previsión Social Alternativas a la Seguridad Social.

¿Es esta diferencia de trato discriminatoria? Desde nuestro punto de vista no, dado que estos profesionales integrados en las mutualidades de previsión social alternativas a la Seguridad Social han elegido esta opción en lugar de integrarse en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos de la Seguridad Social.

Un segundo grupo de aportaciones al que alude el art. 51.2.a) de la LIRPF es el integrado por las cantidades abonadas a mutualidades de previsión social por profesionales o empleados individuales pertenecientes a cualquiera de los regímenes de la Seguridad Social. Estas cantidades únicamente reducirán la base imponible en la parte destinada a la cobertura de las mismas contingencias que los planes de pensiones, es decir, las previstas en el ya citado art. 8.6 del TRLRPF. Finalmente se refiere el art. 51.2.a) de la LIRPF a las cantidades abonadas a mutualidades de previsión social por trabajadores por cuenta ajena.

Pues bien las cantidades aportadas a los seguros concertados con mutualidades de previsión social por profesionales no integrados en alguno de los regímenes de la Seguridad Social, por profesionales integrados en cualquiera de los regímenes de la Seguridad Social o por trabajadores por cuenta ajena, siempre que se cumplan las exigencias previstas en cada uno de estos casos, únicamente darán derecho a reducir la base imponible si dichos contratos de seguro cumplen

en cuanto actúen como alternativas a dicho régimen y en la parte que tengan por objeto la cobertura de contingencias atendidas por la Seguridad Social.

los restantes requisitos previstos por el número 3º del art. 51.2.a).3º de la LIRPF.

De este modo será necesario, en primer lugar, que las aportaciones anuales máximas a tales contratos, incluyendo en su caso aquellas que hubiesen sido imputadas por los promotores, no puedan rebasar las cantidades previstas en el art. 5.3 del RDLeg. 1/2002. En segundo término, los derechos consolidados de los mutualistas sólo podrán hacerse efectivos en los supuestos previstos para los planes de pensiones por el art. 8.8 del citado Texto Refundido, de manera tal que si se dispusiere total o parcialmente de tales derechos consolidados en supuestos distintos, el contribuyente habría de reponer las reducciones en la base imponible indebidamente practicadas, efectuando las correspondientes declaraciones-liquidaciones complementarias con inclusión de los intereses de demora.⁴⁹

Finalmente, las prestaciones deberán tributar en su integridad, sin que en ningún caso puedan minorarse en las cuantías correspondientes a los excesos de las contribuciones sobre los límites de reducción en la base imponible.

Como límite máximo conjunto para las reducciones previstas en los apartados 1, 2, 3, 4 y 5 del art. 51 de la Ley, se aplicará la menor de las cantidades siguientes: el 30 por 100 de la suma de los rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas percibidos individualmente en el ejercicio, porcentaje que se eleva no obstante al 50 por 100 para contribuyentes mayores de 50 años; y 10.000 euros anuales, si bien tratándose de contribuyentes mayores de 50 años, la cuantía anterior sería de 12.500 euros. Añade además el apartado segundo del citado precepto que «*Los partícipes, mutualistas o asegurados que hubieran efectuado aportaciones a los sistemas de previsión social a que se refiere el artículo 51 de esta Ley, podrán reducir en los cinco ejerci-*

⁴⁹ Al mismo tiempo las cantidades percibidas por la disposición anticipada de los derechos consolidados tributarían como rendimientos del capital mobiliario en el IRPF, salvo que procediesen de los contratos de seguro a que se refiere el número 3º de este apartado, en cuyo caso tributarían como rendimientos del trabajo.



cios siguientes las cantidades aportadas incluyendo, en su caso, las aportaciones del promotor o las realizadas por la empresa que les hubiesen sido imputadas, que no hubieran podido ser objeto de reducción en la base imponible por insuficiencia de la misma o por aplicación del límite porcentual establecido en el apartado 1 anterior. Esta regla no resultará de aplicación a las aportaciones y contribuciones que excedan de los límites máximos previstos en el apartado 6 del artículo 51».⁵⁰

¿Tiene sentido proceder a establecer un límite máximo conjunto a la reducción de la base imponible por las aportaciones efectuadas a mutualidades de previsión social y a planes de pensiones? En nuestra opinión así es. Coincidi-

mos en este sentido con SANZ GADEA⁵¹ cuando afirma que «no puede resultar de mejor derecho quien está adscrito a todos los sistemas descritos que quien haya concentrado sus esfuerzos en uno de ellos».

No obstante una posibilidad susceptible de ser adoptada a este respecto de cara al futuro sería que los límites financieros máximos de aportación a sistemas de previsión social y los límites fiscales máximos de reducción en la base imponible del IRPF del contribuyente se apliquen de forma separada –y no de forma conjunta, como sucede en la actualidad– a las aportaciones individuales de los contribuyentes y a las contribuciones empresariales realizadas por las empresas a favor de los mismos.

⁵⁰ ¿Qué calificación tributaria habría que otorgar a la parte proporcional de las cantidades aportadas a un plan de pensiones procedentes de aportaciones realizadas a una mutualidad de previsión social que resultó transformada en su día e integrada en dicho plan de pensiones? Tal y como ha señalado la Audiencia Nacional (AN) en su Sentencia de 1 de febrero de 2007 dicha parte proporcional no puede tener la consideración ni el tratamiento de aportaciones en sentido propio, de manera que la parte de la suma percibida por el sujeto pasivo en concepto de prestación de jubilación que no proceda de las contribuciones y aportaciones realizadas al plan de pensiones sino de los fondos transferidos a dicho plan por una entidad preexistente no tendrá, a efectos del IRPF, la calificación de rendimiento del trabajo personal, sino de incremento de patrimonio.

⁵¹ SANZ GADEA, E., «Fondos de Pensiones», *Revista de Contabilidad y Tributación*, núm. 73, 1989, pág. 28.



VII. ESTRATEGIAS INNOVADORAS EN TIEMPOS DE CRISIS

Manuela Alcañiz Zanón, Riskcenter-IREA-UB
Ana M. Pérez-Marín, Riskcenter-IREA-UB

7.1. RETOS Y OPORTUNIDADES EN LA COYUNTURA ECONÓMICA ACTUAL

7.1.1. CUOTAS Y VOLUMEN DE MERCADO

El mercado asegurador experimenta actualmente un decrecimiento en el volumen de primas. En este contexto especialmente complicado, las compañías compiten entre ellas para ganar cuota de mercado. Las estrategias a seguir pasan por atraer a los asegurados de la competencia al tiempo que se intenta retener y fidelizar a los buenos asegurados en cartera, e incluso ofrecerles la posibilidad de contratar nuevos productos a precios atractivos. Todas estas iniciativas tienen igualmente un coste para la compañía, de modo que ha de conseguir que los recursos empleados a tal fin queden compensados por los beneficios que de ellos se derivan.

Para orientar la toma de decisiones en este sentido, resulta fundamental conocer qué razones llevan a los asegurados a cambiar de compañía, de modo que se pueda incidir sobre las decisiones de cancelación. Del mismo modo, tener una aproximación a la probabilidad de cancelación de cada contrato en cartera resulta igualmente una información muy valiosa en este sentido. También debe tenerse en cuenta que sólo resultará rentable retener a un asegurado con una baja siniestralidad que esté generando beneficios para la compañía, con lo cual conocer el valor de ese asegurado como cliente, también

resulta fundamental. Por último, la compañía sólo ofrecerá un nuevo producto a un asegurado en cartera si espera que vaya a tener una baja siniestralidad en ese nuevo producto, de modo que le genere un beneficio con ello.

Por todo ello, en el contexto actual las técnicas estadísticas proporcionan las herramientas que orientan la toma de decisiones en este sentido. En los siguientes apartados presentaremos una serie de recomendaciones para llevar a cabo estas estimaciones y cuáles son las técnicas más adecuadas. Todas ellas se basan en evidencias empíricas y estudios realizados en el ámbito asegurador. Con ello pretendemos proporcionar una orientación práctica sobre la implementación de sistemas en la entidad aseguradora que le permitan aumentar o mantener cuota de mercado en el contexto actual.

7.1.2. LA CANCELACIÓN DE PÓLIZAS EN EL SECTOR ASEGURADOR

Tal y como hemos comentado, la caída de cartera es uno de los problemas a los que se enfrenta en la actualidad el sector asegurador. Las condiciones económicas actuales sitúan a la compañía en un entorno cada vez más competitivo, en el que las compañías han de hacer un esfuerzo por retener a sus asegurados al tiempo que intentan captar a los de la competencia. Diversos estudios ponen de manifiesto la relevancia de este problema, así como la necesidad de disponer de instru-



mentos que sirvan para orientar la toma de decisiones en este sentido. Entre ellos podemos mencionar el estudio llevado a cabo por Pieschacon (2010) que analizó la intensidad y consecuencias de la caída de cartera para el ramo de vida, así como Ayuso et al. (2011), donde se elabora una metodología para el cálculo de escenarios de caída de cartera en Solvencia II considerando el efecto contagio que existe en las decisiones de cancelación de pólizas.

Resulta evidente pues, que cada vez se hace más necesario conocer las razones por las que los asegurados deciden cancelar sus pólizas y suscribirlas con otro asegurador. Para ello, es fundamental considerar todos los aspectos que tengan que ver con la relación entre el asegurado y la compañía así como las iniciativas llevadas a cabo por la competencia. Entre ellos podemos mencionar la gestión de los siniestros, la actualización de las tarifas aplicadas cada anualidad al asegurado o las campañas de captación llevadas a cabo por las compañías competidoras, entre otros.

En concreto, si el asegurado percibe que la gestión y compensación de un siniestro no es satisfactoria, mucho más si esto ocurre tras años en la compañía sin declarar ninguno, puede decidir cancelar su póliza, e incluso alguna otra póliza que tuviera suscrita con dicho asegurador. Del mismo modo, el asegurado siempre será muy sensible ante incrementos en su tarifa, sea cual sea la razón de tal incremento, ante lo cual la compañía podrá llevar a cabo alguna estrategia de fidelización ante la posibilidad de perder a dicho asegurado, si es que desea retenerle.

En cualquier caso, siempre que se produjera una cancelación, la compañía debería intentar averiguar y registrar la causa de ésta. La recopilación de dicha información es valiosísima para la compañía de cara a conocer por qué se producen estas cancelaciones e intentar evitarlas en un futuro.

Diversos estudios han analizado las causas por las que se producen las cancelaciones. Uno de los primeros estudios realizados sobre este tema es el de Schlesinger y Schulenburg (1993) que analizaron la interacción de diversos factores en la deci-

sión de cambiar de asegurador, centrándose únicamente en el sector del seguro del automóvil. Analizaron datos reales de asegurados alemanes obtenidos mediante encuesta y concluyeron que los principales motivos para elegir un determinado asegurador eran, en primer lugar, que éste ofreciera una prima favorable y, en segundo lugar, que la entidad hubiese sido recomendada por algún amigo o familiar. Realizaron igualmente análisis paralelos para los asegurados que habían cambiado en algún momento de entidad y para los que no. Los primeros, manifestaron que la gestión de los siniestros era sustancialmente mejor en el nuevo asegurador que en el antiguo, tanto en el tiempo de liquidación como en la compensación económica recibida.

Más recientemente, Guillén y Pérez-Marín (2010) analizaron datos reales de cancelaciones y recopilaron las razones por las que éstas se producen en el ramo del seguro del automóvil y en el de diversos (hogar, decesos, accidentes entre otros). Para el ramo del automóvil, cuando la cancelación ocurría por decisión del asegurado, en un 90% de los casos ésta se producía por haber recibido un mejor precio o descuento en su prima, en un 4.5% por la existencia de una relación de parentesco con algún empleado de otra entidad con la que decide suscribir el producto y en un 4% por la resolución insatisfactoria de un siniestro. Por lo que respecta al ramo de diversos, cuando la póliza había sido cancelada por propia decisión del asegurado, en el 43% de los casos había sido por una deficiente atención telefónica, en el 40.5% por la existencia de relación de parentesco con algún empleado de otra entidad y en un 15% por haber obtenido un mejor precio o descuento en otra compañía de la competencia.

Además de recopilar y analizar las causas por las que se producen las cancelaciones, es necesario tener una visión integral del asegurado y de su relación con la compañía. Frecuentemente, un asegurado tiene varias pólizas de distinto tipo en una misma compañía. En tal caso, los acontecimientos que afecten a una de ellas, en caso de tener efectos negativos, pueden propagarse al resto de contratos y desencadenar una cancelación total con la consiguiente pérdida del cliente.



Tener una visión integral significa mirar al cliente considerando todos los contratos que tiene suscritos con el asegurador. Este enfoque ha llegado a motivar el concepto de la tarificación multiproducto, en la que se ofrecería un precio especial al asegurado que tuviera determinadas pólizas en la compañía de seguros (por ejemplo, hogar, automóvil y vida) con un doble efecto. Por un lado, se consigue atraer al asegurado en distintas líneas de negocio, aumentando el número y tipo de pólizas contratadas. En segundo lugar, la determinación de dicha tarifa debe de tener en cuenta simultáneamente la siniestralidad en todas las pólizas contratadas, evitando así que el asegurado pueda sentirse excesivamente penalizado por un siniestro acontecido en uno de los ramos si carece de siniestros en los demás. De ese modo, se consigue una tarificación más ajustada al riesgo integral de ese cliente, que así es percibida por él.

Bajo este enfoque, la unidad de estudio sería el asegurado con todas sus pólizas. No obstante, a veces un determinado hogar tiene distintas pólizas contratadas con una misma compañía pero suscritas por diferentes miembros de la unidad familiar. En estos casos, es habitual que los miembros de esta unidad familiar tomen decisiones conjuntamente respecto a la cobertura de sus riesgos comunes, de modo que los acontecimientos que afecten a una de sus pólizas pueden afectar igualmente las decisiones que el hogar tome en relación con el resto de contratos, estén o no suscritos por un mismo asegurado. Esto justifica un segundo enfoque, consistente en considerar el hogar como unidad de estudio.

Considerar el hogar (con todos sus miembros) y no el asegurado individual como unidad de estudio conlleva una serie de dificultades. En primer lugar, la compañía de seguros ha de poder identificar a estos hogares, lo cual no siempre es tarea fácil. En segundo lugar, ha de integrar todos los contratos suscritos por dicho hogar como pertenecientes a una misma unidad y ser capaz de analizar las decisiones de cancelación que afecten a la totalidad de pólizas suscritas. No obstante, consideramos que éste es el enfoque que mejor puede llevar a la compañía a entender

y explicar las cancelaciones registradas y las causas que las han motivado.

Al margen de conocer las causas por las que se producen las cancelaciones, la compañía puede estimar la probabilidad de cancelación de sus pólizas, lo cual ha sido también abordado en distintos estudios. En estos casos, lo habitual es la utilización de modelos de regresión logit o probit. Estos fueron los modelos utilizados por Schlesinger y Schulenburg (1993) y Guillén y Pérez-Marín (2010) a la hora de predecir la probabilidad de cancelación, aunque dependiendo del objetivo final del estudio existen técnicas alternativas, que se recogen en la sección VIII.II.

En cualquier caso, estos modelos predicen la probabilidad de cancelación en función de las características de las pólizas y de los asegurados. Resulta importantísimo seleccionar correctamente las variables explicativas que se van a utilizar en este tipo de modelos. A modo de ejemplo, Schlesinger y Schulenburg (1993) utilizaron para predecir la probabilidad de cancelación del seguro del automóvil la prima pagada, niveles de satisfacción referidos a todos aquellos aspectos del servicio no relacionados con la gestión de los siniestros, y, en caso de que los individuos hubiesen tenido algún siniestro, se incluía además el porcentaje pagado de los siniestros reclamados así como el tiempo que transcurrió desde la declaración hasta el pago de la indemnización y niveles de satisfacción relativos a la gestión de los siniestros. Por otra parte, Guillén y Pérez-Marín (2009) consideraron como variables explicativas para predecir la probabilidad de cancelación de un asegurado con múltiples pólizas en la compañía su antigüedad como cliente, edad, estado civil, sexo, pólizas en vigor que el asegurado tiene en la compañía de seguros y el nivel medio de primas pagadas.

En ambos trabajos, los modelos propuestos permitieron explicar la probabilidad de cancelación al mismo tiempo que analizar el efecto de cada una de estas variables sobre dicha probabilidad. Schlesinger y Schulenburg (1993) concluyeron que primas más elevadas estaban significativamente asociadas a una mayor probabilidad de



cancelación, sin embargo el porcentaje y tiempo de pago de los siniestros no resultaron tener un efecto significativo. En su lugar, sí resultó altamente significativo el efecto de las variables asociadas a la satisfacción. De ahí se desprende que la valoración subjetiva de las características del producto es a veces más importante que otras medidas más fácilmente y objetivamente cuantificables.

Por su parte, Guillén y Pérez-Marín (2009) concluyeron que los hombres son más propensos que las mujeres a realizar cancelaciones y que la edad y la antigüedad en la compañía contribuían a reducir la probabilidad de cancelación. Analizaron además cómo la probabilidad de cancelación se veía afectada por el tipo de productos aseguradores contratados, concluyendo que para la muestra de asegurados analizada los tipos de pólizas asociados a una mayor probabilidad de cancelación eran el seguro de salud y el de diversos, por delante del seguro del automóvil.

Además, las técnicas estadísticas actuales no sólo permiten estimar la probabilidad o riesgo de cancelación sino también en qué momento es más probable que ésta se produzca. De este modo, el asegurador además de tener identificados a los asegurados con mayor probabilidad de cancelación también tiene una aproximación del tiempo de reacción del que dispone para intentar retenerles. Existen diversos trabajos al respecto, entre ellos Guillén y Pérez-Marín (2009), en el que se consideran múltiples tipos de pólizas simultáneamente y se emplea el modelo de riesgos proporcionales o modelo de Cox, que permite realizar dicha estimación en función de una serie de variables explicativas. Los autores utilizaron las mismas variables que para estimar la probabilidad de cancelación, obteniendo estimaciones de la duración de vida de los clientes (*customer lifetime duration*).

Previamente Brockett et al. (2008) aplicaron la misma metodología a un caso particular en el que tiene especial interés conocer cuál es el tiempo de reacción del que dispone el asegurador. En concreto, en este estudio se analiza el tiempo que transcurre desde que un asegurado realiza su pri-

mera cancelación hasta que cancela el resto de sus pólizas. Frecuentemente, una primera cancelación es una señal de que el asegurado está descontento con la compañía, por lo que poco tiempo después puede decidir cancelar el resto de contratos que tiene con ese asegurador. En este caso, hablaríamos de la duración de la vida residual del cliente. La metodología también consistió en la utilización del modelo de riesgos proporcionales y los autores efectivamente llegaron a constatar que este tiempo de reacción puede llegar a ser realmente corto.

En definitiva, las técnicas estadísticas proporcionan hoy en día a las entidades múltiples herramientas para el estudio y control de la caída de cartera. Además en el contexto económico actual resulta especialmente importante llevar a cabo acciones dirigidas a fidelizar y mantener en cartera a aquellos asegurados que generan beneficio para la compañía. Por todo ello, nuestra recomendación en este sentido es la implementación en las entidades de sistemas de control como los descritos con el empleo de las técnicas estadísticas adecuadas.

7.1.3. VENTA CRUZADA EN EL SECTOR ASEGURADOR

Desde hace tiempo, la venta cruzada se perfila como una de las oportunidades que tienen las compañías para ganar cuota de mercado, si bien es un terreno en el que todavía hay mucho camino por avanzar. Al margen de captar nuevos asegurados de la competencia en determinadas líneas de negocio, el objetivo consiste en ofrecer a los clientes nuevos productos distintos a los que ya tiene suscritos en la compañía, de modo que se consiga fortalecer la relación con el asegurado (Kamakura et al., 1991).

Además, la utilización de la venta cruzada como herramienta en marketing resulta crucial porque diversos estudios corroboran que a medida que el cliente contrata más servicios con una misma entidad se incrementan para éste los costes en los que incurre en caso de decidir cambiar a otra entidad, por lo que aumenta su fidelidad. Además, la venta



cruzada permite a la entidad conocer mejor las preferencias de los clientes (Kamakura et al., 2003) y disponer de más información que puede utilizarse para predecir su comportamiento.

En concreto, en el ámbito asegurador; como también ocurre en el financiero, el cliente tiene una relación a largo plazo con la entidad, y ésta recopila información sobre sus características demográficas, sociológicas y su historial en la entidad, que es habitualmente registrado en bases de datos. Toda esta información puede y debe ser utilizada para seleccionar a los clientes a los que ofrecer nuevos productos. Este tipo de campañas suponen un gasto para la compañía que sólo resulta rentable si decide contratar el nuevo producto y además, en el caso de tratarse de una póliza de seguros, si su siniestralidad en el nuevo producto es baja. Recientes estudios (Thuring et al, 2012) se han basado en la implementación de sistemas de este tipo.

En concreto, en el estudio llevado a cabo por Thuring et al. (2012) se modelizó el comportamiento de siniestralidad pasado de una muestra de asegurados con distintos tipos de contratos suscritos con un mismo asegurador y en base a ello se estimó su perfil específico de riesgo en un determinado producto que no tenían suscrito. Este perfil de riesgo se utilizó para seleccionar aquellos clientes de la cartera a los que ofrecerles el nuevo producto a un precio competitivo.

Estos sistemas se basan en considerar la actitud frente al riesgo de los individuos. En concreto, los que son cuidadosos al volante también lo serán a la hora de proteger sus hogares de posibles riesgos, de modo que es razonable que exista una correlación entre el número de siniestros que un asegurado declara en distintos tipos de contratos.

En concreto, Thuring et al. (2012) analizaron datos reales de una muestra de asegurados de una compañía sueca con tres posibles tipos de pólizas: automóvil, continente del hogar y contenido del hogar¹. La metodología empleada consistió en la aplicación de la teoría de la credibili-

dad en un entorno multivariante para estimar el perfil de riesgo de cada cliente y evaluar si un determinado producto adicional que sería ofrecido a dicho cliente contribuiría a incrementar los beneficios de la compañía en caso de que este decidiera contratarlo. Este perfil de riesgo se definía como la discrepancia entre la estimación a priori del número de siniestros y los siniestros realmente declarados. Esta metodología resultó especialmente útil para identificar al 20% de los asegurados a los que no ofrecer el nuevo producto, dado que estos podrían registrar hasta un 64% más de siniestralidad en relación a las estimaciones a priori. Además, en caso de ofrecerlo al 80% restante la siniestralidad registrada sería inferior a la estimada a priori, para cualquiera de los tres tipos de pólizas consideradas.

En definitiva, la venta cruzada se perfila hoy en día como una de las oportunidades que tienen las compañías para aumentar su cuota de mercado. Nuestra recomendación en este sentido sería la implementación de sistemas que ayuden a decidir qué productos ofrecer a cada cliente. Esto garantizará que la venta cruzada y los recursos destinados a ella tendrán al final un efecto positivo en las cuentas de la compañía.

7.1.4. EL VALOR DEL CLIENTE

Conocer el valor del asegurado es crucial para la compañía en el contexto actual. Éste se define como el valor actual de los futuros beneficios que se espera que dicho cliente genere en un determinado horizonte temporal (Kotler, 1974). Habitualmente, se distingue además entre el que se denomina *valor realizado* y *valor potencial* del cliente (Verhoef and Donkers, 2001). El primero de ellos es una medida de los beneficios que un determinado cliente ha generado para la compañía aseguradora hasta el momento actual. El segundo de ellos, se refiere al valor que proporcionaría dicho cliente si se comportara de manera ideal, es decir, si comprara todos sus productos aseguradores en la misma compañía aseguradora de referencia. Por lo tanto, a priori diríamos que resulta difícil para el asegurador medir el valor potencial dado

¹ En Suecia habitualmente contenido y continente del hogar se aseguran con dos contratos distintos.



que normalmente sólo tendrá conocimiento de aquellos productos aseguradores que en ese momento tenga contratados en su compañía. No obstante, Verhoef and Donkers (2001) concluyeron que la información socio-demográfica y la relativa a las pólizas contratadas en la compañía en cuestión son suficientes para predecir las decisiones de compra de los asegurados y en consecuencia también su valor potencial.

A pesar de su importancia, los primeros estudios en los que explícitamente se determina el valor del asegurado datan de los años ochenta (Jackson, 1989). Estos estudios, ya abogaban por la necesidad de su determinación en el contexto asegurador para así dirigir estrategias de fidelización a aquellos clientes con mayor valor para la compañía. Ya entonces, este estudio diferenciaba entre la determinación del valor histórico generado por el asegurado y la predicción a largo plazo y destacaba la necesidad de la consideración de la venta cruzada en la determinación del valor.

A lo largo de los siguientes años, se formularon distintos modelos para la determinación del valor del cliente, que fueron analizados comparando su capacidad predictiva en el contexto asegurador por Donkers et al. (2007). En concreto, en este estudio se compararon dos tipos de enfoques en los que se consideraba la venta cruzada. La aproximación más simple se basaba en la relación de la compañía con el cliente en todos los productos que éste tenía contratados pero considerando únicamente el total de beneficios obtenidos a través de todos ellos (modelos basados en la relación). Por otra parte, los modelos más complejos consideraban cada una de las pólizas contratadas y desagregaban el beneficio generado por un cliente en la contribución que suponía cada uno de estos productos (modelos basados en el producto). El estudio analizó datos de asegurados de una compañía holandesa considerando un total de doce tipos de pólizas distintos. La comparación de la capacidad predictiva de estos modelos permitió concluir que los modelos sencillos proporcionaban buenas aproximaciones del valor del cliente y que los más complejos sólo conseguían mejorar marginalmente dichas aproximaciones, pero no de manera sustancial.

Más recientemente, Guillén y Pérez-Marín (2009) llevaron a cabo un estudio donde se determinaba el valor del asegurado considerando también la venta cruzada y adoptando tres perspectivas, que daban lugar los denominados *valor histórico* (valor acumulado durante un periodo de tiempo), *valor esperado* (valor esperado que genera el asegurado en la siguiente anualidad si renueva sus contratos en vigor) y *valor potencial* (valor adicional que generaría en la anualidad siguiente el asegurado si decide contratar nuevos productos). Considerando los dos últimos enfoques, se determinaba una medida del valor del cliente que se cruzaba con su nivel de fidelidad en la compañía (medido a través de la probabilidad de cancelación) y se construía la matriz valor-fidelidad. Esta matriz permite categorizar a los asegurados en función de su nivel de fidelidad y de su valor para orientar cómo dirigir las campañas de retención de clientes. En particular, resulta importante identificar a los asegurados con bajo valor y alta probabilidad de cancelación para no destinar recursos a su fidelización, y en cambio sí hacerlo para los que tienen un alto valor.

Dadas estas evidencias, en el contexto económico actual nuestra recomendación sería implementar un sistema que permitiera a las compañías tener una aproximación para cada asegurado de la probabilidad de cancelación, su valor y duración de vida como cliente, ésta última especialmente para los asegurados que hayan realizado ya alguna cancelación. Todo ello proporcionará a la compañía una orientación sobre cómo dirigir las campañas destinadas a retener a sus asegurados y evitar así perder cuota de mercado

7.2. INNOVACIÓN EN RETENCIÓN DE ASEGURADOS

7.2.1. NUEVAS TÉCNICAS PARA MEDIR LA RESPUESTA DEL ASEGURADO ANTE ESTRATEGIAS DE RETENCIÓN

Tal y como hemos argumentado, en el contexto actual, conseguir retener al asegurado o incluso



que suscriba nuevos productos en la compañía implica en muchos casos emprender acciones comerciales que suponen un coste para la entidad. Es por este motivo que es necesario decidir correctamente a qué asegurados ha de dirigir esa acción comercial. En un primer momento, podemos pensar en que tendría que dirigirse a quienes tengan una mayor probabilidad de cancelar sus pólizas y un elevado valor para la compañía. No obstante, habrá asegurados que no se verán influenciados por dicha acción comercial pudiendo decidir igualmente cancelar sus pólizas, lo cual supone una pérdida de recursos para la entidad. Es por ese motivo que la compañía ha de dirigirse a aquellos asegurados que previsiblemente respondan mejor a dicha acción comercial.

Medir o anticipar la respuesta del cliente ante una campaña de fidelización no es fácil. Implica tener en cuenta la actitud del asegurado antes y después de dicha acción comercial. Por ejemplo, Guelman et al. (2012a) analizan el problema de una compañía de seguros que ha de aplicar un aumento de tarifa a un determinado segmento de sus asegurados a los que desea retener. Para minimizar el impacto negativo de este aumento de tarifa sobre su fidelidad, la compañía se plantea emprender una campaña de fidelización (a través de correo postal o llamadas telefónicas). ¿A quiénes ha de dirigir esta campaña? Claramente a quienes vayan a aumentar más su pro-

babilidad de renovación de la póliza como resultado de dicha campaña. No tiene sentido destinar recursos a fidelizar a quienes resulten indiferentes a dicha acción comercial. Este planteamiento evita invertir en retener a quien, sin necesidad de esta campaña de fidelización, ya iba a renovar su póliza o bien a quien, aún con dicha acción comercial, irremediamente iba a cancelar su póliza.

A modo de resumen, Guelman et al. (2012a) contemplan los distintos escenarios que pueden darse como respuesta a una acción comercial, y que están recogidos en la Tabla 1. En resumen, tendremos dos situaciones en las que la acción comercial ocasionaría costes innecesarios para la compañía, aquellas en la que la decisión de renovar/cancelar no se ve influenciada por la acción comercial. También es posible que se originen lo que se denominan efectos negativos, que ocurren cuando sin la acción comercial el asegurado hubiese renovado la póliza y como consecuencia de ésta, decide cancelarla. Esta situación, aunque a priori es poco probable que se dé, es necesario que pueda ser controlada dado que ocasiona una pérdida evitable para la compañía. Por último, están aquellos asegurados que sin la acción comercial cancelarían su póliza pero como consecuencia de la misma, deciden renovar. Identificar a estos asegurados es sin duda el objetivo de la modelización.

TABLA 1. IMPACTO DE LA ACCIÓN COMERCIAL EN LA RENOVACIÓN DE PÓLIZAS

<i>Con acción comercial</i>	<i>Sin acción comercial</i>	<i>Comentarios</i>
Cancelación	Cancelación	Costes innecesarios
Renovación	Renovación	Costes innecesarios
Cancelación	Renovación	Efectos negativos
Renovación	Cancelación	Objetivo

Si por el contrario, la compañía aseguradora se plantea emprender una acción comercial para ofrecer un nuevo producto asegurador a sus clientes, ha de tener en cuenta que dicha acción conviene dirigirla no a quienes tengan una mayor probabilidad de suscribir este producto, sino a quienes aumenten en mayor medida su

probabilidad de suscribir el nuevo producto como resultado de dicha acción.

Las técnicas estadísticas disponibles en la actualidad nos hacen plantearnos dos alternativas para dar respuesta a estas preguntas. Por una parte, podemos predecir la probabilidad de retención antes y después de la acción comercial



en función del perfil del asegurado y posteriormente sustraer ambos resultados. De algún modo, bajo este enfoque realizamos un ajuste indirecto de lo que queremos medir, el incremento de probabilidad. El segundo enfoque consistiría en predecir directamente el incremento en dicha probabilidad en función de las características del asegurado. Las evidencias existentes hasta la fecha claramente indican que el planteamiento que proporciona mejores resultados es la modelización directa de la diferencia en las probabilidades, a través de lo que se denomina modelización de la respuesta diferencial (*uplift modelling*).

En efecto, la sustracción de dos probabilidades obtenidas a través de dos modelos independientes ha sido criticada por muchos expertos en el tema dado que da lugar a numerosos problemas en la práctica. Todos ellos se derivan del hecho de que nada justifica que la diferencia entre dos modelos independientes dé como resultado una estimación precisa de dicha diferencia (Guelman et al., 2012a).

Por su parte, los modelos de respuesta diferencial parten de considerar dos submuestras de asegurados, la que denominamos grupo tratamiento, y el grupo control. A los asegurados del grupo tratamiento se les habrá dirigido la acción comercial y a los del grupo control no. A partir de aquí el modelo estimará directamente el cambio en la probabilidad de cancelación como resultado de la acción comercial utilizando árboles de decisión. La principal problemática que esto supone es que el cambio en la respuesta no puede medirse directamente a nivel del individuo (dado que éste no puede pertenecer simultáneamente al grupo control y al grupo tratamiento), por lo que se hace a nivel de segmentos de individuos. En este proceso intervendrán como predictoras una serie de variables explicativas convenientemente seleccionadas, en función de las cuales se ajustará la respuesta diferencial. Elegir correctamente estas variables resulta de gran importancia, dado que en gran medida la exactitud de las predicciones dependerá de ello. En el siguiente apartado daremos algunas recomendaciones en este sentido.

7.2.2. EL PERFIL DEL ASEGURADO Y SU RESPUESTA

A la hora de seleccionar las variables explicativas relacionadas con el perfil del asegurado que nos van a ayudar a predecir su respuesta diferencial, hay que tener en cuenta una serie de recomendaciones. Algunas de ellas, que son válidas igualmente para cualquier tipo de modelización, cobran especial importancia en el caso de los modelos de respuesta diferencial. Por una parte, es conveniente incluir sólo las variables estrictamente necesarias para reducir la dimensionalidad y evitar problemas de sobreajuste. Del mismo modo, hay que evitar que exista una elevada correlación entre ellas, dado que en tal caso se presentan importantes dificultades de modelización e incluso de interpretabilidad del modelo.

A modo de ejemplo, Guelman et al. (2012a) seleccionan variables de tres tipologías diferentes en su estudio para identificar a los asegurados que van a ser objeto de una campaña de retención para minimizar el impacto de un incremento en las tarifas en la probabilidad de cancelación. Estas tres tipologías comprenden: características de la póliza contratada, características del conductor y características del vehículo.

Entre las características de la póliza se incluyen: cobertura, condiciones particulares de la póliza, antigüedad de la póliza, prima, tipo de pago, código postal y si tiene contratada póliza del hogar entre otras variables. Respecto a las relativas a las características del conductor, se incluyen: edad, género, estado civil, antigüedad del permiso de conducir, siniestros con culpa, sin culpa, recargos por siniestralidad, condenas, si hay conductor ocasional menor de 25 años y si ha cancelado pólizas con anterioridad. Por último, dentro de las características del vehículo se incluyen: tipo, precio y antigüedad del vehículo.

En función de todas estas variables explicativas que describen el perfil del asegurado el objetivo será identificar a los asegurados que mejor responderán a la acción comercial. Para ello, el modelo estimará la respuesta diferencial para cada asegurado, con lo cual se podrá realizar una



ordenación de los mismos y seleccionar al 20-30% con mejor respuesta diferencial.

7.2.3. IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS

La utilidad de los modelos de respuesta diferencial está hoy en día fuera de discusión. Diversos estudios así lo demuestran, tanto en el ámbito asegurador como en otras aplicaciones en marketing.

En este sentido, Radcliffe y Surry (2011) recopilan diversas evidencias a partir de trabajos especializados. En concreto, en un estudio llevado a cabo en un banco estadounidense se constató la superioridad de los modelos de respuesta diferencial en el estudio del impacto de una acción comercial dirigida a sus clientes. En este estudio se pretendía identificar a los clientes mejor respondieran ante una campaña promocional de un producto financiero de alto valor. Para ello, se compararon dos modelos: uno que únicamente medía la respuesta y otro que medía la respuesta diferencial. Los resultados concluyeron que el modelo basado en la respuesta era claramente ineficiente a la hora de identificar a estos clientes. Cuando se dirigía la acción comercial al 30% de los clientes con mejor respuesta según este modelo, las ventas incrementales de estos eran prácticamente cero. La razón era que este modelo identificaba correctamente sólo a aquellos que sin necesidad de esta acción comercial hubiesen comprado igualmente el producto. En cambio, al dirigir la acción comercial al 30% de los que presentaban una mejor respuesta diferencial consiguió generar el 90% de las ventas incrementales que se hubiesen obtenido en caso de dirigir la campaña a todo el colectivo de clientes de la entidad.

Estos mismos autores, también recogen la experiencia de la aplicación de los modelos de respuesta diferencial en el sector de la telefonía móvil. En concreto, este modelo permitió identificar a un segmento formado por un 75% de los clientes a los que dirigir una acción de fidelización y así conseguir reducir la tasa global de cancelaciones de servicios de telefonía del 6% al 5% con un coste reducido para la entidad.

En el ámbito asegurador, Guelman et al. (2012b) aplicaron un modelo de respuesta diferencial para identificar a los asegurados que mejor responderían ante una campaña de retención llevada a cabo debido a la aplicación de un incremento en la tarifa de sus clientes. La aplicación del modelo de respuesta diferencial consiguió identificar a un 30% de los clientes para los que la estrategia de retención sería altamente efectiva. En concreto, la aplicación de esta estrategia únicamente a este colectivo conseguiría reducir la ratio de cancelaciones del total de la muestra analizada en un porcentaje cercano al 2%.

Todas estas evidencias, nos llevan a concluir que la utilización de estas técnicas en el ámbito asegurador aporta importantes beneficios a la compañía aseguradora en el contexto actual. Nuestra recomendación es por tanto la implementación de sistemas innovadores para orientar la toma de decisiones en el ámbito del marketing en seguros.

7.3. INNOVACIÓN EN TARIFICACIÓN: EL PAGO POR USO

7.3.1. PRESENTE Y FUTURO DE LA TARIFICACIÓN

El decrecimiento en el volumen de primas que está experimentando en la actualidad el mercado asegurador es un fenómeno preocupante, que necesita ser afrontado desde el mayor número de ángulos posible.

Un cálculo más preciso de la prima a pagar por el asegurado es sin duda una de las acciones que siempre tienen margen para la mejora. Si el asegurado percibe que paga un precio justo por su seguro, la probabilidad de que decida cancelar alguna de sus pólizas o trasladarla a una compañía de la competencia será menor. No hay que olvidar que en la situación actual el asegurado común no puede permitirse pagar más de lo necesario por sus seguros. Este hecho, sumado a que con un clic (a través de comparadores de seguros *on-line*) tiene a su alcance información sobre los productos de la competencia, hace que



su relación contractual con la compañía esté en un equilibrio inestable, que no solo requiere de acciones comerciales; es también necesario que el asegurado perciba mejoras reales en el modo en que se calcula qué precio debe pagar.

Así pues, la implementación de nuevas mejoras en la tarificación debe ser objeto constante de atención por parte de las aseguradoras. El problema ha sido abordado desde múltiples perspectivas, y numerosos avances han sido llevados a cabo a lo largo del tiempo. Sin embargo, el reto de seguir precisando mejor las primas cuenta en la actualidad con un factor inexistente hace pocas décadas: el avance de las técnicas informáticas, que permite considerar de modo global toda la cartera de asegurados, de modo que sea posible encontrar los factores de riesgo no ya para grupos segmentados a partir de algunas variables, sino incluso a nivel individual y dinámico.

Antes de proponer algunos factores novedosos que pueden incorporarse para la mejora del cálculo de primas, repasemos brevemente cuál ha sido el enfoque histórico de las políticas de tarificación. Ello nos permitirá detectar qué elementos se han omitido y ver de qué modo los avances informáticos y metodológicos pueden ayudar a incorporarlos.

Históricamente, las políticas de tarificación se han basado en la determinación de grupos de riesgo según su siniestralidad. Son relevantes tanto la frecuencia como el coste de las reclamaciones presentadas a la compañía. La idea de partida ha sido generar grupos de riesgo tan homogéneos como sea posible, a partir de una serie de factores observables tanto en la persona que solicita el seguro, como en el bien a asegurar, ya sea un automóvil, una vivienda, etc.

Es evidente que algunas características del asegurado inciden de modo directo sobre la probabilidad de que sufra y declare un siniestro, así como sobre la cuantía a indemnizar. Estos factores de riesgo tradicionales son de sobras conocidos, y se relacionan con la edad y el sexo del tomador, con la antigüedad de su permiso de conducir, con el padecimiento de enfermedades anteriores, etc.

También está ampliamente demostrado, según cuál sea el tipo de seguro, que otras variables fáciles de controlar inciden sobre el riesgo. Por ejemplo, en el caso del seguro del automóvil, es preciso tener en cuenta el tipo de vehículo asegurado, el uso que se le da (privado o profesional), su potencia o su antigüedad. Las referencias a este respecto son numerosas (Rhodes y Pivik, 2011; Yannís et al., 2005). En el seguro del hogar, el precio de la póliza variará según los metros cuadrados de la vivienda, la presencia de puerta blindada o de alarma conectada a la policía, la zona donde se encuentre, etc. En general, las características del bien sobre el que se cubre el riesgo son factores relevantes a tener en cuenta a la hora de formar grupos de riesgo.

Partiendo de estos supuestos, las técnicas de tarificación se dividen de forma natural en dos grupos, según se disponga o no de información previa sobre el comportamiento del asegurado. Si este se incorpora por primera vez a la compañía, se le aplicará la tarifa correspondiente al grupo de individuos de características similares que ya forman parte de la cartera, y para los que se conoce su riesgo. Por ejemplo, un hombre joven que conduce una motocicleta de gran potencia no tendrá la misma tarifa que una mujer de mayor edad que conduce un monovolumen familiar. Esta es la llamada tarificación *a priori*, que en algunos tipos de seguro, como el de automóvil, ya no se aplica de forma tan inmediata, pues es posible conocer algunos aspectos del historial del individuo en la compañía de que procede, como el *bonus-malus* que se le aplicaba.

El segundo grupo de métodos de tarificación son los que parten del historial de siniestros del asegurado en la compañía y le aplican descuentos o recargos en la prima en función de cuáles sean los costes que ha supuesto para ella en los períodos precedentes. Estos sistemas *a posteriori* se conocen también como *bonus-malus* en automóviles y su uso está muy difundido (Ohlsson and Johansson, 2010).

Estas técnicas tradicionales siguen siendo el sustrato sobre el que se apoyan las innovaciones que van teniendo lugar, pero cada vez es mayor



la posibilidad de realizar un cálculo más ajustado para cada individuo, sin tener que clasificarle en grupos inevitablemente compuestos por individuos heterogéneos en cuanto a su riesgo. Es sencillo entender, por ejemplo, que dos jóvenes que aseguran motocicletas de gama alta tendrán un riesgo diverso según el uso que le den. Si uno la utiliza para desplazarse cada día a su lugar de trabajo situado en una ciudad distante y por motivos recreativos durante el fin de semana, su riesgo será diferente al que tendrá el que solo la utilice esporádicamente. Sin embargo, este tipo de factores no se han considerado hasta el momento para el cálculo de las primas.

Ello conlleva que aquel que da un uso escaso al vehículo, por ejemplo, perciba que está pagando los costes que corresponden al conductor más asiduo. De este modo, su insatisfacción con la prima que se le aplica puede llevarle a buscar otro seguro más económico, aunque crea que la nueva compañía es menos solvente que la primera, pues se da cuenta de que existe poco riesgo de que sufra un siniestro.

Las técnicas informáticas disponibles en la actualidad, junto con las grandes bases de datos sistematizados sobre el comportamiento de la cartera, abren todo un abanico de posibilidades para lograr una tarificación que pueda ser percibida como más equilibrada por parte de los clientes.

Las compañías de seguros recopilan de forma continua información acerca de sus carteras, en la que se recogen no solo las características del tomador del seguro y/o bien a asegurar, sino también el historial detallado y dinámico de su siniestralidad. Esta información da lugar a enormes bases de datos, cuyo análisis solo es posible a través de potentes sistemas informáticos. Un correcto tratamiento estadístico de estos datos permite determinar los factores de riesgo a tener en cuenta para el cálculo de las primas.

Por tanto, las metodologías utilizadas deben ser capaces de determinar qué variables tienen significación estadística para explicar los fenómenos estudiados; es decir, es necesario identificar de qué factores depende el número de siniestros

y el coste de los mismos, así como la siniestralidad entendida como el producto de ambos. Así, algunas de las metodologías más utilizadas y conocidas son los modelos lineales generalizados (Dobson y Barnett, 2008) o las técnicas multivariantes de segmentación (Niggemeyer et al, 2006).

Los modelos lineales generalizados son una técnica explicativa, que busca relaciones de tipo causa-efecto entre la variable cuyo comportamiento se desea explicar, y otras variables que *a priori* se piensa que pueden tener influencia sobre ella. Por ejemplo, el coste de un siniestro podría explicarse a partir de las características del daño, del tipo de vehículo, de la severidad de las lesiones, etc.

Por su parte, los métodos multivariantes de segmentación permiten acometer el tratamiento de grandes bases de datos sin necesidad de especificar un modelo. A partir del cálculo de distancias, contrastes de medias, análisis de variabilidad, etc. se consigue detectar qué factores son los óptimos para realizar una segmentación que permita clasificar a los individuos en grupos de riesgo tan homogéneos como sea posible.

Nótese que bajo todos estos planteamientos subyace la hipótesis de que dos asegurados incluidos en el mismo grupo de riesgo tienen la misma exposición y, por tanto, la misma siniestralidad esperada. En el siguiente apartado presentamos un innovador sistema de tarificación para el seguro del automóvil, que permite relajar esta suposición: el seguro *Pay As You Drive (PAYD)*, también llamado *Usage Based Insurance (UBI)* en Estados Unidos.

7.3.2. LOS NUEVOS SISTEMAS DE TARIFICACIÓN: EL SEGURO PAYD

Como hemos visto, los sistemas de tarificación tradicionales parten de segmentar la cartera de asegurados en función de ciertas variables, relacionadas fundamentalmente con características del asegurado y del bien a asegurar. En caso de estar disponible, también se tiene en cuenta el



historial de siniestralidad. A pesar de ello, con frecuencia los grupos resultantes no son tan homogéneos como sería de desear en cuanto al riesgo que generan y, por tanto, la asignación de una misma prima a todos los individuos que conforman el grupo puede romper el principio de equidad.

En el contexto del seguro del automóvil, una mejora que permite individualizar más el producto, adaptándolo mejor al riesgo, es el llamado seguro *Pay As You Drive* (PAYD). El principio que subyace en el seguro PAYD es sencillo: a igualdad en las demás variables, cuanto mayor sea el uso que un asegurado hace del automóvil que asegura, mayor será la prima a pagar.

Así, el seguro PAYD surge de considerar el kilometraje, e incluso otras características de la conducción, como el porcentaje de exceso de velocidad sobre los límites permitidos, la franja horaria de conducción o el tipo de vía, a la hora de determinar la prima. Existen diversidad de factores psicofísicos y hábitos al volante que se relacionan directamente con el riesgo que un conductor asume, y que son bien conocidos en el ámbito de la seguridad vial. Sin embargo, no han sido tenidos en cuenta hasta ahora por las compañías aseguradoras para mejorar la tarificación.

Hagamos un breve repaso de cómo estos hábitos sobre la conducción y el uso del vehículo tienen relación con la siniestralidad esperada. Viendo qué variables inciden sobre la probabilidad de accidente y sobre su gravedad, se irá dibujando un espectro de cuestiones a considerar en el momento de fijar el precio de una póliza, de modo que esta cubra con la mayor exactitud posible el riesgo asociado.

i) Los kilómetros recorridos

Es sencillo entender que cuanto mayor sea el kilometraje anual de un conductor, mayor es su exposición al riesgo y, por tanto, más alta su probabilidad de accidente. Sin embargo, dicha relación no es lineal. Litman (2005) constata que los conductores que usan más el vehículo tienen

menos siniestros por unidad de distancia recorrida que aquellos que lo utilizan poco. Ello se explica, principalmente, por la mayor destreza de los conductores más habituales (Langford et al., 2008).

A partir de otro estudio llevado a cabo en Estados Unidos, Edlin (2003) concluye que una reducción del 10% en el kilometraje lleva asociada una reducción del coste total de los accidentes, indemnizaciones y heridos de entre el 14% y el 18%. También Buxbaum (2006) demostró que efectivamente se produce un descenso en el kilometraje cuando la compañía ofrece reducciones en la prima PAYD a pagar. A partir de un experimento llevado a cabo en Minnesota (EE.UU.), concluyó que el descenso en la distancia recorrida depende de diversas características del individuo (familiaridad con las nuevas tecnologías, conciencia ambiental, etc.), así como del uso que se da al vehículo.

Si bien estos datos tendrían que ser contrastados en el mercado español, puede concluirse que, a pesar de la no linealidad de la relación entre kilómetros recorridos y siniestralidad, un seguro como el PAYD, que tenga en cuenta el kilometraje del vehículo e incentive al asegurado a conducir menos, logrará también una reducción en su siniestralidad y en los costes asociados a ella.

ii) La velocidad de conducción

La física demuestra que existe una relación directa entre la velocidad a la que circula un vehículo y la gravedad de los accidentes que pueda sufrir. La energía cinética que poseía el vehículo antes del choque se relaciona con la severidad de las lesiones y daños materiales que se derivan del accidente (OMS, 2004; Jun et al., 2011).

A pesar de la controversia que el tema genera en algunos sectores (Shinar, 1998), está demostrado que la velocidad no solo es un factor agravante del accidente, sino que también influye en la probabilidad de sufrir un siniestro. A mayor velocidad es más difícil evitar un siniestro, dado



que aumenta la distancia de frenado y se reduce el tiempo de reacción.

Los resultados de numerosos estudios, como el que realizaron Elvik et al. (2004) en los Países Bálticos, muestran que existe una fuerte asociación estadística entre velocidad y siniestralidad vial. En el caso de España, la Dirección General de Tráfico señala que en el 20% de los accidentes con víctimas acaecidos en 2010 en vías interurbanas concurre una velocidad inadecuada. Este porcentaje se eleva al 27% para los accidentes mortales.

A partir de estas y otras evidencias, podemos concluir que el comportamiento del conductor en lo que respecta a velocidad es un factor relevante a incorporar en la tarificación, consiguiendo así un ajuste de primas y otorgando una ventaja competitiva a la entidad que sea capaz de hacerlo.

iii) Circulación por vías urbanas o interurbanas

Algunas compañías aseguradoras españolas que han empezado a vender productos PAYD consideran el tipo de vía por el que circula el vehículo de forma preferente o más frecuente como otro de los factores relacionados con la siniestralidad.

Si bien parece claro que este factor tiene incidencia, no existen estudios sistemáticos a nivel español que cuantifiquen qué diferencia hay entre los daños a indemnizar según la vía preferente de circulación sea urbana o interurbana. En ciudad se producen numerosos accidentes sin daños corporales, pero los daños materiales a indemnizar son cuantiosos. Sin embargo, dada la mayor velocidad de circulación, los accidentes que acaecen en zona interurbana suelen tener peores consecuencias para los ocupantes de los vehículos. Así, en el año 2010, según el Anuario Estadístico de Accidentes elaborado por la Dirección General de Tráfico, aunque el número total de víctimas se repartió de forma casi equitativa entre carretera y zona urbana, el 78% de los muertos y el 63% de los heridos graves se registraron en carretera.

En otros países se han llevado a cabo algunos estudios. Entre ellos, podemos citar el de Laurie (2011) para Gran Bretaña, según el cuál la tasa de accidentalidad en vías urbanas es 8,26 veces más elevada que en autopistas, mientras que en carreteras lo es 2,82 veces.

En este punto, no es posible obtener una conclusión clara y sólida, de modo que nuestra recomendación sería la de profundizar más a partir de datos españoles, de modo que se llegue a cuantificar cuál es el efecto que debe tener sobre la tarificación el tipo de vía de circulación preferente.

iv) Día y hora de conducción

El estilo de vida del conductor lleva asociados unos hábitos que se relacionan con el riesgo al que se expone. En particular, la hora del día a la que suele conducir, así como los días de la semana en que más usa su vehículo tienen incidencia directa en su siniestralidad esperada.

Como es sabido, la intensidad de tráfico es un fenómeno fuertemente estacional dentro de las 24 horas del día, así como a lo largo del mes y del año. En condiciones normales, la intensidad media diaria es más elevada durante el día que por la noche, en la cuál se alcanzan valles horarios en los que puede llegar a circular solo el 1% del tráfico total diario (Cal y Cárdenas, 2003).

Sin embargo, la relación entre siniestralidad e intensidad de circulación es compleja, pues no siempre se producen más accidentes en los momentos en que las vías están más congestionadas. Una mayor densidad de circulación implica una menor velocidad media de conducción y, por tanto, un descenso en la probabilidad de accidente, tal y como ya se ha argumentado.

Akerstedt et al. (2001) llevaron a cabo un estudio basado en 10.334 accidentes sin presencia de alcoholemia acaecidos en Suecia. Tomando como referencia el período comprendido entre las 10 y las 11 de la mañana, concluyeron que alrededor de las 4 de la madrugada la probabilidad de resultar herido en accidente de tráfico se multi-



plica por 5,7, y la probabilidad de resultar muerto por 11,4.

Según este mismo estudio, si se tienen en cuenta también los accidentes con presencia de alcoholemia, las *odds-ratio* se duplican, convirtiendo a la noche en un período del día con una peligrosidad claramente diferenciada y más elevada.

Al igual que sucede con la franja horaria, los días en que el conductor usa más su vehículo también tienen incidencia sobre la probabilidad de accidente. Además, son conocidas algunas interacciones especialmente peligrosas, como la conducción por parte de jóvenes de vehículos potentes en noches de sábado y domingo, momentos en que el consumo de alcohol y drogas, junto con episodios de conducción temeraria, son con frecuencia un combinado mortal (Rice et al., 2003). También en España, Calafat et al. (2008) llevaron a cabo un estudio en las Comunidades Autónomas de Baleares, Galicia y Valencia que confirmó estos resultados.

Al margen de las variables citadas, existen otras cuyo control también puede ser interesante de cara a la predicción de la siniestralidad. Entre ellas, cabe citar el uso del vehículo (desplazamientos al trabajo, ocio, etc.), o las desaceleraciones bruscas que se producen. Estas variables han sido poco estudiadas a nivel internacional, pero existen algunos escasos trabajos que apuntan que pueden tener relación con el riesgo a través de las conductas del asegurado (Elias et al., 2010; Jun et al., 2007).

Como síntesis de este apartado, puede concluirse un sistema PAYD eficiente debería ser capaz de controlar el mayor número de variables relacionadas con los hábitos de conducción. El estilo de vida del asegurado es un indicador del riesgo que asume cuando circula. Como veremos más adelante, la instalación de un GPS en el vehículo, previo consentimiento del asegurado, es una opción válida para recopilar información sobre kilometraje, velocidad, horas y días de conducción, y otras variables indicadoras de la intensidad y duración de los riesgos a que se expone.

En el apartado dedicado a la implementación del sistema PAYD, se detallarán algunos aspectos prácticos sobre formas de llevarla a cabo. No cabe duda de que las compañías que deseen diseñar productos de este tipo afrontarán un reto metodológico. Todavía son escasos los estudios relacionados, especialmente para datos españoles, y casi nula la experiencia sobre resultados. Sin embargo, las ventajas de su puesta en marcha son considerables, tanto para la compañía, como para el buen conductor.

No parece correcto finalizar este apartado sin mencionar otros productos ajenos al seguro del automóvil, en los que podría llegarse a aplicar una tarificación basada en el uso, y que comportarían una novedad significativa en el mercado actual. Algunos de ellos son el seguro de accidentes o el de incapacidad laboral, dentro del ámbito del seguro de salud. Una vez más, hay que aludir al contexto económico que nos rodea para entender que la intensidad de la actividad laboral para la que se contratan algunos seguros puede haber decrecido, de modo que la exposición al riesgo ha sufrido variaciones. Así, tiene sentido replantearse qué variables tienen que incidir en el cálculo actuarial de las primas.

Análogamente, hay mucho ámbito para la mejora en el seguro del hogar, en el que ya se aplican primas diferenciadas según la vivienda sea la habitual o una segunda residencia, sobreentendiendo que el uso que se hace de esta última es menor y, por tanto, el riesgo de sufrir siniestros de cierto tipo también decrece.

Dicho esto, en el siguiente apartado se analizan los sistemas PAYD desde una perspectiva histórica. Se citarán algunos estudios relevantes sobre este tipo de productos, y se recopilarán algunas propuestas que se han llevado a cabo fuera de España y que han dado lugar a algunas mejoras en la tarificación. Como se irá viendo, a nivel español habría que recomendar a las compañías aseguradoras la recopilación de datos sobre las variables citadas, que permitan modelizar su relación con la siniestralidad. De ese modo será posible llevar a cabo los cálculos actuariales para la determinación de las primas, de modo



que se contemple mejor el riesgo asociado a la póliza.

7.3.3. ANTECEDENTES DEL SEGURO PAYD

Los seguros basados en el uso han despertado el interés dentro del campo actuarial desde hace ya varios años, especialmente en Estados Unidos y Canadá, y sobre todo en el contexto del seguro del automóvil. Desde hace más de una década, T. Litman, del *Victoria Transport Policy Institute*, investiga ampliamente las posibilidades de este tipo de productos aseguradores, considerando tanto sus costes y beneficios, como sus formas de implementación.

Según se puede constatar, el seguro basado en el uso se ha desarrollado sobre todo dentro del sector del automóvil, si bien en España apenas existen productos que incorporen la exposición al riesgo como factor a tener en cuenta en la tarificación. Esto supone, por tanto, una ventaja competitiva para la compañía que implemente dichos productos, que pueden resultar muy atractivos de modo especial para asegurados de bajo riesgo.

Como hemos visto, el seguro PAYD se fundamenta en la dependencia existente entre el uso del automóvil y los hábitos del conductor, y la siniestralidad.

En la actualidad, los sistemas telemáticos hacen posible que la utilización del vehículo pueda controlarse de forma objetiva. Sin embargo, la idea de diseñar productos aseguradores basados en el uso tiene ya cierta historia, pues las primeras referencias datan de 1925, según Khaz-zoom (2000).

De hecho, las primeras experiencias que podrían considerarse una forma de seguro PAYD fueron las llamadas *Pay-at-the-pump (PATP)*, que pretendían que los conductores pagasen por su seguro cada vez que fueran a una gasolinera a repostar combustible. De ese modo, se vinculaba la prima a los litros de carburante consumidos y, por tanto, al kilometraje. A priori, además, el método parecía simple y fácil de implementar.

Sin embargo, el seguro PATP nunca llegó a consolidarse, aunque existen algunas referencias bibliográficas de las décadas de los ochenta y noventa del siglo pasado que destacan sus beneficios medioambientales (Kavalec y Woods, 1999). Según estos y otros autores, este sistema incentivaría un menor kilometraje, al mostrarle al conductor de modo tan inequívoco la relación entre este y la prima a pagar por su seguro. Otra ventaja sería que no existirían vehículos sin asegurar en circulación.

Como críticas a esta estrategia, Guesler et al. (2003) citan que incrementaba los gastos de gestión de las aseguradoras, al tener que recaudar las primas en las gasolineras. Igualmente, sufrió críticas por la desigualdad relacionada con el tipo de vehículo conducido, pues no todos ellos consumen el mismo combustible en la misma distancia.

No obstante, el principal inconveniente que puede achacarse a este tipo de seguro es que no tiene en cuenta ni las características personales ni el historial de siniestralidad del asegurado. Al basarse solo en el consumo de combustible para fijar la prima a pagar, ignora los diferentes riesgos relacionados con el resto de características, que precisamente son las que tienen en cuenta los sistemas de tarificación tradicionales.

Al margen del seguro PATP, puede citarse a William Vickrey, ganador del premio Nobel de Economía en 1996, como uno de los autores pioneros en ver la necesidad de implementar seguros basados en el uso. Vickrey formuló, junto al también ganador del Nobel James A. Mirrlees, la Teoría Económica de Incentivos bajo Información Asimétrica. El hecho de que la compañía de seguros no tenga toda la información sobre el modo de conducir del asegurado, ni sobre el uso que hace del vehículo, plantea problemas de eficiencia económica y puede originar fallos en el mercado.

Vickrey (1968) argumentaba que en muchas ocasiones (y más en tiempos de crisis) el precio del seguro es un factor importante a la hora de que un individuo decida si mantener la propiedad de un vehículo privado o prescindir de él.



Sin embargo, el coste del seguro es fijo y, como consecuencia, el conductor no tiene en cuenta la mayor exposición al riesgo que conlleva el hecho de recorrer más kilómetros. Por tanto, desde esta óptica, los sistemas de tarificación tradicionales proporcionan incentivos inadecuados desde el punto de vista económico. Un seguro que tenga en cuenta el kilometraje resultaría más eficiente.

En aquel momento, Vickrey era consciente de la dificultad de implantar un sistema que pudiera controlar los kilómetros recorridos, pues la manipulación del cuentakilómetros era y ha sido hasta no hace muchos años una forma de fraude bastante frecuente.

Los avances tecnológicos abren hoy en día el camino a nuevas estrategias para el control de la utilización del vehículo y de las conductas al volante, que sin duda pueden hacer más competitivas a las entidades aseguradoras al permitirles crear productos innovadores que ofrezcan una mayor equidad a sus clientes.

7.3.4. LA MEDICIÓN DEL USO

Tal y como se ha visto, en el seguro PAYD una variable esencial para el cálculo de la prima, y que ha sido poco considerada hasta el momento, es la exposición al riesgo. El hecho que genera el riesgo es muy diverso en cuanto a intensidad y frecuencia con que se produce. Siguiendo con el ejemplo antes citado de los motoristas, y sin tener en cuenta otras variables, el que usa su vehículo a diario y recorre muchos kilómetros incurre en un riesgo muy superior a aquel que apenas lo utiliza. Desde un punto de vista técnico, no parece sostenerse que ambos deban pagar una prima similar.

Efectivamente, la Ley del Contrato de Seguros establece que el asegurado deberá pagar una prima justa en función del riesgo que está generando. En un caso extremo, si hubiera ausencia de riesgo, aun estando en vigor la póliza, habría que replantear el cálculo de la prima de forma que esta fuera más equitativa. El principio que subyace es básico, sencillo e intuitivo: cuanto más

expuesto al riesgo esté el asegurado, mayor tendrá que ser la prima a pagar.

Sin embargo, la búsqueda de esta proporcionalidad supone hablar de una serie de factores no considerados hasta el momento, al menos de forma generalizada, en el sector asegurador español. Asimismo, se generan consecuencias que van más allá de los cálculos actuariales. Así, por ejemplo, del mismo modo que los asegurados de bajo riesgo verán reducirse sus primas y se fidelizarán a la compañía, aquellos que son graves verán cómo estas se incrementan, de modo que la probabilidad de que abandonen la compañía será mayor. Cada entidad tendrá que valorar hasta qué punto le interesaba mantener en su cartera a estos individuos que cabe esperar que le ocasionen más pérdidas que beneficios.

Al margen de estas consideraciones, otro aspecto de importancia vital para poder plantear un seguro que tenga en cuenta la exposición al riesgo es la cuantificación de esta exposición. Abandonemos momentáneamente el ámbito del automóvil para entender mejor estos conceptos. Por ejemplo, en un seguro de accidentes laborales, ¿cómo puede analizar la compañía la exposición al riesgo? No existen experiencias publicadas a nivel nacional ni internacional que puedan dar una respuesta clara a esta pregunta.

Los factores clásicos que se han contemplado hasta el momento están ligados con el tipo de actividad profesional realizada, clasificada en grandes grupos (industria, construcción, etc.), que luego se divide según las características más específicas del trabajo realizado en dicha profesión. Por ejemplo, dentro del terreno de la agricultura, no se considera el mismo riesgo para un trabajador que utilice maquinaria agraria pesada, que para uno que no lo haga. O en la construcción, la altura sobre el suelo a la que deba trabajar habitualmente el obrero introduce un riesgo claramente diferenciado que hay que tener en cuenta.

Por otro lado, los hábitos y conductas del asegurado durante su actividad laboral diaria tienen gran relación con el nivel de riesgo que asume, de modo que pueden ser de gran relevancia a la



hora de la tarificación. El problema es que estos factores de comportamiento son con frecuencia difíciles de medir u observar. Las medidas de prevención de riesgos existen por ley, pero la compañía que asegura estos riesgos laborales debería prever en su tarificación sistemas de validación del cumplimiento de esas medidas, que se pasan por alto con frecuencia. De ese modo, podría reducirse el número de indemnizaciones cuantiosas que muchos accidentes laborales suelen implicar, por la presencia de daños corporales graves, secuelas, invalidez, etc.

Un modo de abordar este tipo de controles de riesgo en un seguro que tuviera en cuenta la exposición, sería pensar que, puesto que el asegurado espera obtener una reducción en la prima a pagar, debería pedírsele a cambio su consentimiento para que la compañía pueda realizar controles sobre el tipo, intensidad y duración de la actividad realizada, sin que sea necesario el acaecimiento de un siniestro. Así, por ejemplo, la compañía podría llevar a cabo de manera preventiva controles aleatorios durante el período de vigencia de la póliza, que le permitieran validar el seguimiento de determinadas normas de seguridad laboral.

Adicionalmente, el conocimiento del asegurado de que la compañía puede llevar a cabo controles aleatorios en momentos imprevistos, conllevará posiblemente la reducción de la exposición al riesgo de accidente, puesto que las normas de seguridad no se relajarán con tanta facilidad. Cabe esperar acciones por parte del asegurado que acaben revirtiendo en una menor siniestralidad, tales como: un incremento de recursos preventivos propios, la adopción de planes de seguridad vial relacionados con la actividad profesional, o el seguimiento exhaustivo de los índices de siniestralidad laboral, tanto en lo que respecta a partes de accidente de trabajo declarados, como a gravedad de los mismos. No hay que olvidar que la realización de auditorías voluntarias, sin imposición legal, es una de las actuaciones contempladas por el R.D. 404/2010, de 31 de marzo, por el que se regula el establecimiento de un sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales a las

empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral.

En el caso del seguro del automóvil, la medición de la exposición al riesgo pasa por reunir datos sobre las variables antes citadas, que se relacionan con los hábitos y conductas en el uso del vehículo.

Como se ha visto, dos de los factores relevantes para la cuantificación del riesgo son la velocidad de conducción y los kilómetros recorridos. Cabe destacar que en España se ha ensayado la posibilidad de preguntar directamente al asegurado qué porcentaje del tiempo que conduce lo hace superando los límites de velocidad permitidos. Sin embargo, parece bastante claro que la fiabilidad de la respuesta estará en entredicho en el momento en que el asegurado sospeche que la prima que pagará dependerá, entre otros factores, de su respuesta. Además, el propio asegurado, aun de buena fe, podría hacer una valoración sesgada de su capacidad para conducir a la velocidad adecuada en cada momento, que no será la misma, por ejemplo, según cuáles sean las condiciones meteorológicas. La dificultad para conseguir datos sobre los kilómetros recorridos, es similar.

Llegados a este punto, el recurso a las nuevas tecnologías de la información para conseguir los datos necesarios sobre uso parece la única salida viable. El uso de la telemática a bordo del vehículo permite la transmisión de datos sobre todas las variables citadas. Sin embargo, existen todavía inconvenientes legales e incluso culturales que dificultan que esta práctica se lleve a cabo con comodidad.

Desde una perspectiva legal, no es posible hoy en día obligar a ningún asegurado a instalar en su vehículo un sistema GPS conectado a su compañía. Sería necesario pedir autorización al conductor para instalar los dispositivos en su vehículo de forma voluntaria, a cambio de una reducción en la prima a pagar. Laurie (2011) se refiere a una reciente encuesta llevada a cabo en el Reino Unido, según la cual el 64% de los conductores estaría dispuesto a permitir la instala-



ción de un GPS en su vehículo a cambio de una reducción del 10% en la prima a pagar.

A pesar de estos inconvenientes, algunos autores, como el mismo Laurie (2011), se muestran optimistas y afirman que en los próximos tiempos el consumidor será más receptivo a estas prácticas, pues verá que revierten en una reducción real de la prima a pagar. Por otro lado, afirma que los problemas regulatorios irán disminuyendo ante la evidencia de que productos telemáticos de última generación proporcionan una información valiosa para afinar la tarificación. De este modo, las compañías aseguradoras que implementen estos sistemas ganarán una ventaja competitiva respecto a sus rivales.

7.3.5. IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS

A la hora de diseñar e implementar un producto asegurador basado en el uso como es el PAYD, hay que plantearse algunas cuestiones importantes, a las que habrá que dar respuesta:

1. En primer lugar, es preciso determinar qué variables se desea que intervengan como indicadores de la exposición al riesgo (kilometraje, velocidad, otros hábitos de conducción, etc.).

Como se ha visto, todas ellas son variables que permiten perfilar el riesgo de cada individuo. El problema puede derivar de la dificultad para acceder a esa información de modo fiable.

2. También es necesario decidir si estas variables se combinarán o no con las usadas tradicionalmente para segmentar la cartera en grupos de riesgo.

Por ejemplo, si se fijara una prima universal por kilómetro recorrido, sin tener en cuenta otras variables relacionadas con el individuo y el vehículo asegurados, no se podría garantizar la suficiencia de las primas ni su equidad. Los asegurados no quedarían bien segmentados en su grupo de riesgo, de modo que podría haber incongruencia entre la siniestralidad esperada y la real.

Por tanto, lo aconsejable sería utilizar también las variables tradicionalmente usadas en la tarifi-

cación y definir el sistema de modo que los conductores con más exposición al riesgo paguen más por kilómetro recorrido.

3. En tercer lugar, habrá que ocuparse de cómo medir en la práctica las variables de exposición al riesgo. La variable más sencilla de tener en cuenta es el kilometraje, que puede controlarse a partir del cuentakilómetros o de mecanismos más seguros y sofisticados, como un GPS. El resto de variables podrían conocerse también en caso de instalación de un GPS en el vehículo.

Otra opción sería preguntar directamente al asegurado sobre ellas, pero es evidente que las respuestas podrían tener poca fiabilidad. Ya se ha comentado que el GPS instalado de forma voluntaria (a cambio de incentivos) en el vehículo asegurado es hoy en día la mejor opción para conseguir la información necesaria sobre exposición al riesgo y conductas al volante.

4. Finalmente, otra cuestión a plantear sería qué repercusión debería tener una mayor exposición al riesgo sobre el incremento en la prima. Como ya se ha comentado anteriormente, el kilometraje no es directamente proporcional al riesgo de siniestro, pues también intervienen otras variables que actúan de modo favorable cuando el uso del vehículo es más frecuente (experiencia del conductor, vías más seguras, vehículos más nuevos).

En este sentido, Litman (2011) observó como las tasas marginales de accidentalidad varían con el rango de kilometraje. Por tanto, se justificaría que la prima por kilómetro sea decreciente con el kilometraje. Así, por ejemplo, los primeros 10.000 kilómetros anuales podrían tener un coste mayor que los siguientes 10.000 kilómetros, y así sucesivamente. Igualmente, otras variables podrían ser incorporadas de modo similar en la estructura de precios.

No existen experiencias en España que ayuden a cuantificar de forma más precisa esta relación entre prima y kilometraje. Del mismo modo, no está cuantificado qué efecto concreto tienen sobre la siniestralidad la franja horaria de conducción o el porcentaje de tiempo que se conduce excediendo los límites de velocidad.



Nuestra recomendación sería llevar a cabo estudios cuantitativos para ver concretamente, y en función de las características del individuo y del vehículo, qué impacto tiene un incremento en el kilometraje sobre la siniestralidad. Sin duda, los modelos lineales generalizados que antes se han citado, son una herramienta metodológica adecuada para dar luz a esta cuestión a partir de datos de la cartera de una compañía.

Dentro del diseño del producto asegurador, la compañía podría proponer algunos incentivos que revertirían favorablemente sobre el riesgo a cubrir, y ayudarían a perfilar mejor el producto. Por ejemplo, se podrían ofrecer descuentos a los asegurados que conducen menos de un determinado número de kilómetros anuales. Esto es lo que lleva a cabo el sistema de tarificación llamado *Mileage Rate Factor* (MRF), descrito en Litman (2011).

Para acabar este apartado, consideremos cuáles son los beneficios del sistema PAYD. Según diversos autores, como Peña (2007), estos novedosos sistemas de tarificación basados en el uso cubren los siguientes objetivos, entre otros:

- Desde el punto de vista técnico-actuarial, ofrecen importantes ventajas para las aseguradoras, pues permiten una mejor segmentación del mercado y un aumento de la equidad.
- Los asegurados también resultan beneficiados, pues las primas son más ajustadas y los sistemas de tarificación más transparentes.
- Además, el asegurado reduce la intensidad y el grado de utilización del vehículo, y puede mejorar sus hábitos de conducción, para así beneficiarse de un mayor ahorro.
- Esta menor utilización del vehículo y mejora de las conductas al volante revierte en un descenso de la siniestralidad, de los problemas de congestión del tráfico y del gasto público en mantenimiento de carreteras. También el medio ambiente resulta beneficiado, al reducirse las emisiones.
- Finalmente, este sistema aumenta la asequibilidad del seguro, de modo que ayuda

a reducir el número de vehículos que circulan sin haber contratado una póliza.

Así pues, la implementación de una tarificación basada en el uso supone una línea de mejora para las compañías, que debe ser recomendada a la vista del escenario actual.

7.4. OTROS RETOS Y OPORTUNIDADES

A parte de los ya mencionados, a continuación se presentan otros retos y oportunidades de especial relevancia para el sector en el contexto actual:

- La aparición de buscadores y comparadores de productos aseguradores en Internet suponen una oportunidad para el sector al servir como nuevo canal de difusión (entre los que se incluyen también las redes sociales), pero al mismo tiempo la falta de una regulación al respecto ocasiona desprotección para el asegurado y para la compañía.
- La expansión en nuevos sectores y productos al alcance de las compañías, como por ejemplo los ligados a la telefonía móvil (seguro de sustracción, pérdida o uso ilegítimo del móvil), la lucha contra la intromisión y la protección de la privacidad (seguro de suplantación de la identidad en el negocio electrónico, uso fraudulento de tarjetas de crédito, etc.), y la protección ante situaciones de desempleo (seguro de complemento a la prestación por desempleo), entre otros.
- La prestación de servicios integrales al asegurado, como la obtención de descuentos en los cursos para obtener el permiso de conducir y la comercialización de paquetes de viajes ligados al seguro del automóvil, así como las actividades de salud preventiva que se ofrecen ligadas al seguro de salud.
- Las oportunidades de exportación de la actividad aseguradora y la expansión a nuevos mercados.



- Por último, conocer cuál será la aceptación del producto asegurador tradicional por parte de las nuevas generaciones marcadas por el contexto de crisis actual, principalmente en su predisposición a contratar productos distintos de los obligatorios.

Como hemos argumentado, el panorama actual plantea nuevos retos metodológicos, que deben ser vistos como oportunidades de mejora. La compañía que los afronte con éxito escalará posiciones en un mercado altamente competitivo y marcado por una exigencia cada vez mayor por parte de los asegurados. Y este éxito depende en buena medida de la capacidad de la compañía para desarrollar productos dinámicos y más adaptados a las características individuales del individuo y de sus hábitos en relación al riesgo.

7.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Resulta fundamental conocer qué razones llevan a los asegurados a cambiar de compañía, de modo que se pueda incidir sobre las decisiones de cancelación. Para ello es fundamental considerar todos los aspectos que tengan que ver con la relación entre el asegurado y la compañía así como las iniciativas de los competidores.

Todo asegurado debería poder identificar cuántos clientes tiene y no sólo medir su volumen a partir de cuántas pólizas tiene suscritas. En un contexto donde cada vez es más importante hablar del cliente y no de la póliza, se impone la tarificación multiproducto, así como la gestión integral. Ambas apuntan como direcciones imprescindibles para mantener la cartera y su calidad.

La venta cruzada es una de las técnicas más conocidas para crecer en el mercado asegurador, aunque actualmente ésta se atisba de mucha mayor complejidad dado el crecimiento de los canales de distribución en la red. Se impone por ello, un tratamiento mucho más particularizado de las necesidades, perfil y tipología de cliente. Se impone de manera muy clara, el concepto del valor del cliente, como un objetivo a evaluar, ante

la ausencia o disminución del trato personal por parte del agente o mediador que tradicionalmente conocía a todos los asegurados de su cartera. El tratamiento requerido es hoy por hoy, mucho más sistemático y basado en criterios estadísticos y actuariales.

La innovación en la retención de clientes, la fidelización y la mejora de las prestaciones son elementos imprescindibles en el futuro del sector. Concretamente, las prestaciones pueden mejorarse teniendo en cuenta que en algunos casos se prevén notables cambios a corto plazo en la relación entre el asegurado y la compañía. Deberán implementarse acciones completamente diferentes en el caso de que el establecimiento de la relación contractual sea directa, o bien cuando se produzcan a través del filtro del mediador. El correspondiente sobrecoste que suponen las comisiones de mediación se prevé que constituirán uno de los mayores y próximos puntos de mira de las asociaciones de consumidores. Los aseguradores se cuestionarán si el papel del mediador no debería ser redefinido. Implicar a los mediadores en la etapa de retención de clientes va a resultar fundamental en el futuro, así como mejorar en la forma de hacer partícipe en la gestión integral del riesgo al mediador, y no sólo contar con él como mero comercializador del producto.

Nuestra recomendación es por tanto la implementación de sistemas innovadores para orientar la toma de decisiones en el ámbito del marketing en seguros y extenderlas a las etapas de retención, fidelización y mejora de las carteras en su conjunto.

El resto de indicaciones que se resumen en este capítulo aluden a nuevas formas de abordar el aseguramiento que difícilmente pueden ser eludidas por las entidades de seguros que desean mantener una posición relevante en el sector. Se ha mencionado el pago por uso, evidentemente relacionado con el seguro de automóviles, señalando sus ventajas y limitaciones. Igualmente se han reseñado algunos otros retos que afectan a la innovación en el sector seguros como también la oferta de seguros a través de los comparadores



de precios y sus implicaciones, la expansión en nuevos sectores, la prestación de servicios integrales ligados a determinadas pólizas y la penetración de la cultura del seguro entre los jóvenes.

REFERENCIAS

- Akerstedt, T., Kecklund, G., Hörte, L.G. (2001) Night Driving, Season, and the Risk of Highway Accidents. *Sleep*, 24, 4.
- Ayuso, M., Guillén, M. and Pérez-Marín, A. M. (2011) «Metodología para el cálculo de escenarios de caída de cartera en Solvencia II en presencia de contagio entre cancelaciones» *Anales del Instituto de Actuarios Españoles*, 13-30.
- Brockett, P. L., Golden, L., Guillen, M., Nielsen, J. P. and Perez-Marin, A. M. (2008) «Survival Analysis of Household Insurance Policies: How Much Time Do You Have to Stop Total Customer Defection?» *Journal of Risk and Insurance* 75, 3, 713-737.
- Buxbaum, J. (2006) Mileage-Based User Fee Demonstration Project: Potential Public Policy Implications of Pay-As-You-Drive Leasing and Insurance Products. Cambridge Systematics, Inc.
- Cal, R. y Cárdenas, J. (2003) Ingeniería de tránsito. Ed. Computec.
- Calafat, A., Adrover, D., Juan, M. y Blay, N.T. (2008) Relación del consumo de alcohol y drogas de los jóvenes españoles con la seguridad vial durante la vida recreativa nocturna en tres Comunidades Autónomas en 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 323-331.
- Dirección General de Tráfico (2010) Anuario Estadístico de Accidentes. Ministerio del Interior. España.
- Dobson, A.J. y Barnett, A.G. (2008) An introduction to Generalized Linear Models. Texts in Statistical Science. Chapman and Hall, Third Edition.
- Donkers, B., Verhoef, P. C. & Jong, M. G. (2007). Modeling CLV: a test of competing models in the insurance industry. *Quantitative Marketing and Economics*, 5, 2, 163-190.
- Edlin, A.S. (2003) Per-mile premiums for auto insurance. In *Economics for an imperfect world: essays in honor of Joseph E. Stiglitz*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Elvik, R., Christensen, P. y Amundsen, A. (2004) Speed and road accidents. An evaluation of the Power Model. TØI report 740/2004. Institute of Transport Economics TOI, Oslo.
- Emms, P., Haberman, S. y Savoulli, I. (2007) Optimal Strategies for Premium Pricing in General Insurance. *Insurance: Mathematics and Economics*, 40, 1, 15-34.
- Guelman, L., Guillén, M. and Pérez-Marín, A.M. (2012a) «Random Forests for Uplift Modeling: An Insurance Customer Retention Case» *Lecture Notes in Business Information Processing*, 115, 123-133.
- Guelman, L., Guillén, M. and Pérez-Marín, A.M. (2012) «Uplift Random Forests», *Cybernetics & Systems*, in press.
- Guensler, R., Amekudzi, A., Williams, J., Mergelsberg, S. y Ogle, J. (2003) Current State Regulatory Support for Pay-as-You-Drive Automobile Insurance Options. *Journal of Insurance Regulation*, 21, 3.
- Guillén, M. and Pérez-Marín, A.M. (2009) *Riesgo de negocio ante asegurados con múltiples contratos*, Fundación Mapfre, Cuadernos de la Fundación N° 140, Madrid.
- ICEA (2012) «Evolución del mercado asegurador. Estadística a Junio. Año 2012», ICEA, Informe número 1256, Julio 2012.
- Jun, J., Guensler, R. y Ogle, J. (2011) Differences in observed speed patterns between crash-involved and crash-not-involved drivers: Application of in-vehicle monitoring technology. *Transportation Research Part C*, 19, 569-578.
- Kamakura, W. A., Ramaswami, S., and Srivastava, R. (1991). Applying latent trait analysis in the evaluation of prospects for cross-selling of financial services. *International Journal of Research in Marketing*, 8, 329-349.
- Kamakura, W. A., Wedel, M., de Rosa, F., and Mazzon, J. A. (2003). Cross-selling through



- database marketing: A mixed data factor analyzer for data augmentation and prediction. *International Journal of Research in Marketing*, 20, 45–65.
- Kavalec, C. y Woods, J. (1999) Toward marginal cost pricing of accident risk: the energy, travel, and welfare impacts of pay-at-the-pump auto insurance. *Energy Policy*, 27, 6, 331-342.
- Khazzoom, J. D. (2000) Pay-at-the-Pump auto Insurance: Review of criticisms and proposed modifications. *Journal of Insurance Regulation*, 18, 448-496.
- Kotler, P. (1974). Marketing during periods of shortage. *Journal of Marketing*, 38(3), 20-29.
- Langford, J., Koppel, S., McCarthy, D. y Srinivasan, S. (2008) In defence of the 'low-mileage bias'. *Accident Analysis and Prevention*, 40, 6, 1996-1999.
- Laurie, A. (2011) Telematics: the new auto insurance. En: *Emphasis*. - New York: Towers Watson. Núm. 1, 20-25.
- Litman, T. (2005) Pay-As-You-Drive Pricing and Insurance Regulatory Objectives. *Journal of Insurance Regulation*, National Association of Insurance Commissioners, 23, 3, Spring 2005.
- Litman, T. (2011) Pay-As-You-Drive Insurance: Recommendations for Implementation. Victoria Transport Policy Institute. Disponible en: www.vtpi.org/payd_rec.pdf.
- Niggemeyer, B., Radtke, M. y Reich, A. (2006) Applications of risk theory and multivariate analysis in insurance practice. *Applied Stochastic Models and Data Analysis*, 11, 3, 231-244.
- Ohlsson, E., Johansson, B. (2010) *Non-life insurance pricing with Generalized Linear models*, Springer-Verlag, London.
- Organización Mundial de la Salud (2004) Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. Washington, D.C.: OPS.
- Pieschacón Jr., C.A. La caída de cartera en vida y sus consecuencias. *Actualidad Aseguradora*, 2010, Vol. 10-11, [4] p.
- Peña, L. (2007) Nuevos modelos de gestión de seguros: Mapfre y su proyecto Generación Y, *Carreteras*, 54, 156/Nov-Dic.
- Radcliffe, N. J. and Surry, P. D. (2011) «Real-World Uplift Modelling with Significance-Based Uplift Trees», *Stochastic Solutions White Paper*, Portrait Technical Report TR-2011-1.
- Rhodes, N., Pivik, K. (2011) Age and gender differences in risky driving: the roles of positive affect and risk perception. *Accident Analysis and Prevention* 43, 3, 923-931.
- Rice, T.M., Peek-Asa, C. y Kraus, J.F. (2003) Nighttime driving, passenger transport, and injury crash rates of young drivers. *Injury Prevention*, 9, 3, 245-250.
- Schlesinger, H. & Schulenburg, J. M. (1993). Customer information and decisions to switch insurers. *Journal of Risk and Insurance*, 60, 4, 591-615.
- Shinar, D. (1998) Speed and crashes: a controversial topic and an elusive relationship. Appendix B in: *Managing speed: Review of current practice for setting and enforcing speed limits*. Special report 254, Transportation Research Board TRB, Committee for Guidance on Setting and Enforcing Speed Limits. National Academy Press, Washington, D.C.
- Thuring, F., Nielsen, J. P., Guillén, M. and Bolancé, C. (2012) «Selecting prospects for cross-selling financial products using multivariate credibility» *Expert Systems with Applications*, 39, 10, 8809-8816.
- Verhoef, P.C. and B. Donkers (2001). Predicting customer potential value: an application to the insurance industry. *Decision Support Systems*, 2, 189-199.
- Vickrey, E. (1968) Automobile accidents, tort law, externalities, and insurance: an economist's critique, *Law and Contemporary Problems*, 33, 464-487.
- Yannis, G., Golias, J. y Papadimitriou, E. (2005) Driver age and vehicle engine size effects on fault and severity in young motorcyclists accidents. *Accident Analysis and Prevention*, 37, 327–333.



VIII. LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES ESPAÑOL

Inmaculada Domínguez Fabián. Universidad de Extremadura
Borja Encinas Goenecha. Universidad de Extremadura
Mar Devesa Carpio. Universidad de Valencia

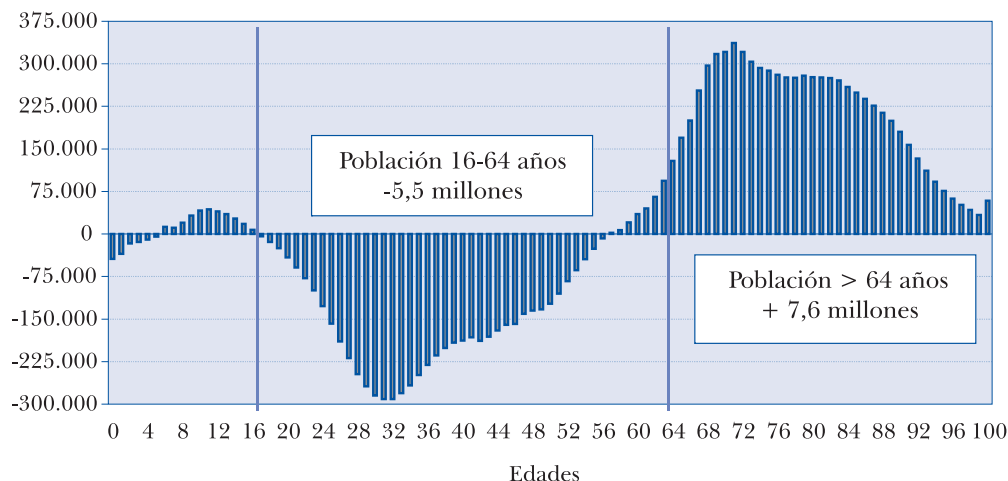
8.1. LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES EN 2011 Y REFORMAS PENDIENTES

En las últimas décadas, la mayoría de los países desarrollados han mostrado una preocupación creciente sobre la salud financiera de sus sistemas públicos de pensiones. La razón fundamental de esta preocupación tiene su origen en el progresivo envejecimiento de su población, causado por el descenso de las tasas de fecundidad y el aumento continuado de la esperanza de vida.

España es uno de los países europeos donde el proceso de envejecimiento de su población se ha

desarrollado a un ritmo más acelerado. Según datos del INE, en el año 1950 la tasa de envejecimiento de la población española, definida como el porcentaje de personas mayores de 64 años sobre el total de la población, estaba en torno al 7,2%, mientras que en el año 2011 superaba el 17,4%. Pero lo más preocupante es que la magnitud de este fenómeno no parece que vaya a disminuir en el futuro. Según las últimas proyecciones demográficas del INE (2010), en el año 2049 la población mayor de 64 años se duplicará y pasará a constituir el 32% de la población total, mientras que la población en edad de trabajar se verá reducida en un 20% (Gráfico 1).

GRÁFICO 1. CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN POR EDAD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA (2009-2049)



Fuente: Elaboración propia a partir de la Proyección de población a largo plazo del INE (2009-2049).



Como consecuencia del envejecimiento demográfico, se espera que en las próximas décadas se produzca un fuerte deterioro de la ratio cotizantes/pensionistas, variable fundamental de la que depende críticamente el equilibrio financiero de los sistemas de pensiones basados en el principio de reparto, como es el español. En efecto, en los sistemas de reparto las pensiones de cada año se financian con las cotizaciones pagadas por los trabajadores que coexisten con ellos y, por tanto, un empeoramiento de esta relación puede generar desequilibrios financieros que de mantenerse en el tiempo pondría en peligro la sostenibilidad del sistema. En este sentido, según las proyecciones 2010-2060, contenidas en *The 2012 Ageing Report* (Comisión Europea y Comité de Política Económica, 2012), en España la ratio cotizantes/pensionistas se reducirá a 1,28 en 2050, lo que supone un deterioro muy severo de esta ratio que, en los últimos 15 años, ha tenido un valor medio superior a 2,1 y muy inferior a 1,9 que es la cifra necesaria para que el sistema no genere déficits de caja (Fernández y Herce, 2009).

Además del envejecimiento, el impacto de la crisis financiera y económica que se inició en 2007 ha agravado aun más la situación y, por ello, en los últimos años cada vez más instituciones, internacionales y nacionales, entidades privadas y expertos han alertado sobre los problemas de sostenibilidad de nuestro sistema de pensiones y la necesidad de emprender reformas adecuadas para reducir los desequilibrios financieros futuros y alcanzar un sistema de pensiones adecuado y sostenible. Entre los trabajos más recientes destacan Conde-Ruiz y Alonso (2006), Díaz-Giménez y Díaz-Saavedra (2006), Balmaseda, Melguizo y Taguas (2006), Ministerio de Trabajo e Inmigración (2008), Gil *et al.* (2008), Moral-Arce, Patxot y Souto (2008), Pelaez (2008), Jimeno, Rojas y Puente (2008), Domenech y Melguizo (2009), De la Fuente y Domenech (2009) y Comisión Europea y Comité de Política Económica (2009).

Es en este contexto, en el que se ha llevado a cabo la última reforma del sistema de pensiones español mediante la aprobación de la Ley

27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social. Esta ley ha sido la culminación de un proceso iniciado en la Comisión Parlamentaria del Pacto de Toledo cuyas recomendaciones, tras más de dos años de debate, se aprobaron en el Congreso de los Diputados el 28 de enero de 2011; y, continuado con el Acuerdo Social y Económico para el crecimiento, el empleo y la garantía de las pensiones; que fue firmado por el Gobierno y los agentes sociales el 2 de febrero de 2011.

En la propia exposición de motivos de la Ley se hace referencia al problema del envejecimiento y sus consecuencias sobre la sostenibilidad del sistema en los siguientes términos: «El sistema de Seguridad Social tiene que seguir haciendo frente a importantes desafíos, afrontando a largo plazo las exigencias derivadas, entre otras, de las tendencias de evolución demográfica, a fin de garantizar la sostenibilidad financiera de aquél. El hecho incuestionablemente positivo de que la esperanza de vida aumente progresivamente en España, hasta haberse convertido en el segundo país del mundo con mayor pervivencia de la población, enfrenta también el reto de que, en el futuro, será necesario asumir el pago de más pensiones durante más tiempo a causa de dicho envejecimiento de la población».

Los objetivos que persigue la reforma, también según la propia ley, se pueden sintetizar en los siguientes:

- a) Anticipar las reformas necesarias para que el sistema responda con eficacia a los nuevos desafíos.
- b) Seguir proporcionando la más amplia cobertura protectora posible.
- c) Conseguir un sistema financieramente estable y sólido.
- d) Garantizar a las generaciones futuras las prestaciones sociales suficientes.

Según el Ministerio de Trabajo e Inmigración la reforma se asienta en cuatro principios:



1. Sostenibilidad. Se trata de garantizar la viabilidad del sistema público de pensiones de reparto en las próximas décadas, moderando el crecimiento del gasto derivado del envejecimiento de la población.
2. Adecuación. La reforma combina una mayor correlación entre el esfuerzo contributivo realizado y las prestaciones recibidas, con el mantenimiento de un componente solidario para la mejor protección de los ciudadanos más vulnerables.
3. Flexibilidad. Se refuerza la concepción de la jubilación como un derecho a través de una novedosa regulación más flexible.
4. Gradualidad. La aplicación de los cambios normativos se realiza de forma paulatina a lo largo de un amplio periodo transitorio que se iniciará en 2013 y culminará en 2027. No tiene ninguna incidencia sobre los actuales pensionistas.

A continuación, se exponen las principales modificaciones introducidas por la Ley 27/2011, destacando de forma especial aquellas que afectan al régimen jurídico de la pensión contributiva de jubilación.

❖ Ampliación de la edad legal de jubilación

Siguiendo el camino emprendido por otros países europeos, la reforma contempla el retraso de la edad legal u ordinaria de jubilación desde los 65 hasta los 67 años. Sin embargo, y esta es una de las grandes novedades de la reforma, se ha pasado de un sistema de jubilación imperativo a otro flexible ya que se mantiene la posibilidad de que cualquier trabajador pueda acceder a la jubilación a partir de los 65 años, con el 100% de la pensión, cuando se tengan acumulados al menos 38 años y 6 meses de cotización. Dicho en otros términos, con la reforma ya no existe una edad legal de jubilación única sino que esta se ha convertido en un intervalo, entre los 65 y 67 años, cuya concreción

individual queda determinada por el momento en que se alcancen, si es el caso, los 38 años y 6 meses de cotización.

Durante el periodo transitorio, que va desde el año 2013 hasta 2027, la edad ordinaria de jubilación irá variando de forma progresiva junto con el requisito de número de años cotizados que permiten acceder a la jubilación a los 65 años.

El efecto concreto de esta medida dependerá de la respuesta de los individuos en cuanto a su decisión de retiro: si mantienen la edad de retiro se incurre en penalizaciones que disminuyen la pensión media y si alargan la edad de jubilación para mantener la pensión, el número de nuevos jubilados será menor.

❖ Jubilación anticipada

La jubilación anticipada ha sido ampliamente reformada creándose un nuevo régimen legal. La nueva ley contempla dos modalidades diferenciadas de acceso a la jubilación anticipada: a) la que se deriva del cese en el trabajo por causa no imputable al trabajador (jubilación anticipada no voluntaria) y b) la que se deriva del cese voluntario del trabajador (jubilación anticipada voluntaria)¹.

En ambas modalidades de jubilación, la cuantía de la pensión se obtiene mediante la aplicación de unos coeficientes reductores por cada trimestre o fracción de trimestre que le falte al trabajador para alcanzar su edad legal de jubilación. Es importante señalar que a los únicos efectos de determinar la edad legal de jubilación que le corresponde a cada trabajador, entre 65 y 67 años, se considerarán cotizados los años completos que le resten desde la jubilación anticipada

¹ Se elimina la jubilación especial a los 64 años, pero se mantiene el derecho histórico de la jubilación a los 60 años para los trabajadores que pertenecieron al Mutualismo Laboral antes de 1 de enero de 1967, hasta su expiración natural. Por otro lado, se prevé la actualización y adecuación de los coeficientes reductores de la edad de acceso a la jubilación que actualmente se aplican a los trabajadores empleados en actividades con mayor penosidad, toxicidad, peligrosidad e insalubridad.



hasta el cumplimiento de la edad legal de jubilación que le corresponda. Por ejemplo, en el caso de un trabajador que se jubile anticipadamente a los 63 años y tenga cotizados 38 años y 6 meses, la edad ordinaria de jubilación respecto de la que se aplicarían los coeficientes reductores serían los 65 años; si el mismo trabajador tuviese cotizados 36 años, la edad ordinaria de jubilación de referencia sería los 66 años ya que en este caso necesitaría 2 años y medio (3 completos) para completar los 38 años y medio de cotización; si tuviese cotizados 33 años, la edad ordinaria de jubilación de referencia serían los 67.

Dichos coeficientes reductores son:

- El 1,875% por trimestre (equivalente al 7,5% anual) para los trabajadores con menos de 38 años y 6 meses cotizados.
- El 1,625% por trimestre (equivalente al 6,5% anual) para los trabajadores con 38 años y 6 meses cotizados o más.

Una novedad importante de la reforma es que una vez aplicados los coeficientes reductores, el importe de la pensión no podrá ser superior a la cuantía resultante de reducir la pensión máxima en un 0,25 por 100 por cada trimestre o fracción de trimestre de anticipación.

❖ Jubilación parcial

La legislación anterior a la reforma contemplaba dos posibilidades de acceso a la jubilación parcial: jubilación parcial con 65 años cumplidos sin necesidad de contrato de relevo y jubilación parcial con 61 años cumplidos con contrato de relevo.

La jubilación parcial sin contrato de relevo se mantiene pero la reforma sustituye la referencia al cumplimiento de los 65 años por el cumplimiento de la edad legal de jubilación que corresponda (entre 65 y 67) en función del tiempo de cotización acreditado y de su aplicación transitoria.

En cuanto a la jubilación con contrato de relevo, la modificación más importante consiste en que, con independencia de la reducción de jor-

nada por la que se haya optado, durante el disfrute de la jubilación parcial, la empresa y el trabajador jubilado parcialmente cotizarán por la base de cotización que le hubiera correspondido de seguir trabajando a jornada completa. Además, se mantiene la obligación de que la base de cotización del trabajador relevista tiene que ser, como mínimo, el 65% de la base por la que venía cotizando el jubilado parcial.

La nueva obligación de cotizar de forma completa desincentivará la jubilación parcial, una figura mal regulada hasta ahora con un coste por jubilado parcial muy importante, y aumentará los ingresos por cotizaciones en caso de producirse, mejorando el equilibrio financiero del sistema.

❖ Periodo de cálculo de la base reguladora y cobertura de lagunas

Una de las novedades más importantes de la reforma es que se amplía el periodo de cómputo para el cálculo de la base reguladora hasta los 25 años, frente a los 15 actuales. De acuerdo con la reforma, la base reguladora será el cociente que resulte de dividir por 350 las bases de cotización durante los 300 meses (25 años) anteriores a la jubilación. Las bases de cotización de los 24 meses anteriores al de la jubilación se toman por su valor nominal y las restantes bases se actualizan de acuerdo con la evolución del IPC desde el mes al que corresponden hasta los 24 meses anteriores a la jubilación. El objetivo de esta medida es, siguiendo las reiteradas recomendaciones del Pacto Toledo, reforzar el principio de contributividad estableciendo una mayor proporcionalidad entre el esfuerzo de cotización realizado a lo largo de la vida laboral y la pensión que se percibe a partir de la jubilación.

La reforma también introduce nuevas reglas en cuanto al procedimiento que se debe seguir para el relleno de las lagunas de cotización, es decir, de aquellos periodos en los que no existiendo obligación de cotizar, formen parte del periodo de cálculo de la Base Reguladora. Según la nueva normativa, las 24 lagunas de cotización mensuales más próximas a la jubilación se inte-

gran con el 100% de la base mínima de todas las existentes para mayores de 18 años (igual que ahora); pero estas bases pueden ser sustituidas por aquéllas que se hayan efectuado durante los 36 meses previos a los 25 años considerados para el cálculo de la Base Reguladora utilizando su cuantía actualizada, si bien en ningún caso la integración podrá ser inferior al 100% de la base mínima vigente en el mes que es objeto de integración. El resto de lagunas que excedan de las 24 más próximas a la jubilación se integran con el 50% de la base mínima de todas las existentes para mayores de 18 años (menos que ahora) vigente en el mes que sea objeto de integración.

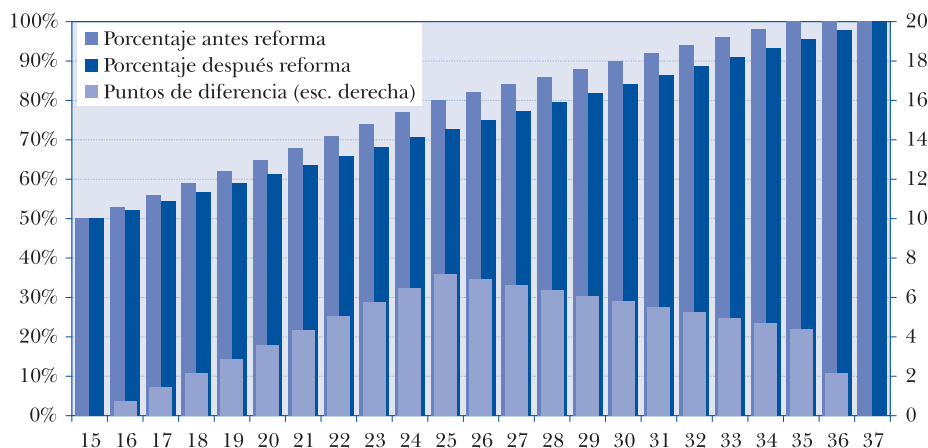
El efecto final de la ampliación del periodo de cálculo sobre la expectativa futura de pensión depende de la evolución que haya tenido el salario de cada trabajador. No obstante, dada la estructura salarial por edades, este alargamiento del periodo de cálculo supone, en general, una disminución de la cuantía de la base reguladora y, en consecuencia, de la pensión inicial. Algunos estudios cifran esta disminución en una media del 0,8% por año de aumento del periodo de cálculo. En cuanto a la modificación en las reglas para el relleno de las lagunas de cotización, aunque su efecto final dependerá en gran medida de

las bases de cotización de cada trabajador entre los años 26 a 28 anteriores a la fecha de jubilación, se puede suponer que se producirá una disminución del gasto en pensiones ya que anteriormente todas las lagunas se integraban por el 100% de la base mínima. Sólo aquellas lagunas que provienen de los 36 meses anteriores al periodo de cálculo de la Base Reguladora podrían aumentar su valor.

❖ Porcentaje aplicable a la base reguladora (tasa de sustitución)

La reforma ha mantenido el porcentaje mínimo (50%) aplicable a la base reguladora cuando se alcanza el periodo mínimo de cotización, que se mantiene en 15 años, para generar la pensión contributiva de jubilación. Sin embargo si se ha modificado el número de años de cotización exigidos para alcanzar el 100% de la base reguladora, que pasa de 35 a 37 años, así como la escala de los porcentajes aplicables a la base reguladora o tasa de sustitución que ahora adquiere una progresividad mensual y es casi proporcional al número de meses cotizados, a partir de los 15 primeros años.

GRÁFICO 2. DIFERENCIA DE TASAS DE SUSTITUCIÓN TEÓRICAS SEGÚN AÑOS COTIZADOS ANTES Y DESPUÉS DE LA REFORMA 2011



Fuente: Elaboración propia



Otra de las modificaciones importantes es que hasta ahora, una vez alcanzado el periodo mínimo de cotización, el trabajador iba ampliando la cuantía de su pensión por cada año de cotización que reunía, computándose la fracción de año que pudiera resultar como año completo. Tras la reforma, a partir de los 15 primeros años, la cuantía de la pensión se irá incrementando por meses, de tal forma que cada mes cotizado, sin que se equipare a un mes las fracciones de los mismos, dará derecho a la adquisición de un porcentaje determinado (aproximadamente un 0,19%) de la base reguladora. Esto supone, por ejemplo, que antes de la reforma 15 años y 1 día de cotización se equiparaban a 16 años y daban derecho a una pensión igual al 53% de la base reguladora. Con la reforma, 15 años y 1 día de cotización se equiparan a 15 años completos y, por tanto, dan derecho a una pensión igual al 50% de la base reguladora.

En el gráfico 2 se recogen las diferencias entre las tasas de sustitución vigentes y las que se aplicaran a partir de 2027, una vez que haya concluido el periodo transitorio. Como se puede apreciar este cambio en la escala supone un descenso del gasto en pensiones porque disminuye el coeficiente para todos los años cotizados entre 15 y 37.

❖ Incentivos por prolongación voluntaria de la vida laboral

Siguiendo una de las recomendaciones del Pacto de Toledo, la reforma mejora los incentivos existentes a la prolongación voluntaria de la vida laboral. En este sentido, para las personas que prolonguen su vida laboral más allá de su edad legal de jubilación², y siempre que al cumplir esta

² Que será los 67 años para los que acrediten entre 15 y 38 años y medio de cotización, y entre los 65 y 67 años para los que acrediten al menos 38 años y medio de cotización. En definitiva, el incentivo se aplicará a partir de la edad en la que cada individuo pueda acceder a la jubilación sin que se le apliquen los coeficientes reductores que corresponden por jubilación anticipada.

edad tengan cubierto el periodo mínimo de cotización exigido, la reforma introduce unos porcentajes adicionales por cada año completo cotizado entre su edad legal de jubilación y la edad a la que se jubile. La cuantía de estos porcentajes adicionales depende del número de años cotizados que se acrediten en el momento en que se alcanza la edad legal de jubilación. Dichos porcentajes son los siguientes:

- Hasta 25 años cotizados el 2%.
- Entre 25 y 37 años cotizados el 2,75%.
- A partir de 37 años cotizados el 4%.

El efecto de esta medida sobre la sostenibilidad del sistema es ahora negativo porque anteriormente los porcentajes adicionales eran del 2% y del 3%.

❖ Factor de sostenibilidad

Todas las medidas comentadas anteriormente suponen cambios concretos en algún parámetro que interviene en el cálculo de la pensión inicial de jubilación (medidas paramétricas). No obstante, existe una que es cualitativamente distinta a las anteriores: el factor de sostenibilidad.

En un sentido amplio, el factor de sostenibilidad se puede definir como cualquier tipo de mecanismo que vincula la revisión automática de algún parámetro del sistema de pensiones a algún factor exógeno al propio sistema, bien sea de tipo demográfico o de tipo económico. Esto supone que, en teoría, la revisión de los parámetros pasaría a ser una cuestión técnica, sin necesidad de alcanzar ningún acuerdo político o social. El objetivo fundamental de este tipo de mecanismos es mantener la proporcionalidad entre las contribuciones al sistema y las prestaciones esperadas del mismo así como garantizar su sostenibilidad.

La Ley 27/2011 no especifica qué parámetro del sistema hay que vincular pero sí concreta que la variable exógena es la esperanza de vida. En concreto, la ley establece que partir del año 2027, y con periodicidad quinquenal, los parámetros

fundamentales del sistema se revisaran en base a las diferencias entre la evolución de la esperanza de vida a los 67 años de la población en el año en que se efectúe la revisión y la esperanza de vida a los 67 años en el año 2027.

Para el Banco de España (2011) y De la Fuente y Doménech (2011) la pronta definición de este factor de sostenibilidad y el adelanto de su aplicación sobre la fecha prevista sería lo más sensato, de forma que exista un mecanismo claro para modular el ritmo y el alcance de las reformas necesarias, si así lo exige la situación financiera. En este mismo sentido, el Consejo Europeo aprobó el 30 de mayo de 2012 una Recomendación sobre el Programa Nacional de Reformas 2012 de España en el que se insta al gobierno a acelerar la introducción del factor de sostenibilidad. Por otro lado, este tipo de mecanismo es una recomendación preferente en el Libro Blanco sobre pensiones recientemente publicado por la Comisión Europea (Comisión Europea, 2012).

Siguiendo estas recomendaciones, la Ley Orgánica 2/2012, de 27 de abril, de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad Financiera recoge la posibilidad de anticipar en el tiempo la entrada en vigor del factor de sostenibilidad ya que en su artículo 18.3 se dice que *«El gobierno, en caso de proyectar un déficit en el largo plazo del sistema de pensiones, revisará el sistema aplicando de forma automática el factor de sostenibilidad en los términos y condiciones previstos en la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social»*. A finales del mes de septiembre de 2012, el gobierno reconocía en una notificación remitida a Eurostat que la Seguridad Social registrará este año un déficit de 10.500 millones de euros, esto es, 13,5 veces superior al saldo negativo del año pasado, que fue de 773 millones. El informe refleja el fuerte deterioro del sistema de protección social que hace tan sólo tres años obtuvo un superávit cercano a los 7.500 millones. Como consecuencia de esta situación, existe un compromiso por parte del gobierno de enviar una propuesta de regulación del factor de sostenibilidad a la Comisión Parlamentaria del Pacto de Toledo antes de que acabe 2012.

El efecto del factor de sostenibilidad dependerá de cómo se calcule y a qué parámetro se asocie pero es evidente que implicará un ahorro para el sistema si se tiene en cuenta que cada década la esperanza de vida a los 67 años aumenta en casi un año.

En Europa son varios los países que ya tienen implantado en su sistema de pensiones un factor de sostenibilidad aunque con diferencias importantes entre ellos. El grado de automatismo y su diseño es diferente en cada caso, pero el objetivo común es incrementar la estabilidad financiera a largo plazo, evitando que en el sistema interfieran objetivos de ámbito más político. La mayoría de ellos han optado, al igual que España, por implantar un factor de sostenibilidad que depende de la esperanza de vida pero el parámetro vinculado a su evolución en unos casos es la edad de jubilación (Dinamarca, Italia, Grecia y Holanda) en otros el número de años cotizados necesarios para alcanzar el 100% de la pensión (Francia e Italia) y en otros la cuantía de la pensión inicial (Finlandia y Portugal). Algunos países como Alemania, Suecia y Hungría han implantado un factor de sostenibilidad que depende no sólo de variables demográficas sino también económicas y cuya evolución determina la revalorización de las pensiones.

❖ Otras modificaciones introducidas por la Ley 27/2011

En este apartado se recogen otras medidas introducidas por la Ley 27/2011 que afectan a la parte no contributiva de las pensiones de jubilación y a las pensiones distintas de jubilación para tener una visión más completa de esta reforma.

1. Se modifica el régimen jurídico de los complementos a mínimos de las pensiones contributivas, de manera que el importe de dichos complementos no podrá superar, en ningún caso, la cuantía establecida en cada ejercicio para las pensiones de jubilación e invalidez en su modalidad no contributivas, que marcan el límite de la soli-



- daridad del sistema para quienes no cotizaron lo suficiente. Además, al igual que sucede con las pensiones no contributivas, para tener derecho a percibir tales complementos será imprescindible la residencia en territorio español.
2. Se introduce un nuevo método de integración de lagunas de cotización para determinar la base reguladora de la pensión de invalidez. Además, se establece la incompatibilidad de la pensión de incapacidad permanente absoluta y de gran invalidez con el trabajo después de la edad ordinaria de jubilación.
 3. La pensión de viudedad se elevará de manera progresiva y homogénea en un plazo de ocho años, a partir del 1 de enero de 2012, hasta llegar al 60% de la base reguladora, frente al 52% actual, para aquellos beneficiarios que tengan 65 años o más y sus ingresos por otros conceptos no superen cierto límite. No obstante, el Real Decreto-Ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público, ha aplazado el inicio de este incremento progresivo sin fijar la nueva fecha de su puesta en marcha.
 4. Se eleva, con carácter general, la edad de percepción de la pensión de orfandad hasta los 21 años (actualmente 18 años). Además, si el huérfano no trabaja o, si lo hace, percibe rentas inferiores al salario mínimo interprofesional en cómputo anual, podrá mantener la percepción de la pensión hasta los 25 años.
 5. Se obliga a la Seguridad Social a informar periódicamente a cada trabajador sobre su futuro derecho a la jubilación. En este sentido, el Secretario de Estado de la Seguridad Social ha anunciado recientemente que el Gobierno pondrá en marcha a partir de 2013 un sistema de información para que los trabajadores reciban periódicamente una estimación orientativa sobre la pensión que acabarán percibiendo tras su jubilación. Además, se les informará sobre la cuantía de sus cotizaciones acumuladas hasta ese momento. Esta medida, inspirada en la denominada carta naranja de Suecia, tiene como objetivo concienciar a los ciudadanos sobre la necesidad de ahorrar para la jubilación.
 6. Con efectos de 1 de enero de 2012, el Régimen Especial de los Empleados de Hogar queda integrado en el Régimen General de la Seguridad Social, mediante el establecimiento de un sistema especial.
 7. Se insta al Ministerio de Trabajo e Inmigración y al Ministerio de Economía y Hacienda a examinar, junto con los agentes económicos y sociales, la conveniencia de establecer posibles escenarios de financiación complementaria del sistema de Seguridad Social en el medio y largo plazo.

Si bien no cabe duda de que la reforma aprobada en 2011 es la más importante y profunda de todas las que se han llevado a cabo en nuestro sistema de pensiones, también es cierto, como se verá en el siguiente epígrafe, que ésta es claramente insuficiente pues no resuelve el problema a largo de plazo de forma definitiva. Se podría decir que con la reforma se ha dado un paso importante pero no suficiente para conseguir un sistema sostenible. Prueba de ello es que cuando aún no ha entrado en vigor la reforma 2011, el Gobierno ha anunciado que antes de finales de 2012 enviará a la Comisión del Pacto de Toledo una nueva propuesta de reforma del sistema de pensiones. Por otro lado, se han producido recomendaciones de la Comisión Europea en el sentido de que España necesita seguir con la reforma del sistema de pensiones incrementando la edad de jubilación en línea con el aumento de la esperanza de vida y el comisario europeo de Asuntos Económicos y Monetarios ha manifestado que «inevitablemente hay que garantizar la sostenibilidad del sistema de pensiones» porque es un factor clave en el reequilibrio de las cuentas del Estado. También el Banco Central Europeo en su informe de 2012 exige que se vaya un paso más allá de la reforma aprobada en 2011.



Por todo ello, son muchas las voces que se están alzando para indicar que se tendrá que acometer una reforma de la reforma de 2011. Entre las medidas que se podrían llevar a cabo, algunas de las cuales han sido planteadas de forma reiterada en los últimos meses, están las siguientes:

- Aumentar las penalizaciones por jubilaciones anticipadas e incentivar la prolongación voluntaria de la vida laboral con el objetivo de acercar la edad efectiva de jubilación a la edad legal.
- Adelantar la entrada en vigor de la jubilación a los 67 años reduciendo el período transitorio previsto en la Ley 27/2011.
- Incrementar el número de años que se consideran para el cálculo de la Base Reguladora hasta alcanzar toda la vida laboral, como ya se hace en otros países de nuestro entorno.
- Aumentar el período de cotización necesario para percibir el 100% de la pensión.
- Elevar el número de años necesarios para obtener una pensión contributiva de jubilación.
- Modificar los criterios de revalorización de las pensiones, utilizando un indicador distinto al IPC.
- Acercamiento entre las pensiones máximas, a través de recortes o congelaciones de los incrementos, y las pensiones mínimas.

8.2. EFECTO DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES DE 2011 SOBRE LA PENSIÓN PÚBLICA

Poco tiempo después de que el Gobierno hiciese públicas las medidas de reforma del sistema de pensiones español, comenzaron a aparecer los primeros trabajos para analizar los efectos que tendrían estas medidas sobre su sostenibilidad. Los resultados de las simulaciones muestran que el efecto de estas modificaciones podría suponer un ahorro de alrededor del 40% del aumento del

gasto en pensiones sobre el PIB proyectado entre 2009 y 2060, por lo que la reforma supone un paso importante para aliviar los efectos del envejecimiento de la población.

Las primeras cifras oficiales del efecto de la reforma fueron las del propio Ministerio de Economía y Hacienda (2011). Su cálculo indicaba que se moderaría el gasto en pensiones en un 1,4% del PIB en 2030, un 2,8% en 2040 y un 3,5% en 2050. En particular, para 2050, determinaron que el incremento en la edad de jubilación junto con las modificaciones respecto a la jubilación anticipada y jubilación parcial supondría un ahorro de un punto de PIB; el incremento en la tasa de actividad propiciada por el retraso en la edad de jubilación supondría un ahorro de 0,2 puntos de PIB; el alargamiento del número de años para el cálculo de la Base Reguladora, junto con el nuevo tratamiento de las lagunas de cotización implicaría un ahorro de un punto de PIB; el alargamiento del número de años cotizados para alcanzar el 100% de la pensión supondría 0,3 puntos del PIB; y el factor de sostenibilidad otro punto de PIB.

Para De la Fuente y Doménech (2011) la reforma propuesta tendrá un impacto apreciable sobre el gasto en pensiones, con un ahorro que ascenderá a dos puntos de PIB al final del período transitorio en 2027 y que podría acercarse a los cuatro puntos a mediados de siglo (desde el 18% del PIB al 14%).

Según las estimaciones del Banco de España (2011), el aumento en la edad de jubilación, la extensión del período de cómputo para determinar la Base Reguladora y la modificación de la escala de porcentajes según el número de años cotizados, van a aliviar la carga del gasto de las pensiones sobre el total del PIB en 2,9 puntos porcentuales.

Según la OCDE (2011), la reciente reforma de pensiones va a mejorar significativamente la sostenibilidad financiera a largo plazo del sistema de pensiones español, reduciendo la tasa de reemplazo, es decir, el porcentaje que representa la pensión que se percibe en el momento de la jubilación respecto del último salario cobrado, al



73,9%, frente al 81,2% antes de la reforma, para un trabajador con carrera completa. Además el gasto en pensiones a largo plazo se reducirá en el equivalente del 3,5% del PIB. La OCDE prevé que el gasto en pensiones en el año 2050 será inferior en España que en países como Francia, Alemania e Italia y se sitúe en cifras muy cercanas a la media de la OCDE.

Los mayores efectos se estiman en Oliver (2011), que cifra la futura bajada que sufrirán las pensiones públicas en un 28%. Para el Régimen General, el descenso es de entre un 7% y un 9% por el aumento del periodo de cálculo de la Base Reguladora; de un 14,4% por el retraso en la edad de jubilación; y de entre un 4% y un 8% por el alargamiento del número de años cotizados para alcanzar el 100% de la pensión. Para el Régimen de Autónomos, afirman que la reducción podría llegar a un 42,86%, por verse más afectados por la nueva forma de cálculo de la Base Reguladora, suponiendo sólo este efecto el 26%.

Para Conde-Ruiz y González (2012), las modificaciones introducidas en la edad de jubilación, la tasa de sustitución y el periodo de cálculo de la Base Reguladora, podrían llegar a suponer un ahorro de 2,87 puntos porcentuales de PIB en el año 2051. Además, estos autores añaden que si la reforma se llevara al máximo, es decir si aumentara hasta los 40 el número de años para alcanzar el 100% de la Base Reguladora, se ampliara hasta los 35 años el período de cálculo de la Base Reguladora y se retrasara la edad de jubilación ordinaria hasta los 70 años, el gasto en pensiones podría llegar a reducirse en 7,1 puntos porcentuales de PIB.

En el trabajo publicado por Domínguez et al., (2011) se analiza el impacto de la reforma utilizando diversos indicadores actuariales y concluyen que las medidas adoptadas recorren sólo un 30% del camino hacia la sostenibilidad financiero-actuarial del sistema.

Por último, la Actualización del Programa de Estabilidad 2012-2015 (Ministerio de Economía y Competitividad, 2012) cifra en 3 puntos de PIB el ahorro motivado por la reforma en el horizonte del año 2060. Este ahorro alcanza los 3,7 puntos del PIB cuando en las proyecciones de gasto se introduce el factor de sostenibilidad que afecta a dos parámetros en función de la esperanza de vida: la edad de jubilación y los años cotizados necesarios para lograr una pensión completa.

Una vez esté aplicada de forma completa la reforma del 2011 la cuantía que un cotizante percibirá como pensión es menor que la que obtendría antes de aplicarse la reforma manteniendo las mismas condiciones de acceso a la jubilación en cuanto a edad de jubilación y años cotizados. En la tabla 1 se muestra en cuanto resultará reducida la tasa de sustitución, porcentaje que se aplica a la Base Reguladora para obtener la cuantía de la pensión inicial, tras la reforma de 2011. De la tabla 1 podemos obtener varias conclusiones sobre cuál será la situación una vez finalizado el período transitorio de aplicación de la reforma:

- Aquellos cotizantes que hoy se jubilan con una edad superior a 67 años y aún cuando han cotizado hasta 38 años reducirían también su tasa de sustitución si se les aplicara la reforma de 2011.
- Aquellos cotizantes que hoy se jubilan con una edad inferior a 65 años y han cotizado más de 32 años reducirían también su tasa de sustitución si se les aplica las reglas de la reforma de 2011 completamente implantada.
- Aquellos cotizantes que hoy se jubilan con una edad superior a los 66 años y han cotizado más de 40 años incrementarían su tasa de sustitución si se les aplica las reglas de la reforma de 2011.



TABLA 1. MODIFICACIONES EN LA TASA DE SUSTITUCIÓN, SEGÚN EDAD DE JUBILACIÓN Y AÑOS COTIZADOS, TRAS LA APLICACIÓN DE LAS REGLAS DE LA REFORMA DE 2011 IMPLANTADA EN SU TOTALIDAD

AC/Edad	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
15							0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
16							-0,72%	1,28%	-0,72%	-0,72%	-0,72%	-0,72%
17							-5,44%	0,56%	2,56%	-1,44%	-1,44%	-1,44%
18							-6,16%	-6,16%	1,84%	3,84%	-2,16%	-2,16%
19							-6,88%	-6,88%	-6,88%	3,12%	5,12%	-2,88%
20							-7,60%	-7,60%	-7,60%	-7,60%	4,40%	6,40%
21							-8,32%	-8,32%	-8,32%	-8,32%	-8,32%	5,68%
22							-9,04%	-9,04%	-9,04%	-9,04%	-9,04%	-9,04%
23							-9,76%	-9,76%	-9,76%	-9,76%	-9,76%	-9,76%
24							-10,48%	-10,48%	-10,48%	-10,48%	-10,48%	-10,48%
25							-11,20%	-11,20%	-11,20%	-11,20%	-11,20%	-11,20%
26							-10,92%	-10,17%	-10,92%	-10,92%	-10,92%	-10,92%
27							-10,64%	-9,89%	-9,14%	-10,64%	-10,64%	-10,64%
28							-10,36%	-9,61%	-8,86%	-8,11%	-10,36%	-10,36%
29							-10,08%	-9,33%	-8,58%	-7,83%	-7,08%	-10,08%
30							-9,80%	-9,05%	-8,30%	-7,55%	-6,80%	-6,05%
31							-9,52%	-8,77%	-8,02%	-7,27%	-6,52%	-5,77%
32							-9,24%	-8,49%	-7,74%	-6,99%	-6,24%	-5,49%
33	-18,53%	-19,10%	-19,57%	-20,14%	-18,62%	-13,79%	-8,96%	-8,21%	-7,46%	-6,71%	-5,96%	-5,21%
34	-18,67%	-19,18%	-19,68%	-20,18%	-18,68%	-13,68%	-8,68%	-7,93%	-7,18%	-6,43%	-5,68%	-4,93%
35	-19,42%	-19,25%	-19,08%	-18,91%	-18,74%	-13,57%	-8,40%	-7,65%	-6,90%	-6,15%	-5,40%	-4,65%
36	-18,19%	-17,85%	-17,51%	-17,17%	-16,84%	-11,50%	-6,16%	-5,41%	-4,66%	-3,91%	-3,16%	-2,41%
37	-17,00%	-16,50%	-16,00%	-15,50%	-15,00%	-9,50%	-4,00%	-3,25%	-2,50%	-1,75%	-1,00%	-0,25%
38	-19,00%	-18,00%	-17,00%	-16,00%	-15,00%	-9,50%	-4,00%	-2,00%	-2,50%	-1,75%	-1,00%	-0,25%
39	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,00%	4,00%	2,25%	3,00%	3,75%	4,50%	5,25%
40	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	2,00%	4,00%	6,00%	3,00%	3,75%	4,50%	5,25%
41	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	4,00%	6,00%	8,00%	3,75%	4,50%	5,25%
42	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	6,00%	8,00%	10,00%	4,50%	5,25%
43	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	3,00%	8,00%	10,00%	12,00%	5,25%
44	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	3,00%	4,00%	10,00%	12,00%	14,00%
45	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	3,00%	4,00%	5,00%	12,00%	14,00%
46	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	3,00%	4,00%	5,00%	6,00%	14,00%
47	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	3,00%	4,00%	5,00%	6,00%	7,00%
48	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	3,00%	4,00%	5,00%	6,00%	7,00%
49	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	3,00%	4,00%	5,00%	6,00%	7,00%
50	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	3,00%	4,00%	5,00%	6,00%	7,00%
51	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	3,00%	4,00%	5,00%	6,00%	7,00%
52	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	3,00%	4,00%	5,00%	6,00%	7,00%
53	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	3,00%	4,00%	5,00%	6,00%	7,00%
54	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	3,00%	4,00%	5,00%	6,00%	7,00%
55	-2,00%	-1,50%	-1,00%	-0,50%	0,00%	1,00%	2,00%	3,00%	4,00%	5,00%	6,00%	7,00%

Fuente: Elaboración propia.



8.3. ESTUDIO DE LA NECESIDAD DE COMPLEMENTARIEDAD DE LA PENSIÓN PÚBLICA

El análisis de la Ley 27/2011 de 1 de agosto que se ha realizado en los epígrafes anteriores ha puesto de manifiesto que la reforma va a producir una reducción en las prestaciones de jubilación, respecto a la regulación actual, que percibirán los actuales cotizantes. Esta disminución se produce aún cuando se modifiquen las decisiones, no siempre elegibles, de edad de jubilación y de años cotizados. Todo ello conlleva que si el cotizante quiere mantener, durante el período de jubilación, el mismo poder adquisitivo que durante el período activo, tendrá que realizar un mayor esfuerzo de ahorro debido al descenso general de la tasa de sustitución.

El hecho de que exista una pensión mínima y máxima, hace que el salario de cada individuo, o más concretamente su base de cotización, sea una variable a tener en cuenta a la hora de realizar las estimaciones sobre la tasa de reemplazo, es decir, sobre el porcentaje que la pensión inicial va a suponer respecto del último salario.

Así, vamos a ver distintos resultados³, en función de diferentes bases de cotización, al cruzarlos con otras variables relevantes, como los años cotizados y la edad de jubilación.

Se han tomado como edades de jubilación entre 63 y 67 años. En cuanto a los años cotizados se han elegido valores entre 30 y 45 años. Para los ingresos anuales se ha tomado un abanico de valores que fluctúan entre 8.982,12 euros (que corresponde a la base de cotización mínima de 2012) y como mayor valor 60.683 euros (que corresponde a 1,55 veces la base de cotización máxima de 2012, que es de 39.150 euros).

En cuanto a las hipótesis manejadas:

1. Se van a realizar los cálculos teniendo en cuenta las condiciones de la reforma totalmente implantada, es decir, sin considerar el periodo transitorio. Esto permite una mejor comparación de los resultados.
2. Todos se jubilan el mismo año, concretamente en 2028.
3. Todos tienen derecho a complemento a mínimos, en caso de que su pensión teórica sea inferior a la pensión mínima.

En las Tablas 2 y 3 y en los Gráficos 3 a 5 se recoge el valor de la tasa de reemplazo para diferentes ingresos anuales; para tres edades de jubilación: 63, 65 y 67 años; y para dos valores de años cotizados, 35 y 40. Para las edades de jubilación de 63 y 65 años se aprecia claramente el efecto de la pensión mínima, en el caso de que los ingresos coincidan con la base de cotización mínima, ya que a la pensión resultante se le tiene que añadir el complemento a mínimos, lo que hace que suba mucho la tasa de reemplazo que resulta. Sin embargo, para la edad de jubilación de 67 años, el efecto es menos marcado. En el caso de que el ingreso anual sea 1,55 veces la base de cotización máxima, el efecto es el contrario, para las tres edades de jubilación, ya que la pensión teórica se topa por la pensión máxima, lo que hace que disminuya mucho la tasa de reemplazo.

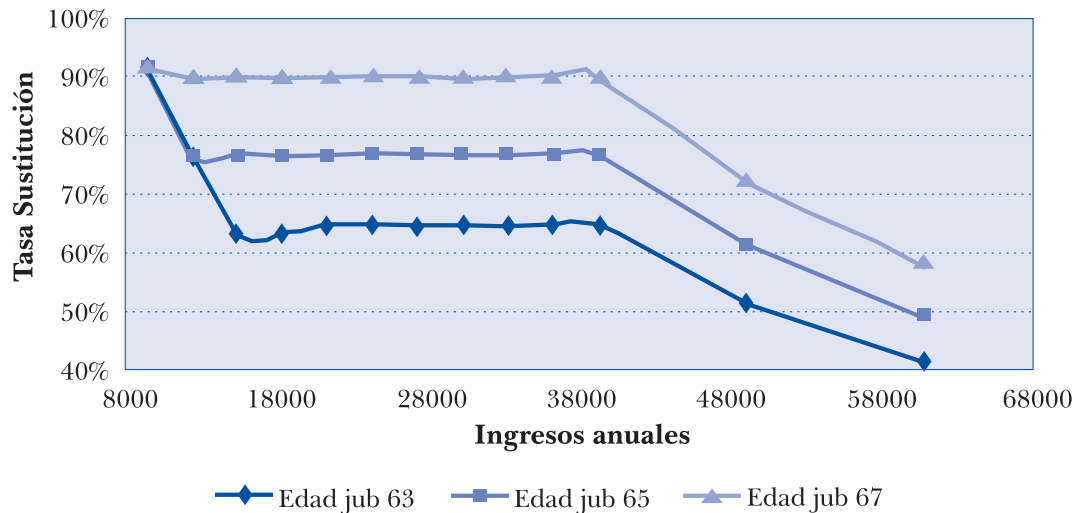
En el caso de que el número de años cotizados pase a 40, las tasas de reemplazo superan el 100% hasta 36.000 euros de ingresos anuales, a partir de los cuales desciende la tasa de reemplazo, hasta llegar al 58,20% para los máximos ingresos contemplados. Para el caso de 65 y 67 años cotizados no se da el salto causado por la pensión mínima, pero sí que se produce para 63 años cotizados, aunque más suave que en el supuesto de 35 años cotizados.

³ Los resultados se han obtenido a partir del simulador desarrollado por Domínguez et al. (2011). Se tiene en cuenta de aplicación de la Ley de Reforma de las Pensiones de 2011, y un valor del 2% para el IPC, crecimiento de los ingresos salariales y de la revalorización de la pensión. Disponible en: <http://www.edad-vida.org/simulador.php>

**TABLA 2. TASAS DE REEMPLAZO SEGÚN INGRESOS ANUALES,
CON 35 AÑOS COTIZADOS**

Ingresos anuales	Edad Jubilación 63	Edad Jubilación 65	Edad Jubilación 67
8.982,12	91,49%	91,49%	91,49%
12.000	76,31%	76,61%	90,12%
15.000	63,21%	76,61%	90,12%
18.000	63,21%	76,61%	90,12%
21.000	64,78%	76,61%	90,12%
24.000	64,78%	76,61%	90,12%
27.000	64,78%	76,61%	90,12%
30.000	64,78%	76,61%	90,12%
33.000	64,78%	76,61%	90,12%
36.000	64,78%	76,61%	90,12%
39.150	64,77%	76,60%	90,12%
48.938	51,82%	61,28%	72,10%
60.683	41,79%	49,42%	58,14%

Fuente: Elaboración propia.

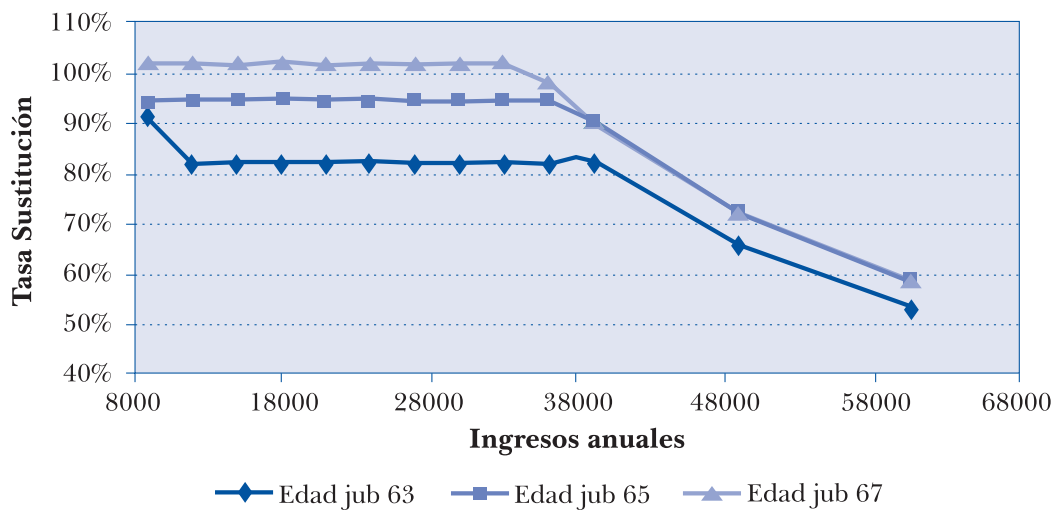
**GRÁFICO 3. TASAS DE REEMPLAZO SEGÚN INGRESOS ANUALES,
CON 35 AÑOS COTIZADOS**

Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 3. TASAS DE REEMPLAZO SEGÚN INGRESOS ANUALES,
CON 40 AÑOS COTIZADOS**

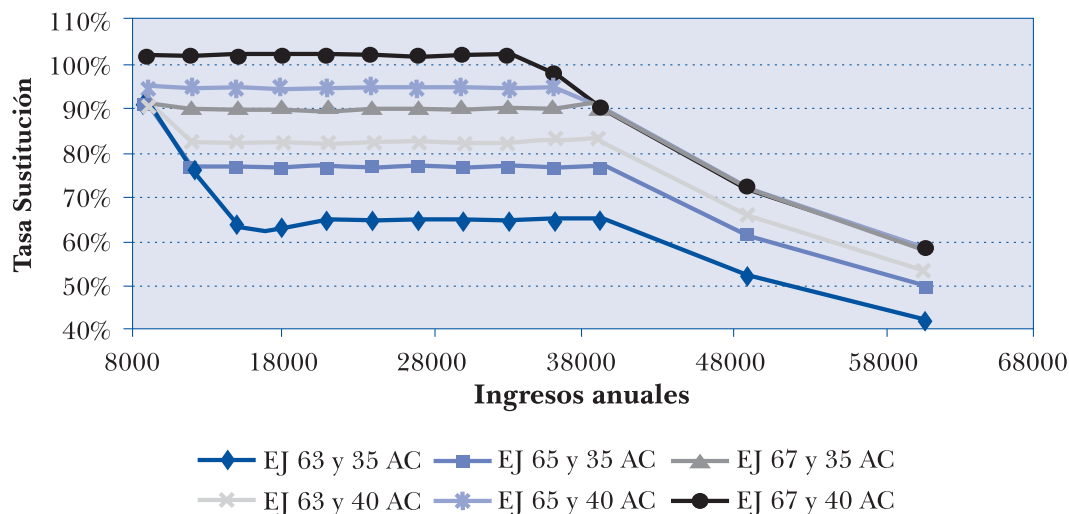
Ingresos anuales	Edad Jubilación 63	Edad Jubilación 65	Edad Jubilación 67
8.982,12	91,49%	94,46%	102,02%
12.000	82,18%	94,46%	102,02%
15.000	82,18%	94,46%	102,02%
18.000	82,18%	94,46%	102,02%
21.000	82,18%	94,46%	102,02%
24.000	82,18%	94,46%	102,02%
27.000	82,18%	94,46%	102,02%
30.000	82,18%	94,46%	102,02%
33.000	82,18%	94,46%	102,02%
36.000	82,18%	94,46%	98,11%
39.150	82,18%	90,22%	90,22%
48.938	65,74%	72,17%	72,17%
60.683	53,02%	58,20%	58,20%

Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 4. TASAS DE REEMPLAZO SEGÚN INGRESOS ANUALES,
CON 40 AÑOS COTIZADOS**

Fuente: Elaboración propia.

En el Gráfico 5 se puede ver conjuntamente las 6 funciones, donde se muestra la diferencia de salto para para los casos de 35 y 40 años cotizados.

GRÁFICO 5. TASAS DE REEMPLAZO SEGÚN INGRESOS ANUALES, CON 35 Y 40 AÑOS COTIZADOS

Fuente: Elaboración propia.

Nota: EJ: Edad de Jubilación; AC: Años Cotizados.

Otra forma de analizar los resultados de la reforma es mediante la determinación de la cuantía que tendría que ahorrar anualmente un individuo para complementar la pensión de jubilación de la Seguridad Social, de tal forma que, con la pensión pública y la privada obtenida del ahorro anual, alcance la totalidad del último salario; es decir, que su tasa de reemplazo sea del 100%.

Para ello se ha supuesto:

- La rentabilidad del ahorro es del 2,5%.
- La variación del IPC, de las pensiones máximas y mínimas, de los ingresos y del ahorro necesario, son del 2%.

Los resultados de la cuantía que habría que ahorrar el primer año de análisis y que luego crecerían un 2% anual acumulativo, se recogen en la

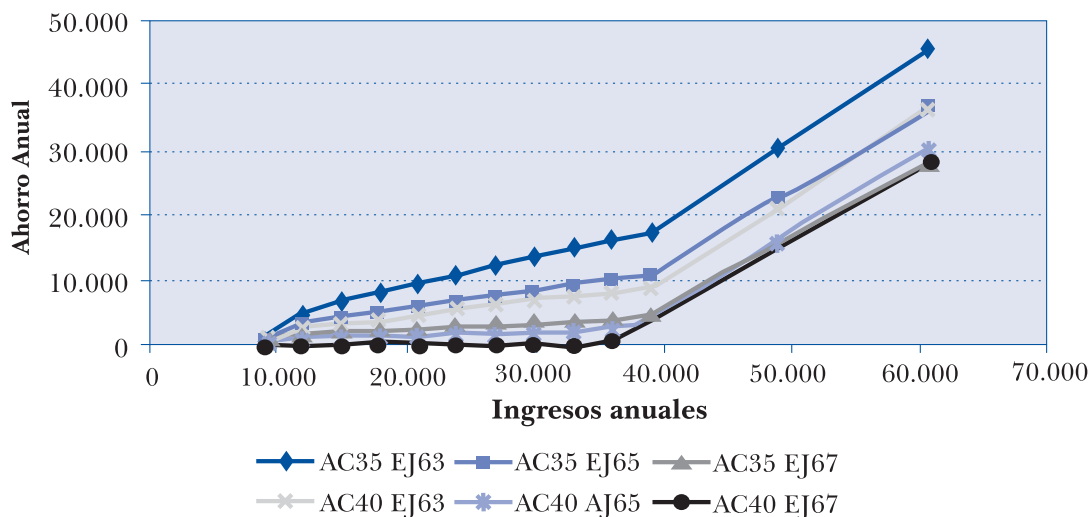
Tabla 4 y en los Gráfico 6 y 7. Lo más llamativo es las elevadas cuantías que habría que ahorrar anualmente para poder conseguir una tasa de reemplazo del 100% cuando el ingreso anual es alto. Esto se debe al efecto de la pensión máxima, que genera una tasa de reemplazo muy baja. A medida que aumenta la edad de jubilación, la cuantía del ahorro anual disminuye por la mayor tasa de reemplazo, si bien el número de años para generar la pensión complementaria es el mismo en todos los casos porque se ha supuesto que todos se jubilan en el mismo año, 2028. El aumento del número de años cotizados también produce una necesidad de ahorro menor, debido a las mayores tasas de reemplazo que se alcanzan. En el caso de que la edad de jubilación sea de 67 años, con 40 cotizados, la necesidad de ahorro llega incluso a ser nula hasta 36.000 euros, debido a que la tasa de reemplazo en esos casos era superior al 100%.

**TABLA 4. CUANTÍA DEL AHORRO ANUAL EL PRIMER AÑO PARA CONSEGUIR UNA TASA DE REEMPLAZO DEL 100%**

Ingreso anual	AC35 EJ63	AC35 EJ65	AC35 EJ67	AC40 EJ63	AC40 EJ65	AC40 EJ67
8.982,12	985	916	847	985	596	0
12.000	4.874	3.364	1.314	2.756	797	0
15.000	6.808	4.205	1.642	3.444	996	0
18.000	8.170	5.046	1.971	4.133	1.195	0
21.000	9.532	5.887	2.299	4.822	1.394	0
24.000	10.894	6.728	2.627	5.511	1.593	0
27.000	12.255	7.569	2.956	6.200	1.792	0
30.000	13.657	8.410	3.284	6.889	1.992	0
33.000	14.979	9.251	3.613	7.578	2.191	0
36.000	16.340	10.092	3.941	8.267	2.390	753
39.150	17.771	10.976	4.287	8.991	4.589	4.245
48.938	30.384	22.705	15.137	21.605	16.318	15.095
60.683	45.519	36.779	28.157	36.740	30.392	28.115

Fuente: Elaboración propia.

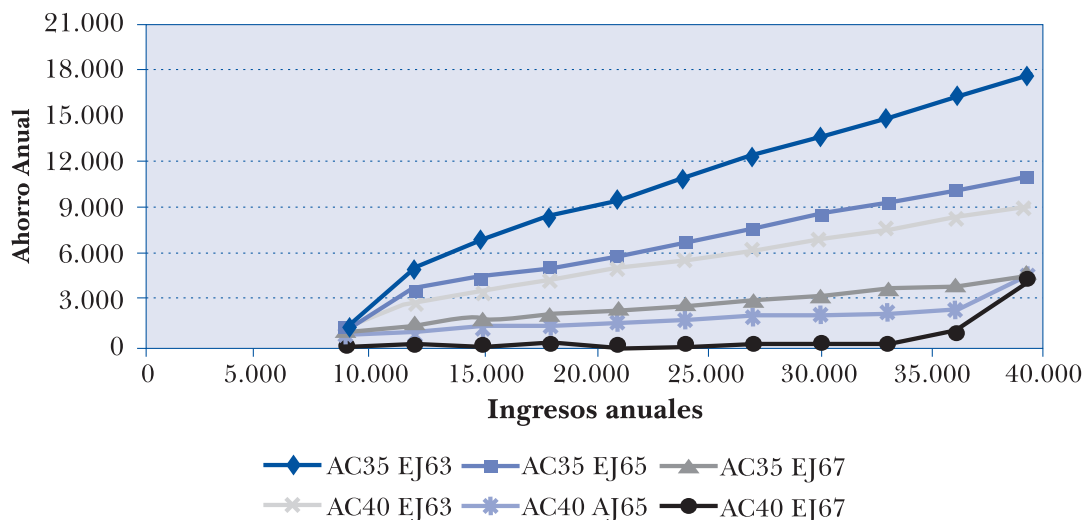
Nota: EJ: Edad de Jubilación; AC: Años Cotizados.

GRÁFICO 6. CUANTÍA DEL AHORRO ANUAL EL PRIMER AÑO PARA CONSEGUIR UNA TASA DE REEMPLAZO DEL 100%

Fuente: Elaboración propia.

Nota: EJ: Edad de Jubilación; AC: Años Cotizados.

El Gráfico 7, que se ha obtenido al cortar los ingresos en 40.000 euros, nos permite analizar mejor el comportamiento del ahorro antes de que se produzca el salto, como consecuencia de las menores tasas de reemplazo.

GRÁFICO 7. CUANTÍA DEL AHORRO ANUAL EL PRIMER AÑO PARA CONSEGUIR UNA TASA DE REEMPLAZO DEL 100% RECORTADO HASTA 40.000 EUROS DE INGRESOS

Fuente: Elaboración propia.

Nota: EJ: Edad de Jubilación; AC: Años Cotizados.

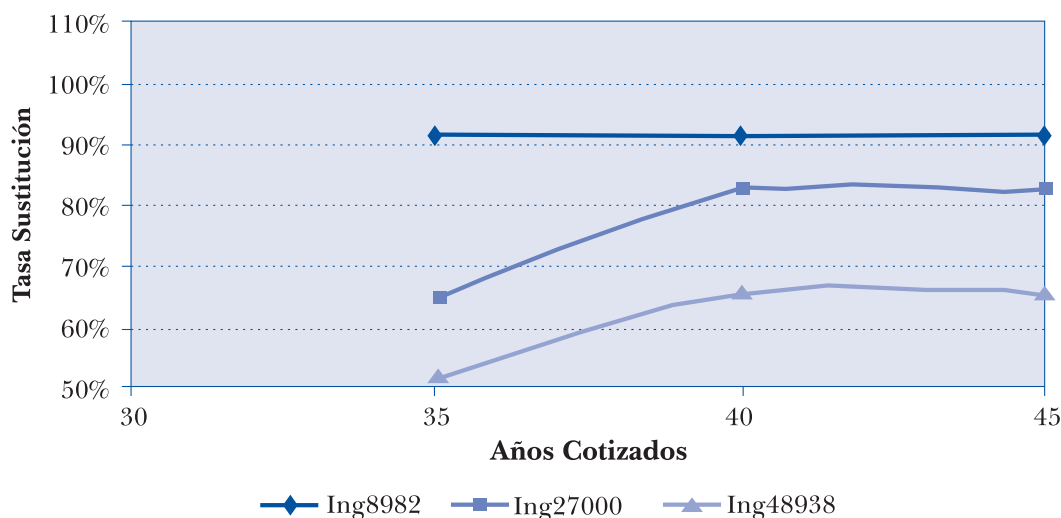
En las Tablas 5 a 7 y en los Gráficos 8 a 11, se recoge el valor de la tasa de reemplazo para diferentes años cotizados (30, 35, 40 y 45), para tres edades de jubilación (63, 65 y 67) y para 3 ingresos anuales: el correspondiente a la base de cotización mínima (8.982 euros), un valor intermedio de 27.000 euros y el que corresponde a 1,25 veces la base de cotización máxima (48.938 euros). Cabe destacar que los individuos que se jubilan con 63 ó 65 años sólo tienen derecho a cobrar la pensión cuando tienen 35 o más años cotizados ya que la reforma 2011 no permite la jubilación anticipada sino se han cotizado al menos 33 años; por eso, en estos casos no aparece ningún valor como tasa de reemplazo. Para la edad de jubilación de 67 años sí que se permite

30 años cotizados y por eso se ha incluido en el estudio. El incremento del número de años cotizados de 40 a 45 no produce ninguna mejora en la tasa de reemplazo; mientras que la disminución a 30 años cotizados, que sólo tiene sentido en el caso de jubilación a los 67 años, mantiene la tasa de reemplazo para el nivel de ingresos más bajo y lo reduce casi un 12%, en términos relativos, para los otros dos niveles de ingresos. Esto permite afirmar que existe un número de años cotizados, alrededor de 40, a partir del cual no se mejora la tasa de reemplazo, mientras que por debajo de los 40 años cotizados sí que disminuye, excepto en algunos casos para el nivel de ingresos mínimo.

**TABLA 5. TASAS DE REEMPLAZO SEGÚN AÑOS COTIZADOS.
EDAD DE JUBILACIÓN DE 63 AÑOS**

Años Cotizados	Ingresos Anuales 8.982	Ingresos Anuales 27.000	Ingresos Anuales 48.938
30	No procede	No procede	No procede
35	91,49%	64,78%	51,82%
40	91,49%	82,18%	65,74%
45	91,49%	82,18%	65,74%

Fuente: Elaboración propia.

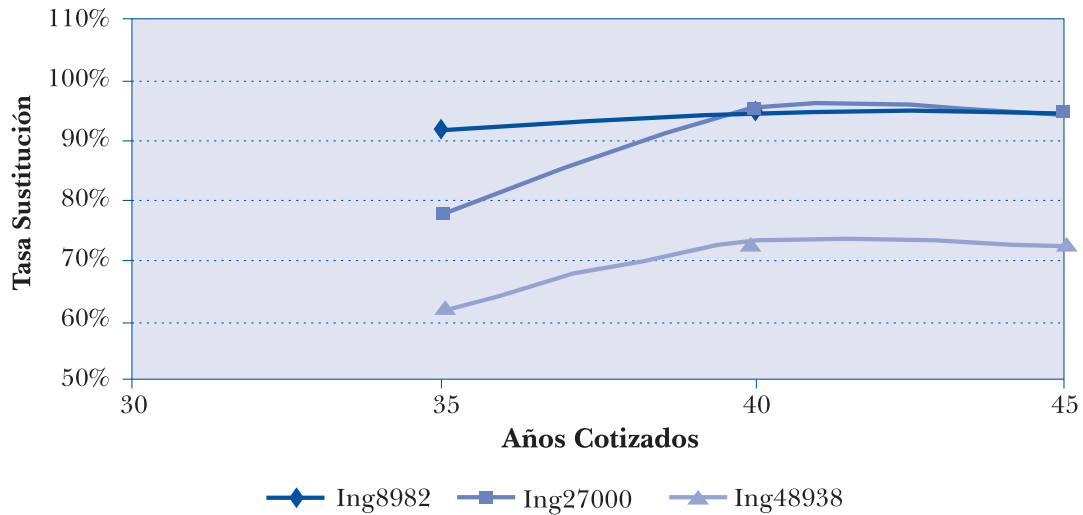
**GRÁFICO 8. TASAS DE REEMPLAZO SEGÚN AÑOS COTIZADOS.
EDAD DE JUBILACIÓN DE 63 AÑOS**

Fuente: Elaboración propia.

**TABLA 6. TASAS DE REEMPLAZO SEGÚN AÑOS COTIZADOS.
EDAD DE JUBILACIÓN DE 65 AÑOS**

Años Cotizados	Ingresos Anuales 8.982	Ingresos Anuales 27.000	Ingresos Anuales 48.938
30	No procede	No procede	No procede
35	91,49%	76,61%	61,28%
40	94,46%	94,46%	72,17%
45	94,46%	94,46%	72,17%

Fuente: Elaboración propia.

**GRÁFICO 9. TASAS DE REEMPLAZO SEGÚN AÑOS COTIZADOS.
EDAD DE JUBILACIÓN DE 65 AÑOS**

Fuente: Elaboración propia.

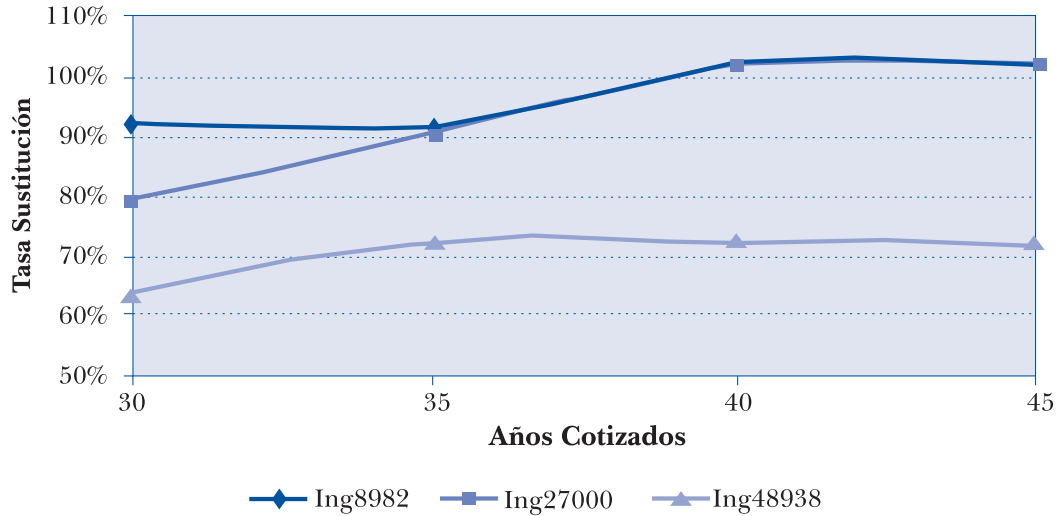
**TABLA 7. TASAS DE REEMPLAZO SEGÚN AÑOS COTIZADOS.
EDAD DE JUBILACIÓN DE 67 AÑOS**

Años Cotizados	Ingresos Anuales 8.982	Ingresos Anuales 27.000	Ingresos Anuales 48.938
30	91,49%	79,36%	63,48%
35	91,49%	90,12%	72,10%
40	102,02%	102,02%	72,17%
45	102,02%	102,02%	72,17%

Fuente: Elaboración propia.

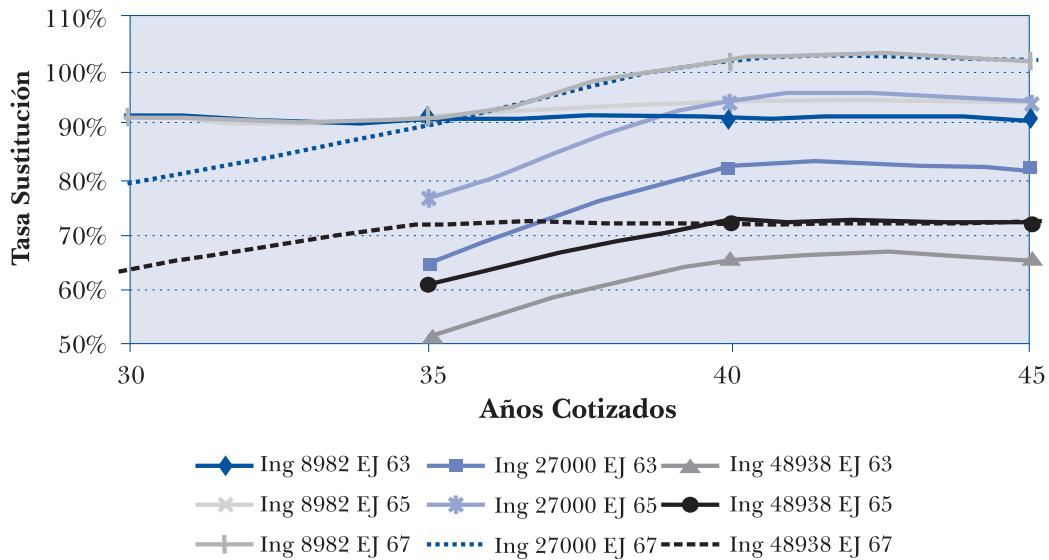


GRÁFICO 10. TASAS DE REEMPLAZO SEGÚN AÑOS COTIZADOS. EDAD DE JUBILACIÓN DE 67 AÑOS



Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO 11. TASAS DE REEMPLAZO SEGÚN AÑOS COTIZADOS. EDADES DE JUBILACIÓN 63, 65 Y 67 AÑOS



Fuente: Elaboración propia.



8.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La reforma del sistema de pensiones recogida en la Ley 27/2011 de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social es la más importante y profunda de todas las que se ha llevado a cabo en el sistema de pensiones español.

La aplicación de la reforma de 2011 supone un retraso de la edad de jubilación, un incremento en el período que se computa para calcular la pensión, una modificación de la escala de los porcentajes aplicables a la base reguladora y la aplicación, todavía no concretada, de lo que se denomina el factor de sostenibilidad que supondrá la revisión automática de algún parámetro fundamental del sistema en función de la evolución de la esperanza de vida.

La reforma del 2011 implica una reducción de prestaciones para el cotizante que afecta tanto a la pensión, ya que su cuantía resulta reducida, como al período de cobro de la misma, puesto que se incrementa la edad de jubilación. Por tanto, es claro que si se quiere mantener durante la jubilación el poder adquisitivo de la vida activa, la mayoría de los cotizantes tendrán necesidad de complementar su pensión pública de jubilación, lo que se traduce en la necesidad de ahorrar a lo largo de la vida activa. Esta necesidad de complementar, que ya existía antes de la reforma, resulta incrementada tras la aplicación de la Ley 27/2011 tanto más cuando algunos de los parámetros, tales como la edad de jubilación o los años cotizados, no son elegibles al 100%.

Se ha observado que la pensión mínima y máxima juegan un papel importante en la determinación de la tasa de reemplazo, entendida ésta como la relación entre la pensión inicial de jubilación y el último salario. También se ha demostrado que existe un número de años cotizados, alrededor de 40, a partir del cual no se mejora la tasa de reemplazo, mientras que por debajo de los 40 años cotizados sí que disminuye, excepto, en algunos casos, para el nivel de ingresos mínimo.

Por otra parte, muchos analistas y organizaciones indican que se tendrá que acometer una reforma de la reforma de 2011. Entre las medidas que se podrían llevar a cabo, algunas de las cuales han sido planteadas de forma reiterada en los últimos meses, están las siguientes:

- Aumentar las penalizaciones por jubilaciones anticipadas e incentivar la prolongación voluntaria de la vida laboral con el objetivo de acercar la edad efectiva de jubilación a la edad legal.
- Adelantar la entrada en vigor de la jubilación a los 67 años reduciendo el período transitorio previsto en la Ley 27/2011.
- Incrementar el número de años que se consideran para el cálculo de la Base Reguladora hasta alcanzar toda la vida laboral, como ya se hace en otros países de nuestro entorno.
- Aumentar el período de cotización necesario para percibir el 100% de la pensión.
- Elevar el número de años necesarios para obtener una pensión contributiva de jubilación.
- Modificar los criterios de revalorización de las pensiones, utilizando un indicador distinto al IPC

Las consecuencias que se pueden prever de la tendencia que muestran las posibles reformas de la reforma de 2011 redundan en la reducción de la prestación de jubilación y por tanto en el incremento de la necesidad de complementar.

La necesidad de complementar ha sido puesta de manifiesto a lo largo de todo el análisis y esta necesidad, para que no sea excesivamente costosa, requiere que se realice una adecuada planificación del ahorro necesario. Para llevar a cabo esta planificación las reglas de cálculo han de ser conocidas, inteligibles y determinadas. Por ello una de las recomendaciones de este trabajo es que las reformas que sean necesarias para garantizar la sostenibilidad del sistema de pensiones sean acometidas e informadas convenientemente y lo hagan de una forma definitiva.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Balmaseda, M; Melguizo, A. y Taguas, D. (2006). Las reformas necesarias en el sistema de pensiones contributivas en España. *Moneda y Crédito* (222), 313-340.
- Banco de España (2011). *Informe anual del Banco de España 2010*. Madrid.
- Comisión Europea (2012). Libro Blanco: Agenda para unas pensiones adecuadas, seguras y sostenibles.
- Comisión Europea y Comité de Política Económica. (2009). *The 2009 Ageing Report - Economic and budgetary projections for the UE-27 Member States (2008-2060)*. European Economy 2/2009.
- Comisión Europea y Comité de Política Económica. (2012). *The 2012 Ageing Report - Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*. European Economy 2/2012.
- Conde-Ruiz, J. I. y Alonso, J. (2006). El Sistema de Pensiones en España ante el Reto del Envejecimiento. *Presupuesto y Gasto Público* (44), 51-73.
- Conde-Ruiz, J. I. y González, C.I. (2012). Reforma de pensiones 2011 en España: una primera valoración. FEDEA. Colección Estudios Económicos, 01-2012.
- De la Fuente, A. y Doménech, R. (2009). Convergencia real y envejecimiento: retos y propuestas, FEDEA, *Colección Estudios Económicos* 03-09. Madrid.
- De la Fuente, A. y Doménech, R. (2011). El impacto sobre el gasto de la reforma de las pensiones: una primera estimación. FEDEA, *Colección Estudios Económicos* 03-2011. Madrid
- Díaz-Giménez, J. y Díaz-Saavedra, J. (2006). The demographic and educational transitions and the sustainability of the Spanish pension system. *Moneda y Crédito* (222), 223-270.
- Doménech, R. y Melguizo, A. (2009). Projecting Pension Expenditures in Spain: On Uncertainty, Communication and Transparency, en Franco, D. (ed.), *Fiscal Sustainability: Analytical Developments and Emerging Policy Issues*. Roma: Banca d'Italia.
- Domínguez, I.; Devesa, J. E.; Devesa, M.; Encinas, B.; Meneu, R. y Nagore, A. (2011). *¿Necesitan los futuros jubilados complementar su pensión? Análisis de las reformas necesarias y sus efectos sobre la decisión de los ciudadanos*. Fundación Edad & Vida. Barcelona.
- Fernández Pérez, J. L. y Herce San Miguel, J. A. (2009). *Los retos socio-económicos del envejecimiento en España. Resumen y conclusiones*. Analistas Financieros Internacionales.
- Gil, J., López García, M., Onrubia, J., Patxot, C. y Souto, G. (2008). *SIPES, un modelo de simulación del sistema de pensiones contributivas en España: proyecciones de gasto a largo plazo*. Instituto de Estudios Fiscales.
- Instituto Nacional de Estadística (2010). *Proyección de la población a largo plazo. Parámetros de evolución demográfica 2009-2048*.
- Jimeno, J. F., Rojas, J.A. y Puente, S. (2008). Modelling the impact of aging on social security expenditures. *Economic Modelling*, XXV (2), 201-224.
- Ministerio de Economía y Hacienda (2011). *Reform of the Spanish Pension System*.
- Ministerio de Economía y Competitividad (2012). Actualización del Programa de Estabilidad 2012-2015.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración (2008). *Estrategia nacional de pensiones*.
- Moral-Arce, I., Patxot, C. y Souto, G. (2008). La sostenibilidad del sistema de pensiones: una aproximación a partir de la MCVL. *Revista de Economía Aplicada*, XVI (E-1), 29-66.
- OCDE. (2011). *Panorama de las pensiones 2011. Ficha para España*. <http://www.oecd.org/dataoecd/16/30/47371728.pdf>
- Peláez Herreros, C. (2008). Evolución del gasto en pensiones contributivas en España bajo distintos escenarios demográficos (2007-2050). *Principios* (12), 45-60.



IX. EL AHORRO INDIVIDUAL TRAS LA REFORMA DEL SISTEMA DE PENSIONES ESPAÑOL

José Enrique Devesa Carpio. Universidad de Valencia
Robert Meneu Gaya. Universidad de Valencia
Amparo Nagore García. Universidad de Valencia

9.1. INTRODUCCIÓN

Actualmente existen en España una multitud de productos financieros susceptibles de utilizarse con la finalidad de ahorro pensión, es decir productos financieros que se pueden destinar para complementar la pensión de jubilación que proporcione la Seguridad Social.

En muchas ocasiones, estos productos responden a las necesidades comercializadoras de las entidades financieras y aseguradoras, si bien existen grupos de productos que tienen unas mismas características fiscales. Aparte de la rentabilidad financiera que puedan proporcionar, la fiscalidad se considera como la característica más importante a la hora de elegir cualquier producto de inversión en general y, en particular, ocurre lo mismo a la hora de seleccionar el producto de ahorro pensión idóneo.

En principio, todos los productos financieros se podrían utilizar con la finalidad de ahorro pensión, sin embargo existen algunos que están especialmente diseñados para ello, debiendo cumplir una serie de características, entre las que se pueden destacar:

- Condiciones fiscales especiales, dada su vocación de inversión a largo plazo, que lo hagan más atractivo.
- Adecuación del horizonte de planificación de la inversión del producto al medio o largo plazo, ya que en caso contrario esta-

ría demasiado expuesto al riesgo de reinversión; entendiéndose por tal la disminución de la rentabilidad futura a la que se puedan reinvertir las cuantías obtenidas al finalizar cada horizonte de planificación de la inversión.

- Una parte de la inversión se puede materializar en activos poco líquidos, como activos inmobiliarios, fondos inmobiliarios, etc.

9.2. PRODUCTOS DE AHORRO PREVISIÓN

Con la finalidad de tener una primera visión de conjunto de los productos financieros y aseguradores, se va a llevar a cabo una agrupación de los mismos. Así, según Domínguez et al. (2011), se pueden formar cuatro tipos de productos:

1. Depósitos Bancarios.
2. Valores negociables.
3. Productos de Seguros.
4. Productos de Transformación de Activos Inmobiliarios.

A partir de esta clasificación vamos a ir comentando las principales características financieras y fiscales de los productos más habituales.



9.2.1. DEPÓSITOS BANCARIOS

Dentro de este grupo se pueden distinguir:

- a) Cuentas a la vista y de ahorro.
- b) Cuentas a plazo.
- c) Cuentas en divisas.

Como norma general, son operaciones simples donde se invierte y se recibe un único capital. Suele estar fijado de antemano el plazo y el tipo de interés de valoración. Los intereses generados por estos productos tienen la consideración de rendimientos del capital mobiliario y, en consecuencia, forman parte de la base imponible del ahorro del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).

Durante algunos años aparecieron nuevas modalidades que intentaban beneficiarse de ciertas ventajas fiscales: Así, hasta 31-12-2006, los rendimientos generados a más de dos años tribuaban al tipo marginal correspondiente por el 60% de dichos rendimientos; quedando, por lo tanto, exentos el 40%.

A partir del 1 de enero de 2007 los rendimientos generados pasaron a tributar al 18%, se eliminó la reducción del 40% para los rendimientos generados en más de 2 años, y se preveía una compensación fiscal cuando el nuevo régimen fuera perjudicial para el contribuyente con instrumentos contratados antes del 20 de enero de 2006.

A partir de 1 de enero de 2010, el tipo impositivo es el mismo que para el resto de operaciones de ahorro y depende de la cuantía de la base liquidable del ahorro: el 19% para los primeros 6.000 euros y el 21% para los siguientes. Posteriormente, la Disposición adicional trigésima quinta del Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público, ha establecido para los periodos impositivos 2012 y 2013 un nuevo tramo en la escala aplicable y, además, incrementa la tarifa estatal que se aplica a los distintos tramos de la escala, tal como aparece en la Tabla IX.1¹.

¹ Tanto el incremento de la tarifa estatal del IRPF aplicable a la base del ahorro, como el incremento de los tipos aplicables a la base general se vehiculan a través de un gravamen complementario que se aplicará sólo durante los años 2012 y 2013.

**TABLA IX.1. TIPO IMPOSITIVO APLICABLE A LAS OPERACIONES DE AHORRO EN FUNCIÓN DE LA BASE LIQUIDABLE, PARA 2010-2013**

Base liquidable del ahorro (a partir de euros)	Tipo estatal aplicable	Tipo estatal adicional (RDL 20/2011)	Tipo estatal total	Tipo autonómico aplicable	Tipo global aplicable
PERIODOS IMPOSITIVOS 2010-2011					
0	9,50%	---	9,50%	9,50%	19%
6.000	10,50%	---	10,50%	10,50%	21%
24.000	10,50%	---	10,50%	10,50%	21%
PERIODOS IMPOSITIVOS 2012-2013					
0	9,50%	2%	11,50%	9,50%	21%
6.000	10,50%	4%	14,50%	10,50%	25%
24.000	10,50%	6%	16,50%	10,50%	27%

Fuente: Elaboración propia a partir de normativa del IRPF para 2010-2011 y 2012-2013.

En cuanto a las retenciones, en los periodos impositivos 2012 y 2013 se elevan del 19% al 21%

9.2.2. VALORES NEGOCIABLES

Bajo esta denominación se agrupan todos aquellos productos cuyo precio de compra-venta lo determina el mercado. Se puede decir que tienen liquidez externa, es decir, que pueden hacerse líquidos antes de la fecha de vencimiento.

- a) Se pueden agrupar de la siguiente forma:
 - i. Renta Fija, que a su vez puede ser:
 - ii. Deuda Pública: Letras del Tesoro, bonos y obligaciones del Estado, Deuda Autonómica y de otros organismos públicos.
 - iii. Renta Fija Privada: Pagarés de Empresa, Bonos y Obligaciones Simples, Obligaciones subordinadas, Obligaciones convertibles y/o canjeables, Cédulas hipotecarias, Cédulas territoriales, Titulizaciones hipotecarias o de activos
 - iii. Participaciones Preferentes: Son valores emitidos por una sociedad que no

confieren participación en su capital ni derecho de voto. Tienen carácter perpetuo y su rentabilidad, generalmente de carácter variable, no está garantizada.

- b) Renta Variable, que a su vez puede ser:
 - i. Acciones cotizadas o no.
 - ii. Derechos de suscripción y asignación gratuita de acciones.
 - iii. Fondos de Inversión.
 - iv. Acciones de Sociedades de Inversión de Capital Variable (SICAV).
 - v. Participaciones o acciones en Instituciones de Inversión Colectiva (IIC) extranjeras

9.2.2.1. Renta Fija

Según Comisión Nacional del Mercado de Valores (2005), estos activos se corresponden con un amplio conjunto de valores negociables que emiten las empresas y las instituciones públicas, y que representan préstamos que estas entidades reciben de los inversores. Así pues, la renta fija no confiere derechos políticos a su tenedor, sino sólo derechos económicos, entre los que cabe



destacar el derecho a percibir los intereses pactados y a la devolución de la totalidad o parte del capital invertido en una fecha dada, dependiendo de si es renta fija simple o no.

En las operaciones de renta fija los intereses suelen ser conocidos a priori para toda la duración de la operación, sin embargo, cada vez es más habitual que se ofrezcan otras posibilidades más sofisticadas, como que los intereses sean variables, estando referenciados a determinados indicadores, como tipos de interés, índices bursátiles, etc.

Entre las operaciones que han adquirido un creciente protagonismo en los últimos meses, hay que citar las «Participaciones preferentes». Estos productos presentan similitudes y diferencias tanto con la renta fija como con la renta variable. Por su estructura, son similares a la deuda subordinada, ya que otorgan a sus titulares unos derechos diferentes a los de las acciones ordinarias (carecen de derechos políticos, salvo supuestos excepcionales, y del derecho de suscripción preferente) pero a efectos contables se consideran valores representativos del capital social del emisor. Estos valores deben ser emitidos por una entidad residente en España o en un territorio de la Unión Europea que no tenga la condición de paraíso fiscal.

Las participaciones preferentes conceden a sus titulares una remuneración predeterminada (fija o variable), no acumulativa, condicionada a la obtención de beneficios distribuibles, por parte de la sociedad garante o del grupo consolidable. Las participaciones preferentes son perpetuas, aunque el emisor podrá acordar la amortización una vez transcurridos al menos cinco años desde su desembolso, previa autorización del garante y del Banco de España, en su caso. Cotizan en el mercado de la Asociación de Intermediarios de Activos Financieros (AIAF), que es un mercado secundario organizado de renta fija. A efectos de dotarlas de mayor liquidez, las emisiones suelen incluir un contrato de liquidez entre el emisor de los valores y una serie de entidades, las denominadas entidades proveedoras de liquidez. Estas entidades se comprometen a ofrecer liqui-

dez mediante la introducción de órdenes de compra y venta en el mercado.

En cuanto a la fiscalidad, los rendimientos generados por cualquiera de estos activos, con independencia de cuál sea su denominación y período de generación, tienen la consideración fiscal de rendimientos del capital mobiliario, integrándose en la base imponible del ahorro. También los rendimientos generados en su transmisión o amortización tienen la consideración de rendimiento de capital mobiliario, sujeto al IRPF. Su tributación es similar a los depósitos bancarios (Tabla IX.1)

Los rendimientos generados por estos productos están sometidos a retención a cuenta del IRPF que para los periodos impositivos 2012 y 2013 se elevan del 19% al 21%. No obstante, la normativa del IRPF establece unos supuestos en los que no existe obligación de practicar retención:

1. Los rendimientos de las Letras del Tesoro, cualquiera que sea el perceptor del mismo, excepto los derivados de cuentas basadas en operaciones sobre dichos valores («cuentas financieras»).
2. Los rendimientos derivados de la transmisión o reembolso de activos financieros con rendimiento explícito cuando se representen mediante anotaciones en cuenta y se negocien en un mercado secundario oficial de valores español, salvo:
 - a) Los rendimientos derivados de cuentas basadas en operaciones sobre dichos valores.
 - b) La parte del precio que equivalga al cupón corrido (norma «anti-lavado» de cupón).

9.2.2.2. Renta Variable

b.1. Acciones

Son títulos valores que representan una parte proporcional del capital social de una sociedad y, como tales, otorgan a sus titulares la calidad de



socio o propietario de la sociedad emisora (en proporción a su participación) y, por tanto, participa en los resultados de la empresa.

En cuanto a su fiscalidad, hay que señalar que las acciones se integran en la base imponible del ahorro y tributan como el resto de las rentas del ahorro. Sin embargo, conviene diferenciar el origen de sus ganancias en dos casos, ya que su tratamiento fiscal será diferente:

1. La transmisión de acciones: el cambio en la titularidad de las acciones origina una variación patrimonial que viene determinada por la diferencia entre el precio de venta y el de adquisición y que está sujeta, en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, al régimen de las ganancias o pérdidas patrimoniales. A partir de 1 de enero de 2010, las ganancias están sometidas a un tipo impositivo del 19% por los primeros 6.000 euros y del 21% para los siguientes, con independencia del tiempo que se hayan mantenido las acciones. No obstante, para los periodos impositivos 2012 y 2013 se establece una nueva escala y se incrementa el tipo impositivo de todos los tramos (Tabla IX.1). Si la venta de los títulos ha producido una pérdida patrimonial, es posible compensar esa minusvalía con las ganancias obtenidas. Según la normativa actual, las minusvalías obtenidas por la venta de títulos se pueden compensar con ganancias patrimoniales de la base del ahorro, independientemente del plazo en el que se hayan generado las ganancias y pérdidas. Sin embargo, no se podrán compensar rendimientos negativos de la base del ahorro con ganancias patrimoniales, ni pérdidas patrimoniales con rendimientos positivos de la base del ahorro. Es decir, se limita la forma en la que se pueden compensar las pérdidas. En caso de no existir plusvalías con las que compensar (o de que las minusvalías obtenidas en el año sean superiores a las plusvalías) las minusvalías que no hayan podido ser compensadas podrán hacerlo a lo largo de los 4 ejercicios siguientes. No

obstante, para que las minusvalías puedan compensarse es necesario no haber comprado valores homogéneos a los que generaron la pérdida en los 2 meses anteriores y posteriores a la venta (regla de los «2 meses»). En caso de hacerlo habrá que esperar a vender esos nuevos valores, y que transcurran 2 meses sin volver a comprarlos, para poder compensar esa minusvalía. Esto es válido tanto para acciones como para fondos de inversión. Las ganancias no están sometidas a retención.

Existe un régimen transitorio que se caracteriza por aplicar unas reducciones a las ganancias patrimoniales procedentes de acciones adquiridas antes del 31-12-1994, si bien solo resultarán aplicables a la parte de las ganancias obtenidas antes del 20-1-2006. Los porcentajes de reducción por cada año redondeado por exceso que exceda de dos de antigüedad desde la adquisición hasta el 31/12/1996 son del 25% para las acciones admitidas a negociación en mercados secundarios oficiales y del 14,28% para las restantes. Con lo cual, aquellas acciones que a 31-12-1996 hayan permanecido más de 5 y 8 años, respectivamente, quedarán exentas.

2. Los dividendos tienen la consideración de rendimientos del capital mobiliario y tributan como el resto de las rentas del ahorro (Tabla IX.1). Los primeros 1.500 euros cobrados en dividendos están exentos de tributar; no obstante, esta exención no se podrá aplicar si el dividendo procede de valores adquiridos en los dos meses anteriores cuando, con posterioridad, dentro del mismo plazo, se produzca una transmisión de valores homogéneos. Se aplica una retención sobre el dividendo íntegro del 19%, aunque para los periodos impositivos 2012 y 2013 se eleva al 21%.

b.2. Fondos de Inversión

Son patrimonios colectivos constituidos con las aportaciones realizadas por una pluralidad de



inversores individuales (partícipes). El valor liquidativo es el cociente de dividir el valor del patrimonio del Fondo entre el número de participaciones emitidas. El valor del patrimonio del Fondo es el resultante de deducir las cuentas acreedoras de la suma de todos sus activos, calculados según los cambios del último día anterior al de la valoración. Existe libertad de entrada y salida de partícipes al precio corriente (valor liquidativo) de sus derechos o participaciones en la cartera del Fondo.

Desde el punto de vista fiscal se pueden clasificar en función del destino dado a los beneficios:

1. De capitalización. También llamados de acumulación. No reparten dividendos, acumulándose los beneficios al capital, con el incremento consiguiente del valor de la participación.
2. De reparto. Distribuyen dividendos sobre los beneficios obtenidos. A efectos fiscales, los dividendos se consideran rendimientos del capital mobiliario, con la correspondiente retención. Su comercialización es muy escasa por la desventaja fiscal respecto a los fondos de capitalización.

Las Rentas derivadas de las transmisiones o de los reembolsos de participaciones en fondos de inversión tienen la consideración de ganancias o pérdidas patrimoniales y tributan como el resto de las rentas del ahorro (Tabla IX.1).

Las pérdidas patrimoniales que puedan generarse por la venta de participaciones en fondos de inversión están sujetas al mismo régimen de compensación que las acciones.

Las ganancias patrimoniales obtenidas están sujetas a retención del 19%, si bien para los periodos impositivos 2012 y 2013 se eleva al 21%

Los fondos de inversión disponen de un régimen especial de diferimiento para el «traspaso de fondos» que consiste en exonerar de gravamen las ganancias de patrimonio que se obtengan en la transmisión o reembolso de participaciones, cuando el importe obtenido se destine a la suscripción de otras participaciones en Institu-

ciones de Inversión Colectiva (IIC), conservando las nuevas participaciones el valor y la fecha de adquisición de las participaciones transmitidas o reembolsadas. Para hacer referencia a esta característica se suele hablar de «sin peaje fiscal». El número de traspasos que pueden realizarse es ilimitado, así como el tiempo de permanencia.

Por último, los fondos de inversión disponen del mismo régimen transitorio que las acciones. En este caso, el coeficiente reductor aplicable a las ganancias obtenidas es del 14,28%.

Para finalizar, recientemente la Comisión Europea ha aprobado la propuesta presentada por once países europeos, entre ellos España, para la creación de un impuesto que grave las transacciones financieras, conocida como Tasa Tobin. El nuevo impuesto gravará todas las operaciones de acciones, bonos y derivados y podría lograr, si fuera utilizada en el conjunto de la UE, una recaudación de hasta 57.000 millones de euros anuales. El nivel propuesto es de 0,1% a los intercambios de acciones y bonos y del 0,01% a los productos derivados.

9.2.3. PRODUCTOS DE SEGUROS

Se incluyen en este grupo todas aquellas operaciones que tienen un componente asegurador, es decir, se cubre algún riesgo. Se pueden distinguir los siguientes productos: Planes de Pensiones (PP), Planes de Previsión Asegurados (PPA), Planes Individuales de Ahorro Sistemático (PIAS) y Seguros de Capital Diferido, Renta Inmediata y Renta Diferida.

9.2.3.1. Planes de Pensiones (PP)

Tal y como se indica en la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, los Planes de Pensiones son instituciones de previsión voluntaria y libre, sus prestaciones no serán, en ningún caso, sustitutivas de las preceptivas en el régimen correspondiente de la Seguridad Social, teniendo, en consecuencia, carácter privado y complementario de aquéllas.



Aunque su funcionamiento financiero es similar al de los Fondos de Inversión, tiene una diferencia importante, ya que los planes de pensiones suelen incluir una serie de seguros: incapacidad, fallecimiento y jubilación, principalmente.

Su fiscalidad también es diferente a la de las operaciones de ahorro. La entrada en vigor de la Ley 35/2006 conllevó cambios significativos en el tratamiento fiscal de los Planes de Pensiones. Los cambios afectan tanto al régimen fiscal de las aportaciones como de las prestaciones:

- Las aportaciones realizadas al plan son deducibles de la base imponible del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, con unos límites. El importe máximo que se puede aportar (periódica y extraordinariamente) a planes de pensiones hasta 50 años y de 12.500 euros para partícipes mayores de 50 años y la reducción en base imponible por aportaciones será la menor de las dos cantidades siguientes².
 - El 30 por 100 de la suma de los rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas percibidos individualmente en el ejercicio. Este porcentaje será del 50 por 100 para contribuyentes mayores de 50 años.
 - 10.000 euros anuales. No obstante, en el caso de contribuyentes mayores de 50 años la cuantía anterior será de 12.500 euros.

Es **importante** recalcar que estos límites son **conjuntos** para todas las aportaciones realizadas a todos los sistemas de previsión social que establece la Ley (Planes Previsión Asegurados, Planes de Pensiones, Mutualidades de Previsión Social, Planes de Previsión Social Empresarial y Seguros de Dependencia) ya sean individuales o colectivos.

² En el País Vasco la deducción varía entre 8000 euros para menores de 53 años y 24.250 para mayores de 64 años.

Los contribuyentes cuyo cónyuge obtenga rendimientos netos, cualquiera que sea su origen, inferiores a 8.000 € podrán deducir en la base imponible las aportaciones realizadas a planes de pensiones de los que sea partícipe dicho cónyuge con el límite máximo de 2.000 €.

Si se acredita un grado de minusvalía física o sensorial igual o superior al 65% o psíquica igual o superior al 33% se eleva el máximo de aportación con ventaja fiscal hasta 24.250 €.

Si por aplicación de los límites anteriores, un partícipe no puede reducir en su IRPF toda la aportación hecha en el ejercicio, tendrá la posibilidad de reducir ese exceso en los cinco ejercicios siguientes.

A partir del 1-1-2013 se aplicará un límite cuantitativo de reducción, propio e independiente, de 5.000 euros anuales para primas satisfechas por la empresa a seguros colectivos de dependencia que instrumenten compromisos por pensiones.

- Por lo que se refiere a las prestaciones, el importe integro de las mismas tienen la consideración fiscal de rendimientos del trabajo, tanto si se percibe en forma de capital como si se perciben en forma de renta, integrándose en la base imponible general del partícipe a la que se aplican las escalas general y autonómica. Para los ejercicios 2012 y 2013 se establece un gravamen complementario al estatal, con 7 tramos y tipos que van del 0,75% al 7%.

La manera de integrar dichas prestaciones dependerá de la forma en que se perciban:

- Si es en forma de renta, se integrará completamente en la base imponible general de cada año la anualidad percibida en concepto de renta del trabajo.



- Si la prestación se percibe en forma de capital, se ha eliminado la exención³ de la que gozaban estas prestaciones, de forma que se integrarán en la base imponible general de forma íntegra.

No obstante, en este último caso la Ley 35/2006 establece un régimen transitorio para los planes de pensiones contratados antes de 1-1-2007. La disposición transitoria duodécima establece que para las prestaciones derivadas de contingencias ocurridas a partir de 1-1-2007, por la parte correspondiente a las aportaciones realizadas hasta 31-12-2006, será aplicable la reducción prevista en la norma anterior. Esto supone que cuando se perciba una prestación de Planes de Pensiones en forma de capital a partir de 1-1-2007, a la parte correspondiente a las aportaciones realizadas hasta 31-12-2006 se le aplicará la reducción del 40%.

Las prestaciones están sujetas a retención en función de la escala general de gravamen (24,75%-52%).

9.2.3.2. *Planes de Previsión Asegurados (PPA)*

Las características de este producto se establecen en la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio. Según su artículo 51.3, los Planes de Previsión Asegurados se definen como contratos de seguro que deben cumplir una serie de requisitos. La principal diferencia con los Planes de Pensiones es que los PPA tendrán obligatoriamente que ofrecer una garantía de interés y utilizar técnicas actuariales. Éste es el principal atractivo que tiene este instru-

³ Hasta el 31-12-2006 si la prestación se percibía como capital único y siempre que hubiesen transcurrido más de dos años desde la primera aportación, solo se tributaba por el 60% de dicho capital como rendimiento del trabajo.

mento frente a los planes de pensiones individuales, ya que éstos últimos no garantizan nunca un rendimiento (incluso ni en el caso de los llamados «planes garantizados», pues la garantía no la ofrece el plan, sino un tercero ajeno al mismo). Sin embargo, el tratamiento fiscal es idéntico al de los Planes de Pensiones Individuales.

9.2.3.3. *Planes Individuales de Ahorro Sistemático (PIAS)*

Los Planes Individuales de Ahorro Sistemático⁴ (PIAS) se configuran como contratos celebrados con entidades aseguradoras para constituir con los recursos aportados una renta vitalicia asegurada, siempre que se cumplan, entre otros, los siguientes requisitos:

- Los recursos aportados se instrumentarán a través de seguros individuales de vida en los que el contratante, asegurado y beneficiario sea el propio contribuyente. Las aportaciones al PIAS no son deducibles en el IRPF.
- La renta vitalicia se constituirá con los derechos económicos procedentes de dichos seguros de vida. En los contratos de renta vitalicia podrán establecerse mecanismos de reversión o periodos ciertos de prestación o fórmulas de contraseguro en caso de fallecimiento una vez constituida la renta vitalicia.
- El límite máximo anual satisfecho en concepto de primas a este tipo de contratos será de 8.000 euros, y será independiente de los límites de aportaciones a sistemas de previsión social. Asimismo, el importe total de las primas acumuladas en estos contratos no podrá superar la cuantía total de 240.000 euros por contribuyente.

⁴ Las características de este instrumento se establecen en la Disposición Adicional Tercera de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio.



- No tributará por los rendimientos acumulados si se constituye una renta vitalicia transcurridos 10 años desde la primera aportación. La renta mensual vitalicia obtenida tendrá la consideración de rendimiento del capital mobiliario y tributa en el IRPF como el resto de rentas del ahorro

(Tabla IX.1), previa aplicación de una tabla de porcentajes de integración según la edad del rentista al constituirse la renta y que permanecerán constantes durante toda su vigencia. Es decir, no se tributa sobre la totalidad de la renta percibida sino sobre un porcentaje de ésta (Tabla IX.2).

TABLA IX.2. RENTAS VITALICIAS INMEDIATAS. PORCENTAJE APLICABLE PARA LA DETERMINACIÓN DEL RENDIMIENTO DE CAPITAL MOBILIARIO

Edad	Porcentaje aplicado sobre la Renta
Menor de 40	40%
Entre 40 y 49	35%
Entre 50 y 59	28%
Entre 60 y 65	24%
Entre 66 y 69	20%
Más de 70	8%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Ley 35/2006.

Nota: Estos porcentajes serán los correspondientes a la edad del rentista en el momento de la constitución de la renta y permanecerán constantes durante toda su vigencia.

En caso de disposición, total o parcial, de los derechos económicos acumulados antes de constituirse la renta vitalicia, dicha disposición tributará en proporción a la disposición realizada. A estos efectos, se considera que la cantidad recuperada corresponde a las primas satisfechas en primer lugar, incluida su correspondiente rentabilidad.

Como ocurre con los fondos de inversión y los planes de pensiones, el ahorro en un PIAS puede traspasarse a otro PIAS libremente, sin que la entidad pueda aplicar penalizaciones y sin que la operación tenga consecuencias tributarias.

Se aplica una retención del 19% (21% durante el 2012 y 2013) sobre el Rendimiento del Capital Mobiliario, no sobre el importe de la renta cobrada.

9.2.3.4. Seguros de Capital Diferido, Renta Inmediata y Renta Diferida

Se pueden encuadrar dentro de los seguros de vida-ahorro (jubilación). Son gestionados por

compañías de seguros y tienen como finalidad principal generar un ahorro privado para complementar la prestación de jubilación proveniente del sistema público, empezándose a pagar en el momento de la jubilación. Este complemento se percibirá cuando el asegurado alcance una determinada edad, bien en forma de renta o de capital. Es habitual que este tipo de seguros incluyan garantías complementarias para el caso de fallecimiento del asegurado con anterioridad a la jubilación.

Las distintas modalidades se pueden definir de la siguiente forma:

- De capital diferido: En la fecha de vencimiento, si el asegurado vive, el asegurador se compromete a abonarle el capital estipulado en la póliza.
- De renta diferida: En la fecha de vencimiento, si el asegurado vive, el asegurador se compromete a abonarle una prestación en forma de renta periódica, temporal o vitalicia, según lo estipulado en la póliza.



- De renta inmediata: El asegurador cobra una prima única e inmediatamente el beneficiario comienza a percibir la prestación en forma de renta periódica, temporal o vitalicia, según lo estipulado en la póliza.

En relación a la fiscalidad de los seguros de vida, las primas pagadas no son deducibles en el IRPF. En cuanto a la prestación recibida, ésta tributa por el IRPF como Rendimiento de Capital Mobiliario (RCM), al tipo correspondiente entre el 21%-27% (Tabla IX.1), y al que le corresponde una retención del 19% (21% durante 2012 y 2013) sobre el Rendimiento Neto. El cálculo del RCM depende del tipo de prestación asociada al seguro, así:

- a) Prestación en forma de Capital Diferido. El RCM será igual al Capital menos las Primas satisfechas (por las que tributó en el momento de aportarlas). Existe un régimen especial para contratos formalizados antes de 20-1-2006 que permite compen-

sar fiscalmente por la eliminación de las reducciones del 40%-75% si el rendimiento se ha generado en más de 2-5 años desde el pago de la primera prima.

- b) Prestación en forma de Renta Inmediata, se ha de distinguir a su vez en:
 - Si se trata de una Renta vitalicia. En este caso, el rendimiento de capital mobiliario obtenido tributa en el IRPF previa aplicación de unos coeficientes, que dependen de la edad del percceptor en el momento de constitución de la renta y que permanecerán constantes durante toda su vigencia. Los porcentajes a aplicar sobre la renta en función de la edad son los aplicables a las Rentas Vitalicias Inmediatas.
 - Si se trata de una Renta Temporal. El rendimiento de capital mobiliario obtenido tributa en el IRPF previa aplicación de unos porcentajes que dependen de la duración de la renta y que se recogen en la Tabla IX.3.

TABLA IX.3. RENTAS TEMPORALES. PORCENTAJE APLICABLE PARA LA DETERMINACIÓN DEL RENDIMIENTO DE CAPITAL MOBILIARIO

Duración	Porcentaje aplicado sobre la Renta
Menor o igual a 5 años	12%
Mayor de 5 y menor o igual a 10	16%
Mayor de 10 y menor o igual a 15	20%
Mayor de 15	25%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Ley 35/2006.

- c) Prestación en forma de Renta Diferida. El RCM sujeto a tributación viene determinado por la aplicación del porcentaje fijo (el obtenido siguiendo las reglas comentadas para las rentas inmediatas) que resulte sobre cada anualidad, incrementado en la rentabilidad acumulada. Esta rentabilidad se calcula como la diferencia entre el valor actual actuarial de la renta que se constituye menos el importe de las primas satisfechas. Se realiza un reparto lineal de esta

rentabilidad, en 10 años, para el caso de las rentas vitalicias y para el máximo entre 10 años y la duración de la renta en el caso de las rentas temporales. El porcentaje que se aplica es función de la edad si la renta es vitalicia, o de la duración de la renta si ésta es temporal.

Se puede concluir afirmando que las características de estos productos ofrecen una gran flexibilidad y liquidez al tomador del seguro, resul-



tando éste muy apropiado para un individuo con un grado de incertidumbre medio, en relación a sus ingresos futuros y que no presenta como prioridad el acceso a beneficios fiscales derivados de la colocación de sus ahorros.

9.2.4. PRODUCTOS DE TRANSFORMACIÓN DE ACTIVOS INMOBILIARIOS

Se denomina de esta forma a aquellos productos financieros que permiten transformar los activos inmobiliarios en rentas para poder complementar la pensión de jubilación. El objetivo de este tipo de productos es convertir la vivienda en recursos económicos mientras se sigue disfrutando de la misma.

El más importante de todos ellos es la denominada «Hipoteca Inversa», que se define como un préstamo o crédito garantizado mediante hipoteca sobre un bien inmueble que constituya la vivienda habitual del solicitante, cumpliendo una serie de requisitos. Por otro lado, al fallecimiento del deudor, sus herederos tienen varias opciones que se pueden resumir en quedarse o no con el inmueble. En el primer supuesto pueden cancelar el préstamo en el plazo estipulado, abonando la totalidad de los débitos vencidos con los intereses correspondientes. En caso contrario, si no desean pagar por el inmueble, siempre podrán solicitar al acreedor que ejecute la garantía, por lo que se quedarían con el importe sobrante, es decir, con el capital del crédito que no se hubiese consumido todavía.

En cuanto al tratamiento fiscal, es la menos gravosa de las operaciones de este tipo, ya que las rentas obtenidas por mayores de 65 años o personas en situación de dependencia severa o gran dependencia no tributan en el IRPF. Además, también disfrutan de la exención de la cuota correspondiente a la modalidad de actos jurídicos documentados. Por último, también gozan de una reducción del 90% sobre los impuestos por el registro.

Cabe destacar que para beneficiarse de la fiscalidad aparejada a la hipoteca inversa es neces-

sario que ésta haya sido formalizada a través de una de las entidades de crédito y aseguradoras autorizadas para comercializar este producto.

9.3. ¿INCENTIVOS O DESINCENTIVOS FISCALES A LOS PRODUCTOS DESTINADOS AL AHORRO PREVISIÓN?

La variedad de tratamientos fiscales de las distintas operaciones financieras hacen que no sea fácil su comparación de forma intuitiva. Sin embargo, la matemática financiera utiliza una herramienta que permite incorporar los distintos aspectos fiscales de las operaciones. La mejor forma de compararla es mediante el cálculo del tanto efectivo de rendimiento financiero-fiscal. Este elemento se define como el tipo de interés de la ley de capitalización compuesta que hace que sean equivalentes los capitales entregados y recibidos por el inversor, una vez aplicados los impuestos y deducciones correspondientes. Como el resultado de la aplicación de este método es un valor único, su comparación es sencilla: basta con encontrar el que proporcione el mayor tanto efectivo.

Además, vamos a incorporar algunas operaciones de seguros, siendo algo más compleja la forma de calcular su rentabilidad financiero-fiscal⁵, ya que hay que tener en cuenta, además, las probabilidades de que ocurran las contingencias aseguradas.

Vamos a proceder a agrupar las distintas operaciones comentadas anteriormente en función de su tratamiento fiscal. Así tendremos:

- Operación financiera en su totalidad.
- Combinación de una operación financiera y una renta vitalicia.
- Plan de Pensiones y otros productos análogos.

⁵ Para un desarrollo detallado del cálculo de las distintas rentabilidades financiero-fiscales, puede verse Domínguez et al. (2011).



- Plan Individual de Ahorro Sistemático (PIAS).
- Hipoteca Inversa. No vamos a ofrecer los resultados de esta operación porque es una operación con muy poca flexibilidad y que requiere haber comprado con anterioridad un inmueble. Un estudio muy detallado con los resultados de esta operación se puede ver en Devesa et al. (2012).

En todos los casos, la determinación de la rentabilidad financiero-fiscal se ha planteado teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) Aportación única, ya que se parte de la decisión que el inversor tiene que tomar en un año concreto y no de un problema dinámico.
- b) En todas las modalidades, excepto en la Operación Financiera (donde se va a suponer que se cobra como una renta financiera con duración igual a la esperanza de vida), se supone que el cobro de la prestación se hará en forma de renta vitalicia, ya que se considera que el objetivo primordial de una operación de ahorro-previsión es el de garantizar su cobro mientras viva el beneficiario. Además, en el caso de los Planes de Pensiones, se va a llevar a cabo el estudio tanto con una renta vitalicia como con una renta financiera –de duración igual a la esperanza de vida– para comprobar si existen diferencias significativas en el tratamiento fiscal entre ambas modalidades.
- c) Aunque los productos analizados son operaciones postdeterminadas y, por lo tanto, no se puede conocer a priori el rendimiento, se va a suponer que la rentabilidad

financiera (después de gastos y comisiones) es conocida y constante durante todo el periodo, en nuestro caso del 2%. De esta forma, será posible determinar cuál de ellos es el que goza de un tratamiento fiscal más ventajoso.

- d) La edad inicial de contratación es «x» y la fecha de jubilación es «j», mientras que la diferencia entre las dos edades es igual a «d» ($d=j-x$).
- e) Sólo se va a contemplar la jubilación, no considerando otras contingencias, como incapacidad, dependencia, rentas de fallecimiento-supervivencia (viudedad, orfandad, favor familiar, etc.).

9.3.1. OPERACIÓN FINANCIERA EN SU TOTALIDAD

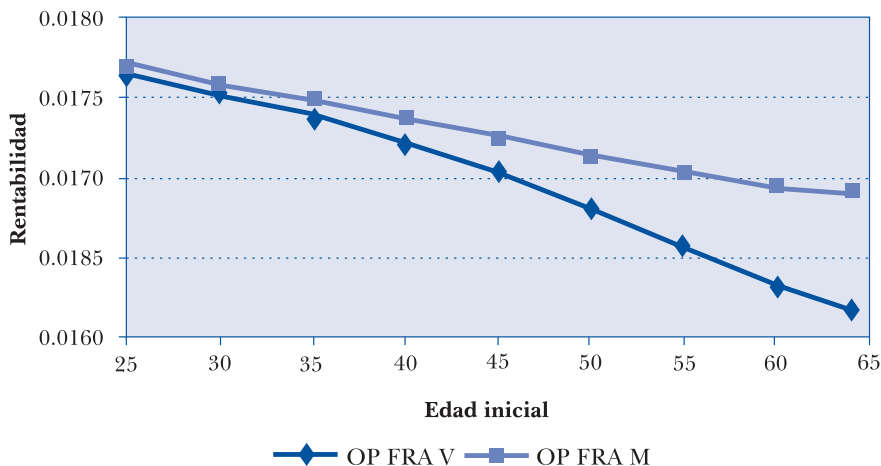
Los cálculos se han realizado suponiendo que el tipo impositivo es del 19%, ya que estamos considerando capitales unitarios y, por lo tanto, no habría un salto en la tabla de tipos impositivos según la base imponible del ahorro.

Como se ha comentado anteriormente, se supone que al llegar a la edad de jubilación, el inversor va obteniendo reembolsos durante un plazo igual al de su esperanza de vida.

Como se puede apreciar en el Gráfico IX.1, la rentabilidad financiero-fiscal depende de la edad de contratación y del sexo, ya que la esperanza de vida es distinta para varones y mujeres. En todos los casos, las mujeres obtienen una rentabilidad algo superior a la de los varones, pero, también en todos los casos, va descendiendo conforme la edad de contratación de la operación va aumentando.



GRÁFICO IX.1. RENTABILIDAD FINANCIERO FISCAL DE LA OPERACIÓN FINANCIERA EN SU TOTALIDAD



Fuente: Elaboración propia.

Nota: OP FRA: Operación Financiera; V: Varones; M: Mujeres.

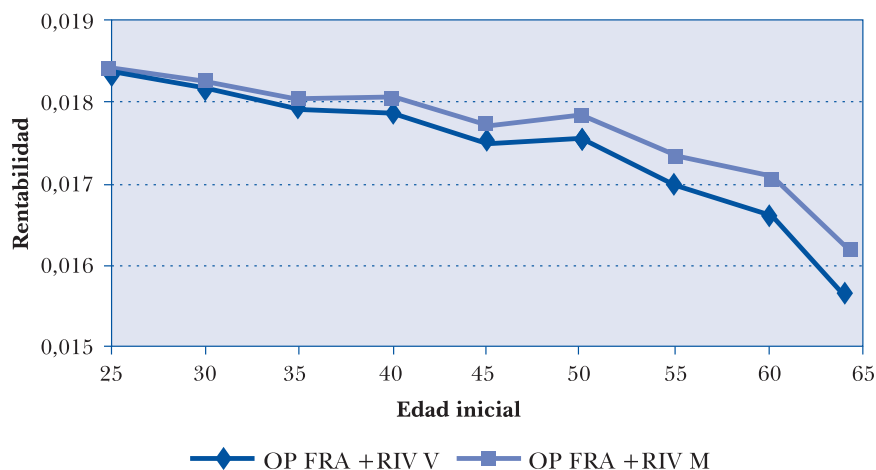
9.3.2. COMBINACIÓN DE UNA OPERACIÓN FINANCIERA Y UNA RENTA VITALICIA

En el Gráfico IX.2 se muestra la rentabilidad financiero-fiscal de este producto, distinguiendo varones y mujeres y considerando que se aplica peaje fiscal. Por peaje fiscal se entiende que al

transformar una operación financiera en una renta vitalicia tiene que tributar tanto en el momento de terminar la operación financiera como por el rendimiento obtenido de la renta vitalicia.

En todos los casos, las mujeres obtienen una rentabilidad algo superior a la de los varones.

GRÁFICO IX.2. RENTABILIDAD FINANCIERO FISCAL DE LA OPERACIÓN FINANCIERA CON RENTA INMEDIATA VITALICIA. VARONES Y MUJERES



Fuente: Elaboración propia.

Nota: OP FRA: Operación Financiera; RIV: Renta Inmediata Vitalicia; V: Varones; M: Mujeres.



9.3.3. PLAN DE PENSIONES Y OTROS PRODUCTOS ANÁLOGOS

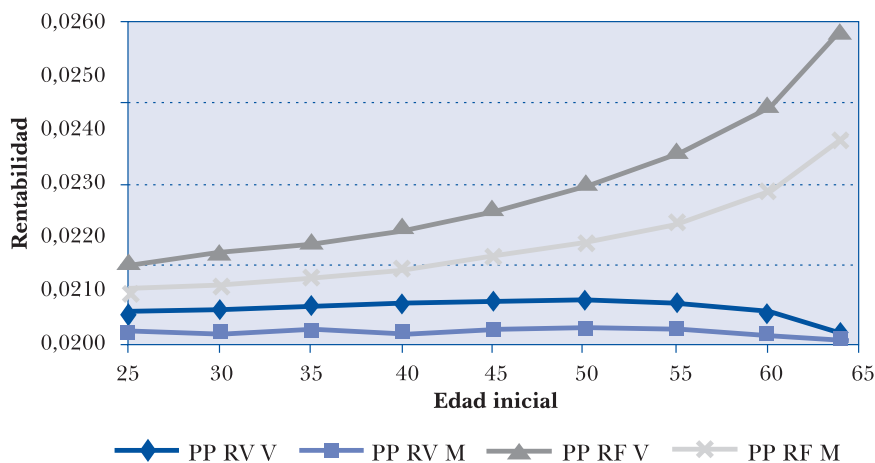
En este caso se incluyen los Planes de Pensiones y otros productos que tienen una fiscalidad análoga, (Planes de Previsión Asegurados y Planes de Previsión Social Empresarial). Se van a considerar como operaciones de seguros, ya que siempre hay un grado de aleatoriedad en cuanto a la fecha en la que recibirá la prestación de jubilación o sobre la cuantía y fecha de cobro de la posible indemnización por fallecimiento, puesto que existe un seguro implícito, por el que, en caso de fallecimiento del partícipe, sus beneficiarios recibirán la cuantía del fondo acumulado hasta ese momento.

Se va a analizar el caso de cobro como renta vitalicia y, también, como renta financiera de duración igual a la esperanza de vida del individuo en el momento en que se jubile.

En el Gráfico IX.3 se muestra la rentabilidad financiero-fiscal de este producto, en el caso de igualdad entre los tipos impositivos inicial y finales⁶, distinguiendo entre varones y mujeres y según se contrate el cobro de una renta vitalicia o de una renta financiera de duración igual a la esperanza de vida del individuo en el momento en que se jubile. Las mujeres obtienen una rentabilidad algo inferior a la de los varones, debido a las diferentes probabilidades de unas y otros que incorpora la fórmula para el cálculo de la rentabilidad. También se observa que la rentabilidad financiero-fiscal es superior a la financiera (2%) cuando el tipo impositivo inicial coincide con los tipos impositivos finales⁷, debido a la ventaja fiscal de este producto.

También es interesante comparar la rentabilidad financiero-fiscal para distintos tipos impositivos inicial y finales. Así, en el Gráfico IX.4 se

GRÁFICO IX.3. RENTABILIDAD FINANCIERO-FISCAL DE LOS PLANES DE PENSIONES. COBRO COMO RENTA VITALICIA Y COMO RENTA FINANCIERA. VARONES Y MUJERES. TIPOS IMPOSITIVOS INICIAL Y FINALES IGUALES



Fuente: Elaboración propia.

Nota: PP: Plan de Pensiones; RV: Renta Vitalicia; RF: Renta Financiera; V: Varones; M: Mujeres.

⁶ Nótese que, como se cobra en forma de renta, tendrá que tributar cada año, por lo que se hace referencia a que habrá varios tipos impositivos finales.

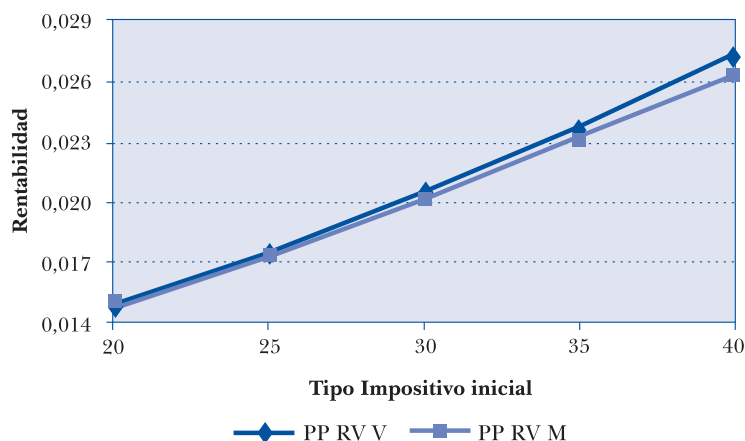
⁷ En el caso de considerar el Plan de Pensiones como operación financiera, la rentabilidad financiera-fiscal coincidiría con la rentabilidad financiera para igualdad de tipos impositivos inicial y finales.



muestra la variación de la rentabilidad al modificar el tipo impositivo inicial para un tipo impositivo final fijo del 30%, en el caso de cobro como Renta Vitalicia. La rentabilidad de los varones es superior a la de las mujeres, aumentando la rentabilidad financiero-fiscal a medida que se incrementa el tipo impositivo inicial, ya que éste recoge la deducción fiscal que permite la legislación para este tipo de operaciones.

De manera análoga, en el Gráfico IX.5 se muestra la variación de la rentabilidad financiero-fiscal al modificar los tipos impositivos finales para un tipo impositivo inicial fijo del 30%. También la rentabilidad de los varones es superior a la de las mujeres, disminuyendo la rentabilidad financiero-fiscal a medida que se incrementan los tipos impositivos finales, ya que éstos recogen el pago fiscal del inversor.

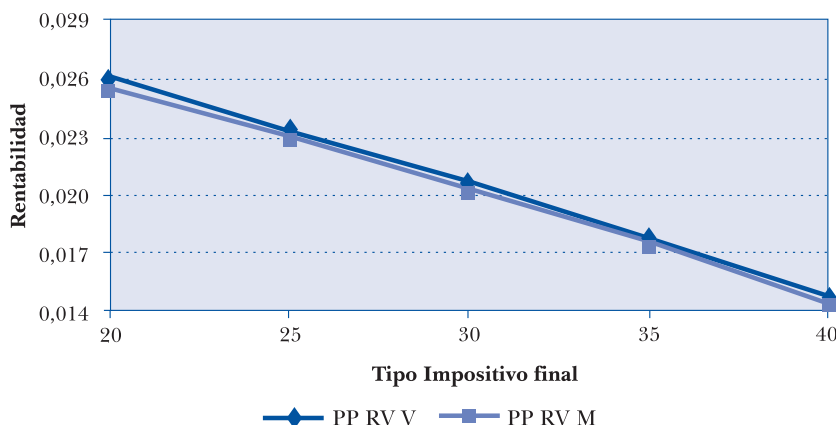
GRÁFICO IX.4. RENTABILIDAD FINANCIERO-FISCAL DE LOS PLANES DE PENSIONES. COBRO COMO RENTA VITALICIA. VARONES Y MUJERES. TIPO IMPOSITIVO INICIAL VARIABLE Y TIPOS IMPOSITIVOS FINALES DEL 30%. EDAD 25 AÑOS



Fuente: Elaboración propia.

Nota: PP: Plan de Pensiones; RV: Renta Vitalicia; V: Varones; M: Mujeres.

GRÁFICO IX.5. RENTABILIDAD FINANCIERO-FISCAL DE LOS PLANES DE PENSIONES. COBRO COMO RENTA VITALICIA. VARONES Y MUJERES. TIPO IMPOSITIVO INICIAL DEL 30% Y TIPOS IMPOSITIVOS FINALES VARIABLES. EDAD 25 AÑOS



Fuente: Elaboración propia.

Nota: PP: Plan de Pensiones; RV: Renta Vitalicia; V: Varones; M: Mujeres.

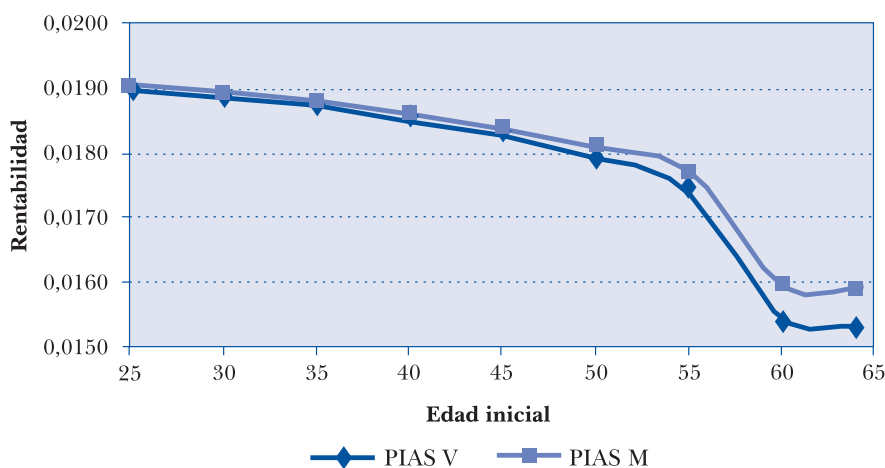


9.3.4. PLAN INDIVIDUAL DE AHORRO SISTEMÁTICO (PIAS)

En el Gráfico IX.6 se muestra la rentabilidad financiero-fiscal de este producto, distinguiendo varones y mujeres. Las mujeres obtienen una rentabilidad algo superior a la de los varones. Por otro lado, la rentabilidad financiero-fiscal es inferior a la financiera (2%), debido a que este pro-

ducto tiene que tributar. Se observa, también, que para los individuos entre 60 y 64 años se ha producido una bajada fuerte de la rentabilidad financiero fiscal, ya que se les ha calculado la rentabilidad financiero fiscal de la operación financiera con cobro en forma de renta vitalicia y con peaje fiscal, ya que pierden la ventaja fiscal de los PIAS, al estar considerando que el plazo hasta la edad de jubilación (65 años) es inferior a 10 años.

GRÁFICO IX.6. RENTABILIDAD DE LOS PLANES INDIVIDUALES DE AHORRO SISTEMÁTICO. VARONES Y MUJERES



Fuente: Elaboración propia.

Nota: PP: Plan de Pensiones; RV: Renta Vitalicia; V: Varones; M: Mujeres.

9.4. PROPUESTAS PARA INCENTIVAR EL AHORRO FINALISTA

Para tener una visión completa de las rentabilidades de los productos considerados y con el fin de poder obtener conclusiones sobre los aspectos fiscales, vamos a agruparlos en un único gráfico para varones y otro para mujeres.

De esta forma, en el Gráfico IX.7 se muestra la rentabilidad financiero-fiscal de todas las operaciones conjuntamente, para los varones. Así, se pueden obtener las siguientes conclusiones:

- Los Planes de Pensiones son los que ofrecen la mayor rentabilidad de todas las operaciones analizadas. Además, este resultado se ha

obtenido con tipos impositivos iniciales y finales iguales; por lo tanto, si los tipos impositivos finales (tipos a los que se tributa) fuesen menores que el inicial (tipo al que se deduce la aportación), la rentabilidad aún sería más elevada. También hay que destacar que la rentabilidad es más elevada en el caso de cobrarlo como Renta Financiera que como Renta Vitalicia, lo cual no tiene mucho sentido si, como se ha apuntado anteriormente, la finalidad de la contratación de estos productos es la de complementar la pensión de jubilación de la Seguridad Social, que tiene carácter vitalicio. El hecho de que la renta financiera se haya calculado con un plazo coincidente con la esperanza



de vida, no elimina el riesgo de longevidad, al poder sobrevivir el inversor a la edad considerada para los cálculos. También conviene apuntar que la rentabilidad para el caso de cobro en forma de Renta Financiera es creciente con la edad⁸, mientras que ocurre lo contrario para el cobro como Renta Vitalicia, alcanzando en el caso límite una rentabilidad financiero-fiscal igual a la rentabilidad financiera.

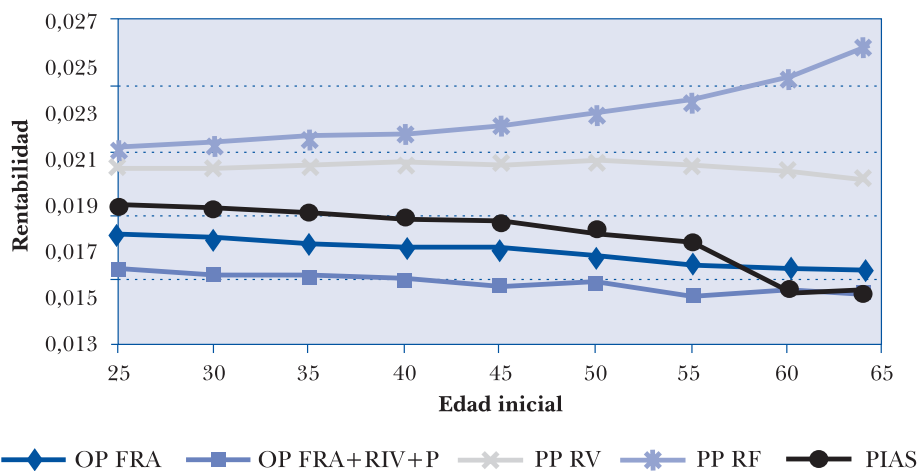
b) La siguiente operación con mejor rentabilidad financiero-fiscal es el Plan Individual de Ahorro Sistemático (PIAS), excepto cuando la edad del inversor está cerca de los 65 años (considerada como edad de jubilación), ya que, como se ha comentado anteriormente, perdería la ventaja fiscal al no mediar 10 o más años entre la fecha de comienzo de la operación y la fecha de cobro de la renta. De todas maneras, la rentabilidad financiero-fiscal de los PIAS siempre está por debajo de la rentabilidad financiera ya que no existe deducción por

la aportación y, sin embargo, sí que tributa. Además, la rentabilidad va disminuyendo conforme aumenta la edad del inversor.

- c) La tercera mejor opción sería la operación financiera pura, si bien está alejada de la rentabilidad financiera y con un descenso importante a medida que aumenta la edad inicial del inversor. Conviene apuntar que aquí no hay peaje fiscal, porque estamos entendiendo que la propia operación permite los reembolsos. Igual que en el caso de los planes de pensiones con cobro mediante renta financiera, existe el riesgo de que el inversor sobreviva al plazo estipulado en las hipótesis, es decir que supere la esperanza de vida, con lo cual no cobraría a partir de ese momento.
- d) En último lugar se situaría la operación financiera que se cobra como renta vitalicia y con peaje fiscal, lo cual demuestra que el peaje fiscal supone un serio inconveniente para contratar este tipo de operaciones.

Como se puede comprobar en el Gráfico IX.8, se llega a similares conclusiones en el caso de mujeres.

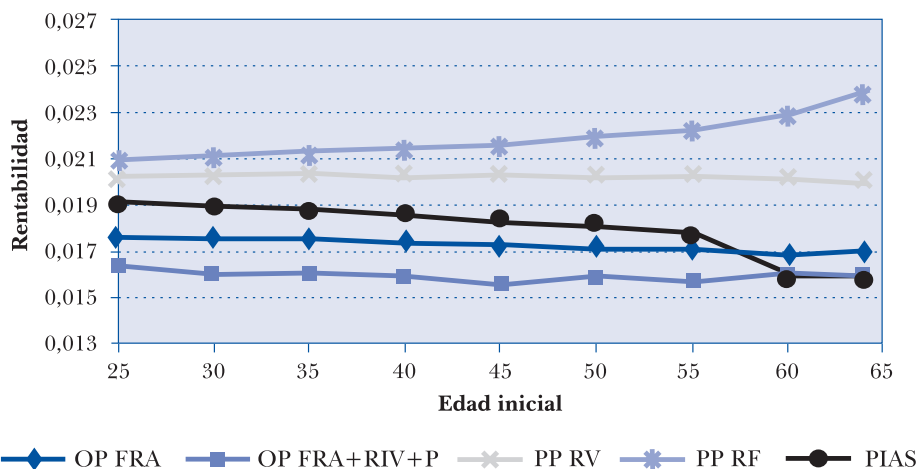
GRÁFICO IX.7. RENTABILIDAD DE TODAS LAS OPERACIONES. VARONES



Fuente: Elaboración propia.

Nota: OP FRA: Operación Financiera; RIV: Renta Inmediata Vitalicia; P: Peaje Fiscal; PP: Plan de Pensiones; RV: Renta Vitalicia; RF: Renta Financiera; PIAS: Plan Individual de Ahorro Sistemático.

⁸ Esto se debe a que cuanto mayor es la edad del inversor hay un menor número de años para diluir el efecto fiscal.

GRÁFICO IX.8. RENTABILIDAD DE TODAS LAS OPERACIONES. MUJERES

Fuente: Elaboración propia.

Nota: OP FRA: Operación Financiera; RIV: Renta Inmediata Vitalicia; P: Peaje Fiscal; PP: Plan de Pensiones; RV: Renta Vitalicia; RF: Renta Financiera; PIAS: Plan Individual de Ahorro Sistemático.

9.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados anteriores nos llevan a enumerar cuáles son las recomendaciones que habría que implementar en cuanto a aspectos fiscales para mejorar la rentabilidad financiero-fiscal de los productos que tengan finalidad de ahorro pensión.

En primer lugar, creemos que debería eliminarse el peaje fiscal de aquellos productos que, aunque inicialmente no pensarán destinarse a complementar la pensión de jubilación, acaben utilizándose con la finalidad de ahorro-pensión, ya que lo contrario podría suponer un agravio comparativo con el resto de productos que tengan dicha finalidad. Naturalmente, la eliminación del peaje fiscal mejoraría de forma importante la rentabilidad financiero-fiscal. En el Gráfico IX.9 se aprecia esta mejora del resultado para el caso de una operación financiera con cobro en forma de Renta Inmediata Vitalicia para el caso de los varones, siendo similar el resultado para el caso de las mujeres.

De igual forma, se puede comprobar en el Gráfico IX.10 cómo la eliminación del peaje fis-

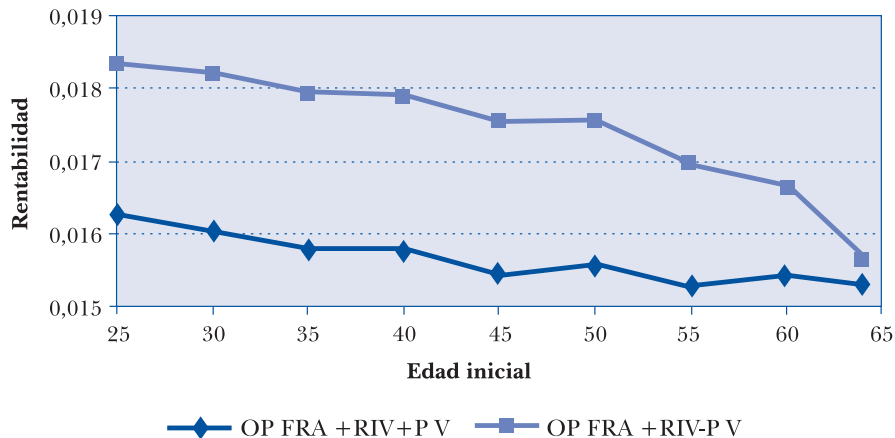
cal mejora la rentabilidad financiero-fiscal de la operación cuando se cobra como renta vitalicia, que pasa a estar por encima de la rentabilidad de la operación financiera en su totalidad, excepto en la edad de jubilación prevista (65 años) en el estudio. Aunque sólo se ha representado para los varones, en el caso de mujeres ocurre lo mismo.

Esto nos reafirma en la recomendación de que la eliminación del peaje fiscal, en el caso de contratar una renta vitalicia, debería tenerse en cuenta para hacer más atractiva esta modalidad.

Por otro lado, entendemos que los Planes de Pensiones están bien tratados fiscalmente, ya que, a igualdad de tipos impositivos inicial y finales, se obtienen rentabilidades financiero-fiscales superiores a la rentabilidad financiera, es decir, se reciben mayores deducciones fiscales que los impuestos por los que hay que tributar. Creemos, por lo tanto, que las propuestas genéricas que se hacen para mejorar la rentabilidad de los planes de pensiones son innecesarias, pero sí que podría mejorarse en el caso concreto de que se contrate una renta vitalicia, pues, como hemos comentado anteriormente, están peor tratadas que en el caso del cobro como una renta financiera.



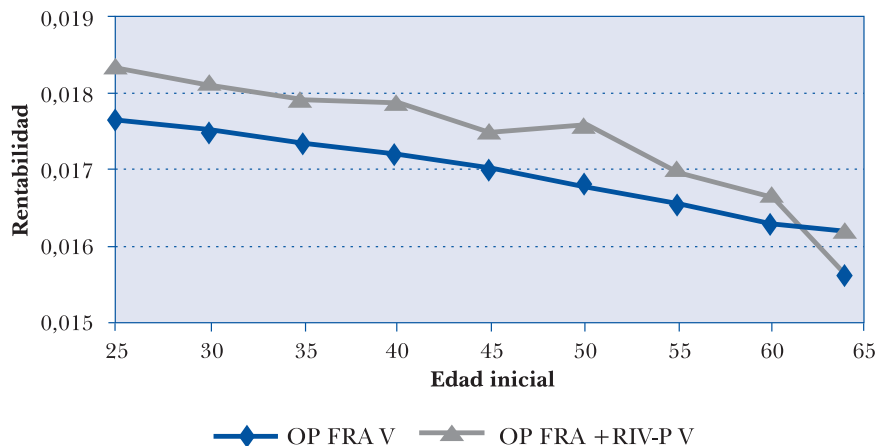
GRÁFICO IX.9. RENTABILIDAD FINANCIERO FISCAL DE LA OPERACIÓN FINANCIERA CON RENTA INMEDIATA VITALICIA. CON Y SIN PEAJE FISCAL. VARONES



Fuente: Elaboración propia.

Nota: OP FRA: Operación Financiera; RIV: Renta Inmediata Vitalicia; +P: Con Peaje Fiscal; -P: Sin Peaje Fiscal; V: Varones.

GRÁFICO IX.10. RENTABILIDAD FINANCIERO FISCAL DE LA OPERACIÓN FINANCIERA Y OPERACIÓN FINANCIERA CON RENTA INMEDIATA VITALICIA SIN PEAJE FISCAL. VARONES



Fuente: Elaboración propia.

Nota: OP FRA: Operación Financiera; RIV: Renta Inmediata Vitalicia; -P: Sin Peaje Fiscal; V: Varones.



Aparte de lo ya apuntado para los Planes de Pensiones, conviene insistir en el peor tratamiento fiscal que se le da a las Rentas Vitalicias respecto a otras formas de cobro. Siendo la renta vitalicia la más adecuada para complementar la pensión de jubilación, debería beneficiarse de un tratamiento fiscal ventajoso. Por lo tanto, se deberían disminuir los porcentajes que se aplican sobre el importe de la renta para constituir el rendimiento de capital mobiliario por el que tributan, de tal forma que mejorara su rentabilidad financiero- fiscal y aumentara su atractivo para los inversores en productos de ahorro pensión.

En cuanto a los PIAS, el cálculo de la rentabilidad financiera fiscal nos sirve para detectar que siempre es menor que la rentabilidad financiera, por lo que, en definitiva, suelen ser menos atractivos que los Planes de Pensiones. La forma de mejorar los aspectos fiscales de este producto sería similar a lo que se ha propuesto para las rentas vitalicias.

A modo de conclusión final, el objetivo de todas las operaciones de ahorro pensión debería ser

que su rentabilidad financiero fiscal no difiriera mucho de la rentabilidad financiera. Es decir, que no existiera imposición sobre este tipo de operaciones pero tampoco un beneficio fiscal.

BIBLIOGRAFÍA

- Comisión Nacional del Mercado de Valores (2005): *Guía Informativa. Los productos de Renta Fija*. CNMV.
- Devesa, J.E.; Devesa, M.; Domínguez, I.; Encinas, B.; Meneu, R. y Nagore, A. (2012): «Análisis Financiero Fiscal de la Hipoteca Inversa en España». *Innovar Journal*, Volumen 22, número 45 (edición julio – septiembre).
- Domínguez, I.; Devesa, J.E.; Devesa, M.; Encinas, B.; Meneu, R. y Nagore, A. (2011): «¿Necesitan los futuros jubilados complementar su pensión? Análisis de las reformas necesarias y sus efectos sobre la decisión de los ciudadanos». *Fundación Edad y Vida*.



X. LAS POSIBILIDADES QUE PLANTEA AL SEGURO ESPAÑOL LA NECESARIA REFORMA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y DE LA DEPENDENCIA

Ramon Alemany Leira, Riskcenter-IREA-UB
Mercedes Ayuso Gutiérrez, Riskcenter-IREA-UB
Catalina Bolancé Losilla, Riskcenter-IREA-UB

10.1. EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN ESPAÑA

10.1.1. CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN ESPAÑA

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Las características principales del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España son las siguientes:

- **Es un sistema integrado de cobertura universal.** Derecho universal a la asistencia sanitaria para los nacionales y residentes. Pluralidad de vías de acceso a la titularidad del derecho que dan lugar a casos especiales de aseguramiento sanitario (funcionarios públicos, accidentes de trabajo,...). Con la entrada en vigor del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril se vuelve a vincular el derecho a la atención sanitaria a la condición de asegurado restringiendo la cobertura a quienes residen legalmente en el país.
- **Cobertura integral de las prestaciones.** Amplia cartera de servicios sanitarios, inclu-

yendo servicios de prevención primaria y secundaria de alcance poblacional, organizada en función del nivel de asistencia. Con copago en farmacia, con excepciones, libre elección de médico de familia y portabilidad del derecho en el territorio nacional y en el ámbito de la Unión Europea.

- **Gestión descentralizada.** Descentralización y determinación de las competencias de las diferentes administraciones públicas: Estado, Comunidades Autónomas y corporaciones locales.
- **Financiación pública principalmente vía impuestos.** Financiación mediante los recursos de las administraciones públicas (transferencias del Estado, aportaciones de CCAA, etc.), cotizaciones y tasas (a partir de la prestación de determinados servicios).
- **Organización por niveles asistenciales.** La asistencia se estructura en atención primaria, atención especializada (con hospitales de referencia nacionales en determinadas patologías) y emergencias sanitarias. El sistema contrata una proporción variable (según regiones) de la asistencia especializada con hospitales privados (con o sin fin de lucro). Determinadas regiones están innovando en las formas de gestión de las instituciones sanitarias mediante fórmulas de colaboración con el sector privado.

Por lo que respecta al **conjunto de prestaciones** que el SNS ofrece a quienes tengan reconoci-



da la condición de asegurado o beneficiario se incluyen actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras así como también de promoción y mantenimiento de la salud.

Existen tres niveles asistenciales: la Asistencia Primaria, la Asistencia Especializada y la Asistencia de Urgencia.

Atención Primaria

En este nivel se concentran la mayor parte de actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad.

La asistencia sanitaria se presta tanto a demanda como de manera programada, y tanto en la consulta del centro de salud y del consultorio rural como en el domicilio del enfermo.

De igual modo se dispensa atención médica y de enfermería de forma continuada (incluso domiciliaria) para los problemas de salud urgentes.

También se ofrecen servicios de rehabilitación física y de apoyo social.

Por otro lado, se realizan una serie de actividades específicas, muchas de ellas dirigidas a colectivos concretos:

- Atención a la mujer: Orientación familiar, seguimiento del embarazo, preparación al parto, visita puerperal, diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama, tratamiento de las complicaciones patológicas de la menopausia
- Atención a la infancia: Revisiones del niño sano, vacunaciones y educación sanitaria a los interesados padres, tutores, maestros y cuidadores
- Atención al adulto y anciano: Vacunaciones, detección de factores de riesgo, educación, atención y asistencia a crónicos, problemas específicos de la tercera edad y atención domiciliaria a inmovilizados y terminales
- Atención a la salud bucodental: Información y educación a población infantil, medidas preventivas y asistenciales, trata-

miento de procesos agudos y exploración preventiva a mujeres embarazadas

- Atención al paciente terminal: Cuidados paliativos y soporte al cuidado domiciliario
- Atención a la salud mental: Detección y atención a problemas de salud mental en coordinación con el nivel especializado

Atención Especializada

Este nivel comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados.

Los servicios se prestan tanto de manera ambulatoria como en régimen de hospitalización, incluida la modalidad de hospital de día, a través de la cual se realizan fundamentalmente actividades de cirugía mayor sin ingreso y técnicas diagnósticas y terapéuticas que requieren especial monitorización.

De manera ambulatoria se ofertan consultas externas en las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, pruebas diagnósticas y actuaciones terapéuticas. En Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica se realiza diagnóstico y seguimiento clínico, psico-farmacoterapias y psicoterapias individuales de grupo o familiares y hospitalización, excluyéndose expresamente el psicoanálisis y la hipnosis. En hospitalización se presta asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica para procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o realización de tratamientos y procedimientos diagnósticos que así lo aconsejen.

En este nivel se incluyen también otros servicios y prestaciones, como:

- Hemoterapia
- Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad
- Diagnóstico prenatal en grupos de riesgo
- Diagnóstico por imagen
- Laboratorios
- Litotricia renal
- Planificación familiar
- Radiología intervencionista
- Radioterapia



- Trasplantes

Atención de Urgencia

La atención de urgencia es aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales.

En los hospitales se presta durante las veinticuatro horas del día atención de urgencias a pacientes no ingresados.

Además de los tres niveles asistenciales existen otros tipos de prestaciones.

Prestación Farmacéutica

Comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encami-

nadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad. La prestación farmacéutica, junto con la ortoprotésica y a diferencia de las demás prestaciones, presenta la característica de estar cofinanciada por los usuarios.

- Farmacia Hospitalaria: Los Medicamentos dispensados en un internamiento hospitalario o proceso de atención especializada no tienen copago.
- Recetas Médicas: La financiación de los medicamentos con cargo a los fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad, dentro del Sistema Nacional de Salud, prescritos y dispensados a los pacientes no hospitalizados tienen copago.
- Los porcentajes de copago en los fármacos hasta la publicación del RD-Ley 16/2012 de 20 de abril se describen en la Tabla 1.

TABLA 1. PORCENTAJES DE COPAGO EN FÁRMACOS

	Población protegida por la Seguridad Social	Población protegida por Mutualidades Públicas
Pensionistas y sus beneficiarios	0%	30%
No pensionistas y sus beneficiarios	40%	30%
Colectivos específicos en cualquier régimen		
Afectados por Síndrome Tóxico	0%	
Pacientes con SIDA	10% (2,69 euros máximo)	
Tratamientos crónicos	10% (2,69 euros máximo)	

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. D.G. de Farmacia y Productos Sanitarios.

Prestación Ortoprotésica

Comprende los elementos necesarios para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente. Incluye productos sanitarios, implantables o no, para sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien para modificar, corregir o facili-

tar su función. La prestación está regulada por un catálogo específico.

Transporte Sanitario

Desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida des-



plazarse en los medios ordinarios de transporte, en situaciones de urgencia o imposibilidad física del interesado.

Productos Dietéticos

Dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos, y la nutrición enteral domiciliar para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario.

Servicios de Información y Documentación Sanitaria

El Sistema Nacional de Salud ofrece, por último, una serie de servicios que acompañan al proceso de atención a la salud, como la información al paciente y sus familiares, en particular para la adecuada prestación del consentimiento informado. Además también provee del resto de trámites e informes asociados a la asistencia.

10.1.2. PRINCIPALES CAMBIOS NORMATIVOS RESPECTO A LA SITUACIÓN DE COPAGO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE SALUD

El nuevo sistema de copago farmacéutico que establece el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril (artículo 3, Trece), tiene 4 tramos de aportación:

- 60% para rentas superiores a 100.000 €;
- 50% para rentas entre 18.000 y 100.000€;
- 40% para rentas inferiores a 18.000€ y
- 10% para los pensionistas.

Además a los pensionistas se les ponen unos topes máximos mensuales (8€ para rentas menores de 18.000€, 18€ para las situadas entre 18.000 y 100.000€ y 60€ para las superiores a esta cantidad).

Los excesos pagados por encima de estos topes máximos (casi todos los casos) serán *«objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral»*

Los medicamentos serán gratuitos para distintos grupos de población más vulnerables por su estado de salud y/o por su situación económica: los afectados del síndrome tóxico y personas con discapacidad, los perceptores de rentas de integración social y de pensiones no contributivas y los parados de larga duración que no perciban prestación. Finalmente, tampoco pagarán las medicinas quienes sigan un tratamiento derivado de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional.

Además, el RD-Ley 16/2012 de 20 de abril separa la cartera común de servicios del SNS en tres modalidades distintas: básica, suplementaria y accesoria. La básica se identifica como gratuita en el momento del uso y las otras dos se establece que seguirán las normas que se fijan para el copago farmacéutico, sin que en este caso medien los límites en la cuantía a aportar por los ciudadanos (pensionistas o activos, crónicos o con patologías agudas).

Será el Ministerio, previo acuerdo del Consejo Interterritorial (CI) el encargado de fijar mediante una Orden tanto lo que incluye la cartera básica como las modalidades de copagos en los servicios accesorios y suplementarios.

En cualquier caso, la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica y de productos dietéticos. También gozará de esta consideración el transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica.

Por lo que respecta al copago farmacéutico existen algunas variaciones por Comunidades Autónomas:

- En el País Vasco se mantienen por decreto las anteriores prestaciones y copagos para medicamentos.



- En Cataluña el nuevo sistema de copago se agrega al pago del euro por receta.
- En Andalucía, a pesar de la interposición de un recurso de inconstitucionalidad contra esa norma, se aplica con algún cambio en la forma de pago: los pensionistas no tienen que adelantar el dinero de sus recetas por encima del límite fijado, sino que el sistema informático detectará cuándo se ha llegado al tope de aportación y dejará de cobrarles.

10.1.3. EL SEGURO PRIVADO DE SALUD EN ESPAÑA: ANTECEDENTES SOBRE TIPOS DE PRODUCTOS Y SERVICIOS OFERTADOS

Los seguros privados de salud son muy comunes y con una implantación muy extendida en la población. En el informe de ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones) «El Seguro de Salud: Estadística de Marzo. Año 2012» a fecha de 31 de marzo de 2012 hay un total de 10.517.023 asegurados entre todas sus modalidades: Asistencia Sanitaria, Reembolso de Gastos (ambas de forma conjunta forman la modalidad Prestación de Servicios) y Subsidios e Indemnizaciones. Por lo que respecta a la modalidad de Asistencia Sanitaria, ésta es la más extendida entre la población, con 8.028.356 asegurados, entre los cuáles 6.062.485 se corresponden con pólizas financiadas de forma privada y 1.965.871 a pólizas financiadas por la Administración Pública (AAPP), ligadas a la población protegida por Mutualidades Públicas.

En general, en su modalidad de Asistencia Sanitaria, los seguros de salud proporcionan asistencia médica y hospitalaria a los asegurados dentro de un cuadro médico concertado. La compañía aseguradora suscribe un contrato con médicos y centros sanitarios que pone a disposición de sus asegurados. Estos pagan una cuota, generalmente mensual, para tener derecho a todas las coberturas que se detallan en la póliza. Además, los beneficiarios, en algunas aseguradoras, también deben abonar una pequeña canti-

dad (copago) cada vez que utilizan un servicio médico.

En función del número de personas aseguradas y de la relación existente entre ellos (sea ésta laboral, familiar,...), existen distintos tipos de seguros: individuales, familiares y de grupo. La mayoría de las compañías ofrecen importantes descuentos cuando suscriben pólizas a más de un miembro.

Los servicios que ofrecen se detallan en la póliza suscrita, pero generalmente comprenden:

- Medicina general
- Pediatría
- Enfermería
- Urgencias
- Especialidades médicas
- Hospitalización quirúrgica y médica
- Pruebas de diagnóstico: análisis, radiología, etc.
- Servicio de ambulancias
- Asistencia en viaje

Sus principales ventajas con respecto a la sanidad pública son, entre otras, la posibilidad de acudir directamente al especialista que se necesita sin pasar por el médico de cabecera, la libre elección de especialistas dentro de un cuadro médico concertado y la libre elección de centros y hospitales concertados. Además, no hay listas de espera y se da una mayor rapidez en la realización de pruebas médicas o de diagnóstico y en la obtención de resultados.

Por lo que respecta a sus inconvenientes, se pueden citar algunos como la existencia de un periodo de carencia; es decir, estos seguros no cubren todas las necesidades desde que se contratan, sino que suelen marcar determinados plazos, y no tratan las enfermedades preexistentes a la fecha de contratación. Por otro lado, no suelen admitir a personas con enfermedades crónicas, como diabetes, sida, etc. y, tampoco, mujeres ya embarazadas. Además, las compañías aseguradoras suelen revisar el importe de las primas tras cada anualidad, en función del uso del servicio, o de la siniestralidad.



10.1.4. RATIO DE PENETRACIÓN Y RATIO DE DENSIDAD DE LOS SEGUROS PRIVADOS DE SALUD EN ESPAÑA

Se observa como, desde el año 2008, la evolución de los ratios de penetración y de densidad de los seguros de salud privados en España es distinta, en el primer caso la evolución es creciente y en el segundo posee subidas y bajadas. Para realizar el análisis se hace referencia a aquellas pólizas que incluyen la modalidad de Asistencia Sanitaria, con y sin la inclusión de las financiadas por la Administración Pública (AAPP). Los servicios ofrecidos por estas pólizas complementan o incluso sustituyen a los prestados por la sanidad pública. En primer lugar se analiza la evolución del número de asegurados y del volumen de primas en dicha modalidad, para posteriormente estimar los ratios de penetración y de densidad del seguro de salud privado estudiado.

En la Tabla 2 se muestra la evolución del número de individuos que poseen un seguro de salud privado que incluye la Asistencia Sanitaria, para el periodo 2008-2011. Se observa que en todo el periodo analizado el número de asegurados se ha reducido aproximadamente en un 2%.

La mayor reducción se produjo en el año 2010, seguramente como consecuencia de la crisis económica. Sin embargo, en el año 2011 se produjo un incremento en el número de asegurados del 1,6% (sin incluir los de las AAPP). Esta tendencia creciente parece mantenerse en el 2012, según el informe de ICEA «El Seguro de Salud: Estadística de Marzo. Año 2012» en el primer trimestre de 2012 la modalidad de Asistencia Sanitaria sin incluir AAPP ha incrementado en un 4,1% respecto al mismo trimestre del año anterior.

En la Tabla 3 se apuntan las cuantías de las primas a precios corrientes de los seguros de salud privados en el periodo 2008-2011. Hay una clara evolución creciente debido al incremento de los precios de las pólizas, sea debido a la inflación o por los recargos por siniestralidad. La evolución del volumen de primas a precios constantes del 2011 se muestra en la Tabla 4 –utilizando el IPC general publicado por el INE (Instituto Nacional de Estadística)–. Se observa un incremento del volumen de primas en todo el periodo del 9%, sin embargo, en el año 2011 el incremento respecto al 2010 es del 1,4% (sin incluir AAPP), que es algo inferior al incremento del número de asegurados sin AAPP en el mismo periodo (1,6%).

TABLA 2. NÚMERO DE ASEGURADOS

	Asistencia Sanitaria	AAPP	Total
2008	6.130.385	1.988.559	8.118.944
2009	6.287.084	1.990.591	8.277.675
2010	5.909.255	1.986.756	7.896.011
2011	6.006.788	1.971.362	7.978.150

Fuente: ICEA.

TABLA 3. VOLUMEN DE PRIMAS A PRECIOS CORRIENTES

	Asistencia Sanitaria	AAPP	Total
2008	3.624.362.380,46	1.302.771.441,46	4.927.133.821,92
2009	3.840.156.457,17	1.343.758.934,11	5.183.915.391,28
2010	3.999.383.850,55	1.414.181.754,64	5.413.565.605,19
2011	4.185.986.598,30	1.447.806.798,51	5.633.793.396,81

Fuente: ICEA.



TABLA 4. VOLUMEN DE PRIMAS A PRECIOS CORRIENTES

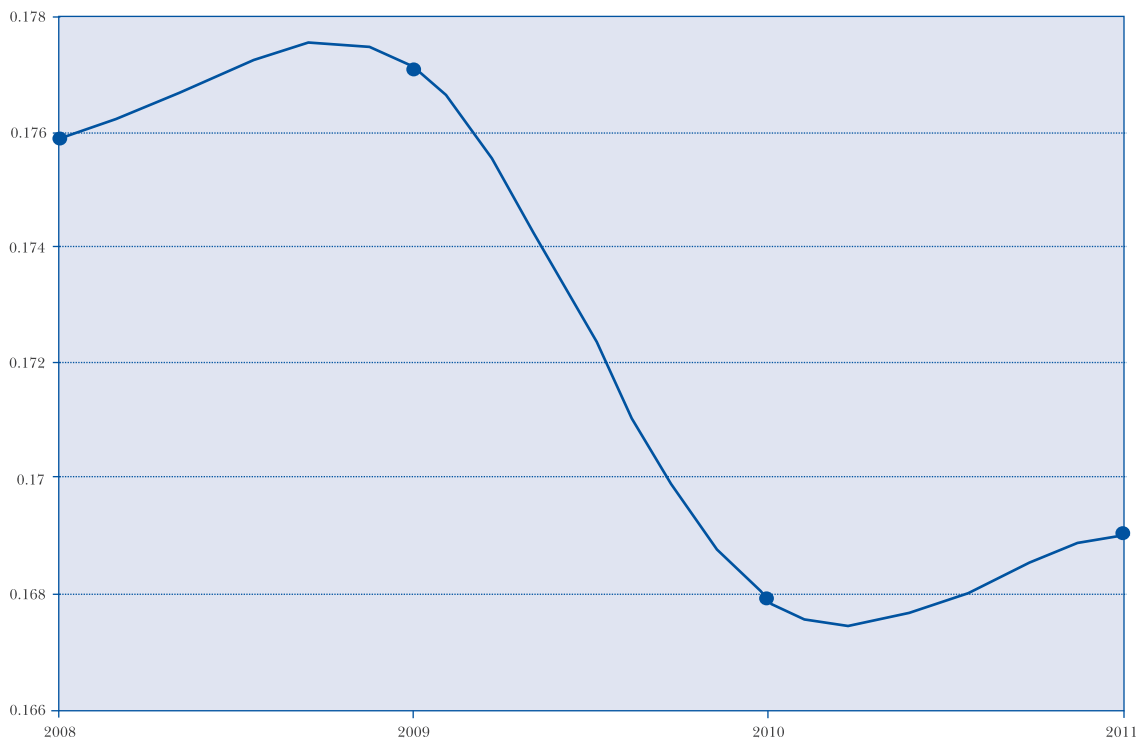
	Asistencia Sanitaria	AAPP	Total
2008	3.796.551.824,67	1.364.664.670,36	5.161.216.495,04
2009	4.034.215.678,70	1.411.664.712,32	5.445.880.391,02
2010	4.127.210.436,45	1.459.381.223,43	5.586.591.659,88
2011	4.185.983.109,98	1.447.805.592,01	5.633.788.701,99

Fuente: ICEA, INE y elaboración propia a partir del IPC general con base 2011.

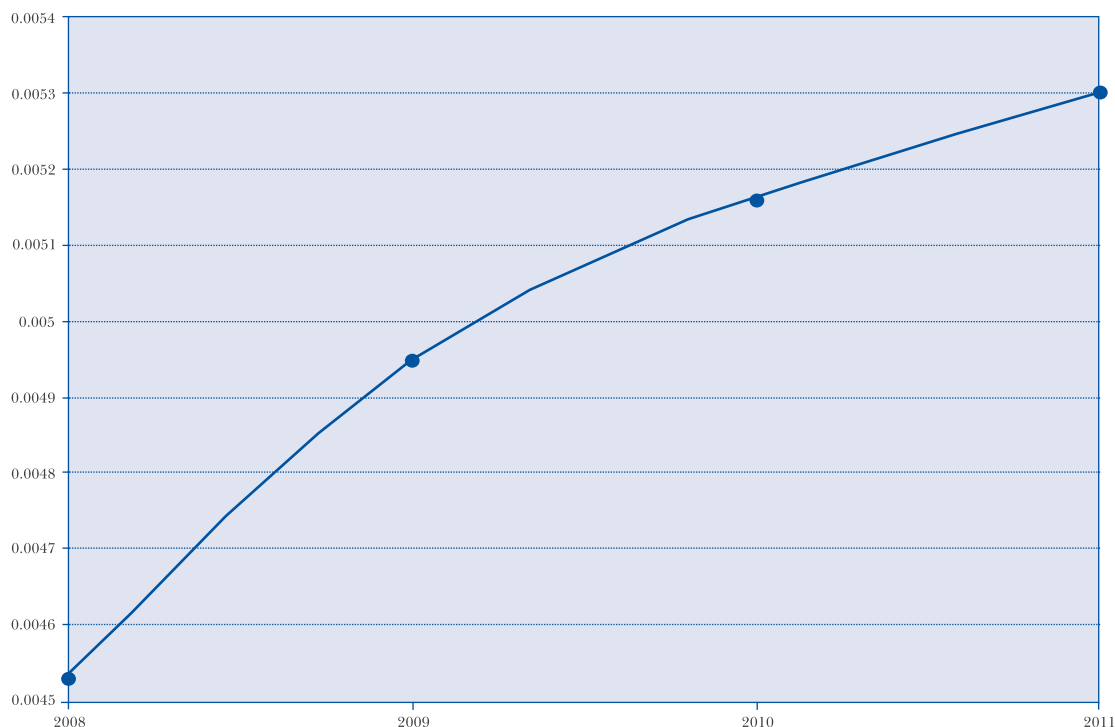
A continuación, en la Figura 1 se representa el ratio de densidad calculado como el cociente entre el número de asegurados y el número de individuos en la población residente en España. En la Figura 2 se muestra el ratio de penetración, calcu-

lado como el cociente entre el volumen de primas y el PIB, ambos a precios constantes del 2011. Comparando ambas figuras se observa que la evolución de estos ratios es distinta y está muy ligada a los resultados que se muestran en las tablas 2 y 4.

FIGURA 1. RATIO DE DENSIDAD



Fuente: ICEA, INE y elaboración propia.

FIGURA 2. RATIO DE PENETRACIÓN

Fuente: ICEA, INE y elaboración propia.

10.1.5. EL EFECTO DEL COPAGO EN EL DESARROLLO DE LOS SEGUROS PRIVADOS DE SALUD

En el contexto de la sanidad pública, el término copago implica que los usuarios de los servicios tengan que pagar una cantidad de dinero cada vez que hacen uso de los mismos. En España dicho copago ya se utiliza en lo que respecta al uso de fármacos.

Cuando la administración pública investiga implantar un sistema de copago puede plantearse un doble objetivo, por un lado, disuasorio y, por otro, recaudatorio, el mayor o menor alcance de un objetivo u otro dependerá del tipo de servicio en el que se implante el copago: atención primaria, especialistas atención hospitalaria, urgencias y fármacos. En este sentido, es lógico pensar que en aquellos servicios en los que la decisión de asistir es del usuario –las visitas al médico de cabecera o al servicio de urgencias– el

efecto del copago puede ser disuasorio, sin embargo, en aquellos servicios donde la decisión no es del usuario –las visitas a especialistas, hospitalizaciones y fármacos– el copago puede entenderse como una medida con fines recaudatorios (véase Mas *et al.*, 2011). Todo ello ha abierto un debate en la sociedad española, en el que el seguro privado debe tener un papel relevante, dado que, en función del nivel de renta de los individuos, éste puede complementar e incluso sustituir algunos servicios ofrecidos por el sistema sanitario público.

El copago está bastante extendido en Europa, según el estudio elaborado por Mas *et al.* (2011), en el que se comparan distintos sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá, siete países europeos tienen implantado el copago en todos los servicios sanitarios públicos: atención primaria, especialistas, atención hospitalaria, servicio de urgencias y fármacos, y otros seis países lo tienen implantado en algunos de estos ser-



vicios, en su mayoría en aquellos donde el paciente puede decidir. Finalmente, sólo tres países, entre ellos España, únicamente tienen implantado el copago en los fármacos. Algunas de las principales conclusiones a las que se llega en este estudio son que el copago implica una reducción en la utilización de los servicios sanitarios públicos, por lo tanto tiene un efecto disuasorio, y no parece traducirse en un empeoramiento del estado de salud de la población. Además, Mas *et al.* (2011) observan que «los sistemas de copago europeos establecen niveles de copago más bajos para la medicina preventiva o para las estancias hospitalarias que para los médicos especialistas o la atención a urgencias». Lo cual, desde el punto de vista de los seguros privados puede ser un resultado interesante, estos pueden tener un papel sustitutivo más importante en unos servicios que en otros. El individuo tendrá que decidir entre pagar una cantidad extra por la atención pública o pagar por un seguro privado, en función de su situación económica y sus expectativas de salud futuras.

Según los datos de la OCDE en 2009, existe una relación positiva entre el PIB per cápita y los gastos sanitarios de un país, sean estos públicos o privados. Ello implica que cuanto mayor es la riqueza de los individuos mayores son sus exigencias de salud, lo cual puede llevar a la insostenibilidad de un sistema de salud público universal.

Por el contrario, no existen evidencias de que exista relación entre el porcentaje del gasto en seguros privados de salud sobre el total del gasto sanitario y la existencia del copago. En el informe de 2009 de la OCDE se analiza en porcentaje de gastos en seguros privados de salud para 17 países en Norteamérica, Oceanía y Europa. Centrándonos en el caso europeo, si comparamos estos porcentajes con la mayor o menor implantación del copago sanitario, nos encontramos distintas situaciones. Países como España, Portugal, Holanda, Bélgica y Luxemburgo tienen un porcentaje del gasto en seguros de salud privado entre el 4% y el 6%. Sin embargo, los sistemas del copago en estos países son muy diversos, yendo desde el caso español, donde el copago sólo exis-

te en los fármacos, hasta países como Bélgica, que tienen implantado el copago en todos los servicios sanitarios públicos. Por otro lado, Alemania y Francia, que también poseen copago en todos los servicios que ofrecen sus sistemas de salud público, poseen un porcentaje de gasto en seguros de salud privados superior al 10%, alcanzando casi el 15 % en el caso francés.

En España, si comparamos entre comunidades autónomas (CCAA), se observa cierta relación entre la renta per cápita y la penetración del seguro de salud privado. Territorios como Cataluña, Madrid y las Islas Baleares son aquellos que poseen un mayor porcentaje de gastos en sanidad privada (UNESPA, 2010).

Analizados los resultados descritos en el párrafo anterior no parecen existir evidencias que relacionen el copago con el seguro de salud privado. Lo que sí que se vislumbran son distintos factores que pueden influir en la mayor o menor penetración del seguro de salud privado en una población. Por un lado, existe un efecto renta, cuanto más rico es un país mayores son sus exigencias en salud y por tanto mayores los gastos, sean estos por parte del estado o por parte de los particulares. Por otro lado, también es importante tener en cuenta la calidad de los servicios, tanto públicos como privados, la decisión final del paciente también depende de ello.

10.2. EL SISTEMA PÚBLICO DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA

10.2.1. CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DEL SISTEMA PÚBLICO DE AYUDA A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

En la Ley 39/2006, de 14 de diciembre (Ley de Dependencia), el concepto de dependencia se define como «el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades



básicas de la vida diaria (ABVD) o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal». Existen trabajos que analizan la Ley de Dependencia, sobretodo desde el punto de vista de los costes de los servicios y, también, de los costes individuales de los individuos que acceden a la prestación pública (Alemany *et al.*, 2011; Bolancé *et al.*, 2012). En este apartado nos centramos en describir las principales características del sistema público de dependencia en España en el año 2012, por un lado, describimos cuáles son las discapacidades que se tienen en cuenta para valorar la mayor o menor dependencia de los individuos y, por otro, las ayudas y los servicios que se otorgan (Esparza, 2010).

En cualquier sistema de protección frente a la dependencia se definen los niveles de necesidades que requieren apoyo, que sirven para clasifi-

car en uno u otro grupo a los individuos que hayan solicitado una prestación. En el caso español, al igual que en otros, esto se realiza mediante una escala que se denomina Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), según la cual expertos examinan al solicitante y, como consecuencia de dicho examen, se le dictamina una puntuación, en función de la cual se le sitúa en uno de los grados y niveles establecidos en la Ley o se le deniega la prestación.

El BVD consiste en una escala de 0 a 100 puntos. Este baremo tiene en cuenta dos aspectos: la intensidad del apoyo necesitado (dificultad moderada 0,90 puntos, dificultad severa 0,95 puntos e incapacidad 1 punto) y las tareas para las que se requiere la asistencia de otras personas. Las tareas que en la actualidad son evaluadas por los expertos se describen en la Tabla 5.

TABLA 5. ACTIVIDADES Y TAREAS CONSIDERADAS EN EL BVD EN FUNCIÓN DE LA EDAD

	Grupos de edad			
	03-06	07-10	11-17	18 y más
Comer y beber	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Reconocer y/o alcanzar los alimentos servidos	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Cortar o partir la comida en trozos	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Acercarse el recipiente de bebida a la boca	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Higiene personal relacionada con la micción y defecación	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Acudir a un lugar adecuado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Manipular la ropa	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Adoptar o abandonar la postura adecuada	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Limpiarse	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Lavarse	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Abrir y cerrar grifos	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Lavarse las manos	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Acceder a la bañera, ducha o similar	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Lavarse la parte inferior del cuerpo	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Lavarse la parte superior del cuerpo	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar otros cuidados corporales	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Peinarse	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Cortarse las uñas	NA	NA	SÍ	SÍ
Lavarse el pelo	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Lavarse los dientes	NA	SÍ	SÍ	SÍ

(Continúa en la página siguiente)



Vestirse	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Reconocer y alcanzar la ropa y el calzado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Calzarse	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Abrocharse botones o similar	SI	SÍ	SÍ	SÍ
Vestirse las prendas de la parte inferior del cuerpo	SI	SÍ	SÍ	SÍ
Vestirse las prendas de la parte superior del cuerpo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Mantenimiento de la salud	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Solicitar asistencia terapéutica	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Evitar situaciones de riesgo dentro del domicilio	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Evitar situaciones de riesgo fuera del domicilio	NA	NA	SÍ	SÍ
Pedir ayuda ante una urgencia	NA	NA	SÍ	SÍ
Cambiar y mantener la posición del cuerpo	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Cambiar de tumbado a sentado en la cama	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Permanecer sentado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Cambiar de sentado en una silla a estar de pie	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Permanecer de pie	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Cambiar de estar de pie a sentado en una silla	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Transferir el propio cuerpo mientras se está sentado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Transferir el propio cuerpo mientras se está acostado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Cambiar el centro de gravedad del cuerpo mientras se está acostado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Desplazarse dentro del hogar	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos para vestirse	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos para comer	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos para lavarse	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos entre estancias no comunes	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Acceder a todas las estancias comunes del hogar	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Desplazarse fuera del hogar	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Acceder al exterior	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos alrededor del edificio	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos cercanos en entornos Conocidos	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos cercanos en entornos Desconocidos	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos lejanos en entornos Conocidos	NA	NA	SÍ	SÍ
Realizar desplazamientos lejanos en entornos Desconocidos	NA	NA	SÍ	SÍ
Realizar tareas domésticas	NA	NA	NA	SÍ
Preparar comidas	NA	NA	NA	SÍ
Hacer la compra	NA	NA	NA	SÍ
Limpiar y cuidar de la vivienda	NA	NA	NA	SÍ
Lavar y cuidar la ropa	NA	NA	NA	SÍ
Casos de personas con una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales				
Tomar decisiones				
Decidir sobre la alimentación cotidiana	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Dirigir los hábitos de higiene personal	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Planificar los desplazamientos fuera del hogar	NA	SÍ	SÍ	SÍ

(Continúa en la página siguiente)



Decidir sus relaciones interpersonales con personas Conocidas	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Decidir sus relaciones interpersonales con personas desconocidas	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Gestionar el dinero del presupuesto cotidiano	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Disponer su tiempo y sus actividades cotidianas	NA	SÍ	SÍ	SÍ
Resolver el uso de servicios a disposición del público	NA	NA	SÍ	SÍ

Fuente: Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero.

En función de las puntuaciones obtenidas en el BVD, el sistema español determina tres grados de dependencia (Real Decreto-ley 20/2012 de 13 de julio).

Grado I, Dependencia Moderada: la persona necesita ayuda para realizar las ABVD al menos una vez al día: 25-49 puntos.

Grado II, Dependencia Severa: la persona necesita ayuda para realizar las ABVD dos o tres veces al día: 50-74 puntos.

Grado III, Gran dependencia: la persona necesita ayuda para realizar las ABVD varias veces al día: 75-100 puntos.

Tras dictaminársele un grado de dependencia, el individuo puede escoger entre la atención residencial o la prestación económica, esta última si prefiere ser atendido en casa cuando esto sea posible. En esta última opción, el individuo dependiente puede optar entre contratar a una persona ajena a la familia para que la cuide o contar con la ayuda de un familiar, en ambos casos a cambio de una remuneración económica. Hoy en día, tal y como está funcionando la Ley, la opción de optar por la ayuda de un familiar está muy extendida.

A día de hoy son beneficiarios de alguna prestación aquellos que tienen reconocido algún grado de dependencia. Es probable que debido a las restricciones presupuestarias, y dada la evolución de los costes de los cuidados de larga duración (CLD), no se alcance a poder cubrir todas las necesidades de los individuos que forman parte del sistema. También es muy posible que la categorización de la dependencia comporte algún nivel de riesgo moral («moral hazard»), es decir, los individuos intentan engañar al sistema

con el objetivo de conseguir una mayor prestación. En la Tabla 6 se describe el nivel de prestaciones públicas a la dependencia que existen en la actualidad.

En un principio dentro de los objetivos de la ley de dependencia se situaba la creación de puestos de trabajos con mayor o menor especialización en la atención a la dependencia. Sin embargo, desde la implantación de la ley en el año 2007, las prestaciones vinculadas a los cuidados familiares han sido muy demandadas, lo que ha frenado la contratación de un mayor número de personas para el cuidado de los dependientes.

También, es muy importante tener en cuenta que el incremento de la esperanza de vida y de las tasas de prevalencia de la dependencia de la población española viene provocando un incremento de la demanda de los servicios de cuidados de larga duración, tanto en lo que se refiere a servicios de atención a domicilio como en residencias. Este aumento de la demanda de cuidados de larga duración no ha ido acompañado de un crecimiento proporcional en la oferta de infraestructuras asistenciales, lo que ha dado lugar a un exceso de demanda que tensiona los precios al alza. Por este motivo, si se quiere poner freno al incremento de los precios de determinados servicios es importante hacer hincapié en la necesidad de proveer a la población de una mayor oferta de infraestructuras asistenciales, tanto desde el sector público como desde el privado. En este sentido, el seguro de dependencia privado puede tener un importante papel como complemento a la cobertura pública dado que, entre otros aspectos, puede incentivar la inversión privada en servicios específicos para las personas dependientes.

TABLA 6. PRESTACIONES ECONÓMICAS MÁXIMAS (MÍNIMAS)* A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA EN 2012

Para las personas que a la entrada en vigor de la reforma del sistema en 2012 ya tenían reconocido un grado y nivel		
Grado y Nivel	Vinculadas a Servicios y Asistencia Personal	Vinculadas a Cuidados de la Familia
Grado III Nivel 2	833,96 (231,28)	442,59
Grado III Nivel 1	625,47 (157,26)	354,43
Grado II Nivel 2	462,18 (89,38)	286,66
Grado II Nivel 1	401,20 (61,34)	255,77
Grado I Nivel 2	300,00 (52,06)	153,00

Para las personas que ingresan en el Sistema de Atención a la Dependencia después de la entrada en vigor de la reforma del sistema en 2012		
Grado	Vinculadas a Servicios y Asistencia Personal	Vinculadas a Cuidados de la Familia
Grado III	715,07 (177,86)	387,64
Grado II	426,12 (82,84)	268,79
Grado I	300,00 (44,33)	153,00

* La cuantía mínima que una persona puede recibir en cada grado de dependencia.

10.2.2. LA REFORMA DEL SISTEMA DE DEPENDENCIA: EFECTO DEL RETRASO EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA COBERTURA DE DEPENDENCIA MODERADA

La entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, supuso la puesta en marcha de una de las políticas sociales más relevantes que se han producido en nuestro país en los últimos años. España, caracterizada por un gran efecto del proceso de envejecimiento de la población, tal y como se pone de manifiesto en la Tabla 7, pasaba a partir de ese momento a contar con una cobertura pública para los cuidados de larga duración, en el marco de un modelo de protección universal. Difería en ese sentido de las políticas seguidas en otros países, como Alemania, que años antes, en 1995, definía un nuevo pilar de la Seguridad Social relacionado con la cobertura de la dependencia financiado por las cotizaciones de los trabajadores y pensionistas, o de Francia, con un modelo asistencial de protección

de la dependencia dirigido a las personas con menores recursos económicos.

La Ley marcaba en su articulado la definición de tres niveles de severidad de dependencia en la que los beneficiarios podrían recibir cobertura pública, a la vez que señalaba un calendario de implementación para el pago de dichas ayudas. En este sentido, y bajo lo que sería una fórmula de implementación progresiva, definía el grado máximo de severidad de la dependencia, en la que, como hemos visto en el apartado anterior, se establecía como condición necesaria para la recepción de la ayuda pública la necesidad permanente de ayuda de terceras personas para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Dicha ayuda entró en vigor en el año 2007. Entre 2008 y 2009 se produjo la entrada en vigor de la ayuda para la dependencia severa, en la que se establecía como condición que el beneficiario requiriese la ayuda de terceras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, aunque no necesitaba el apoyo permanente de un cuidador. Final-



mente, la entrada en vigor de la última categoría de severidad de la dependencia, la dependencia moderada, en la que se establece que la persona requiere ayuda para realizar las tareas cotidianas al menos una vez al día se estableció para el periodo 2011-2013 teniendo en cuenta las exigencias presupuestarias establecidas en ese momento. El objetivo era que el sistema de la dependencia estuviese totalmente implantado en el año 2015.

Las estimaciones sobre el número de personas dependientes que habría en los años posteriores a la entrada en vigor de la ley, y a los que tendría

que ofrecer cobertura, se hicieron utilizando como referencia fundamental los resultados obtenidos a partir de la Encuesta EDDDES 1999, primera macroencuesta realizada en nuestro país sobre la situación de las personas discapacitadas y con requerimiento de ayuda de terceras personas, y se fueron afinando las características que debían reunir los posibles beneficiarios de la cobertura pública de dependencia, en sus diferentes niveles de severidad, mediante el diseño de un baremo de valoración de la dependencia, publicado como anexo a la ley y que ha sido objeto de diferentes modificaciones desde su entrada en vigor.

**TABLA 7. ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN ESPAÑA POR SEXOS
(EN AÑOS) 2000-2050**

Periodo	Ambos sexos combinados	Hombres	Mujeres
2000-2005	79,8	76,4	83,1
2005-2010	80,9	77,6	84,1
2010-2015	81,6	78,6	84,7
2015-2020	82,4	79,5	85,2
2020-2025	83,0	80,3	85,8
2025-2030	83,6	81,0	86,3
2030-2035	84,1	81,5	86,7
2035-2040	84,6	82,0	87,2
2040-2045	85,0	82,6	87,6
2045-2050	85,5	83,1	88,0

Fuente: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, HYPERLINK "<http://esa.un.org/unpp>"

Sin embargo, con el transcurso de los años desde la entrada en vigor de la ley, los datos publicados por el Servicio Público de Atención a la Dependencia (SAAD) han puesto de manifiesto importantes desviaciones en las estimaciones realizadas sobre el número esperado de personas dependientes en cada nivel de severidad. El anteproyecto de ley, en el año 2006, estimaba que hasta el año 2011 el total de solicitantes de una

prestación sería de aproximadamente, 1,17 millones de personas. Sin embargo, según el SAAD, el número de resoluciones valoradas para ese periodo ha sido superior a 1,5 millones de personas, y por tanto, un 28% superior. El grupo de los grandes dependientes, que son los que más coste suponen para el Estado, ha alcanzado cifras superiores en más de un 100% a las previstas, de forma que en general, las previsiones ini-



ciales de financiación, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, se han superado en más de un 50%. Además, y aunque la ley señala que se debe atender preferentemente a las personas dependientes a través de la Red de Servicios Sociales, se ha priorizado mucho el pago de prestaciones económicas a los cuidadores del entorno familiar del beneficiario, por lo que la creación de empleo que se pretendía con la puesta en vigor de la ley, no ha sido ni mucho menos la esperada.

¿Qué ocurre, por tanto, en una situación como la analizada en el párrafo anterior, si tenemos en cuenta también las dificultades económicas por las que está atravesando España en la actualidad? Realmente, la situación es más que delicada, y las debilidades presupuestarias para poder mantener los objetivos de la Ley de Dependencia tal y como fue generada son evidentes. El Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio de 2012, recoge las nuevas disposiciones aprobadas por el Gobierno sobre la Ley de Dependencia, publicadas en un momento en el que el sistema se encuentra colapsado, con prácticamente 300.000 personas pendientes de recibir una prestación que ya les ha sido reconocida (según declaraciones realizadas por el Director General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, *Diario Expansión*, 11 de agosto de 2012).

El Título III del RDL 20/2012 recoge las medidas propuestas de racionalización del sistema de dependencia. A la refundición de la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales y del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en un único órgano denominado Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, se unen un conjunto de reformas que afectan directamente a la estructura de los niveles de severidad de la dependencia, a las prestaciones económicas vinculadas a cada grado, al calendario de cobro de las prestaciones, y al tipo de ayuda recibida por el beneficiario.

Una de las reformas más significativas que ha supuesto la entrada en vigor del RDL ha sido la supresión de los niveles de severidad definidos

dentro de cada grado de dependencia. En este sentido, si hasta ahora, para los tres grados de dependencia (moderada, severa y gran dependencia) se establecían dos niveles de severidad (nivel I y nivel II) en función de la autonomía y necesidades de cuidados requeridos por el dependiente (en base a la puntuación obtenida tras la aplicación del baremo de valoración), con prestaciones diferenciadas, a partir del 15 de julio de 2012, procede hablar únicamente de los tres grados de severidad mencionados, sin particularizar en niveles. Este hecho afecta también a las prestaciones económicas recibidas por los cuidadores no profesionales que pasan a ser únicas para cada grado, además de verse reducidas en importe. En este sentido, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales pasa a ser de 387,64 euros mensuales para grandes dependientes, 268,79 euros para dependientes severos, y 153 euros para dependientes moderados. Los cuidadores no profesionales dejan de quedar incluidos obligatoriamente en el Régimen General de la Seguridad Social y en situación asimilada al alta, de manera que la suscripción del convenio especial regulado como obligatorio en el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, pasa a ser voluntario a partir del 15 de julio de 2012.

De gran relevancia es la consideración de un plazo suspensivo (con un máximo de dos años desde la fecha de resolución de reconocimiento de la prestación) en el apercibimiento de las prestaciones, periodo en el que las personas dependientes pueden no disponer de las ayudas concedidas. Se modifica, asimismo, el calendario de aplicación de las prestaciones y servicios de cobertura a la situación de dependencia, afectando fundamentalmente a las personas con nivel de severidad moderada. En este sentido, se pospone al 1 de julio de 2015 el pago de las prestaciones relacionadas con este nivel. Nótese que para este nivel de severidad se está produciendo una dilación en la prestación de ayudas de al menos dos años, dado que la Ley del 2006 preveía su entrada en vigor en 2013.

Ante esta situación, ¿tiene sentido continuar hablando del desarrollo de los seguros privados



de dependencia como una opción adecuada para garantizar los cuidados de larga duración en España, teniendo en cuenta que su implementación en nuestro país no ha sido el esperado hace una década?

Nosotros pensamos que sí, teniendo en cuenta que los factores que incidieron en la concienciación social del problema de la dependencia siguen produciéndose (envejecimiento de la población y cambios estructurales en las familias) y la cobertura pública de la dependencia (al menos en sus niveles menos severos) no parece estar garantizada. Veamos en el próximo apartado las diferentes tipologías de los seguros privados de dependencia ofertados en la actualidad y las coberturas garantizadas.

10.2.3. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS PRIVADOS DE DEPENDENCIA

Los productos para la cobertura de la dependencia en el ámbito de los seguros privados se engloban fundamentalmente en tres clases: i) seguros de vida; ii) seguros de salud, y iii) seguros mixtos.

En el ámbito de los **seguros de vida** suelen ofrecerse como productos de ahorro, aunque también existen productos de riesgo. Normalmente garantizan el pago de rentas vitalicias calculadas a prima nivelada. La cobertura de dependencia puede constituirse como la garantía principal de la póliza, o ser una garantía complementaria, y pueden integrarse en el diseño de seguros colectivos. Respecto a las prestaciones, algunos de los productos ofertados en nuestro mercado ofrecen el pago de una doble renta en caso de dependencia, o de determinados grados de dependencia. Existen productos mixtos de ahorro-riesgo, en los que el destino de la provisión puede ser jubilación o dependencia. A veces, el patrimonio inmobiliario del dependiente se utiliza como activo en la financiación de las primas.

En el ámbito de los **seguros de salud** es frecuente que tengan carencias y franquicias, siendo una de las prestaciones más habituales el pago de

una renta mensual para la contratación de servicios. No obstante, encontramos también productos en los que queda cubierta la asistencia (mediante consejos y ayudas), y el reembolso de gastos. Suelen calcularse a prima nivelada o bien con primas de riesgo renovables crecientes con la edad. Normalmente en la tarificación se considera, además de la edad del individuo, su estado de salud, y se ofrecen garantías inmediatas o diferidas (aunque en el primer caso las primas pueden llegar a ser muy elevadas). Los baremos de medición de la dependencia y de su nivel de severidad son a veces los mismos que los del sistema público, pero las entidades suelen incluir adicionalmente un sistema de valoración independiente.

En el ámbito de los **seguros mixtos** se combinan las prestaciones propias de un seguro de vida con la asistencia en caso de dependencia. En algunas ocasiones se centran en la cobertura de salud más una prestación económica para la contratación de servicios de ayuda en caso de dependencia. Pueden combinar tanto prestaciones asistenciales como prestaciones económicas y reembolso de gastos, y su contratación puede realizarse tanto por individuos libres de discapacidad como por individuos ya dependientes. En algunas ocasiones, este tipo de productos garantizan el pago de una prestación única, aunque es más frecuente el pago de prestaciones periódicas, con cobertura temporal o vitalicia. La cobertura de dependencia puede ofrecerse como garantía principal o complementaria.

Las bases técnicas de los seguros de dependencia tienen unas características particulares que les hacen diferentes de otros tipos de productos. Respecto a la edad de adhesión es habitual que este tipo de productos vayan dirigidos a personas con edades comprendidas entre los 40 y 65-70 años de edad. Para edades superiores a las indicadas el riesgo de caer en dependencia aumenta notablemente, por lo que la oferta de las entidades es mucho menor. En edades inferiores a las señaladas puede ocurrir que el propio individuo no sienta la necesidad de contratar el producto por la baja probabilidad de entrar en dependencia, con lo que la suscripción de este tipo de seguros disminuye.



Respecto al pago de las primas es habitual que el asegurado pague hasta su entrada en estado de dependencia, o hasta su fallecimiento. A diferencia de los seguros de invalidez, los seguros de dependencia no tienen porqué estar asociados a la vida laboral de los individuos. La prima pagada suele ser función de la edad del individuo en el momento de la suscripción, aunque también puede estar asociada, como hemos comentado en párrafos anteriores, a su estado de salud. Las entidades aseguradoras que ofertan este tipo de productos suelen hacer revisiones de las primas (incluso anualmente) debido a la incertidumbre sobre la evolución del fenómeno de la dependencia, y a la escasa experiencia que aún existe en nuestro mercado. De hecho, salvo en caso de accidente, la pérdida de autonomía suele ser progresiva, por lo que la realización de un examen médico al asegurado puede ser fundamental para conocer los factores agravantes del riesgo. La entidad aseguradora suele realizar una selección médica basada en una declaración de salud adaptada a la suscripción del riesgo de dependencia. En función de la edad y del capital puede realizarse una selección médica más completa. El resultado de la selección médica puede llevar asociado la no contratación del seguro o el establecimiento de una sobreprima al asegurado.

Para limitar los posibles riesgos de antiselección es frecuente establecer plazos de carencia en este tipo de productos. Las carencias vigentes actualmente en nuestro mercado son de diferentes tipos. A modo de ejemplo, si la situación de dependencia se deriva de un accidente es frecuente que el efecto de la cobertura sea inmediato. Si la dependencia surge a consecuencia de una enfermedad, los plazos de carencia suelen ser de un año. Finalmente, si la dependencia surge como consecuencia de una demencia senil o situaciones similares, los plazos de carencia suelen ser superiores, de tres o más años.

Los seguros privados de dependencia se presentan como una alternativa de cobertura de dependencia que puede ser muy relevante en momentos como el actual, en el que la cobertura pública se ha visto reducida. Sin embargo, una de las grandes críticas a este tipo de productos es la

elevada prima que el asegurado ha de pagar en numerosas ocasiones para su contratación.

Hasta ahora, la escasa información que existía en España sobre el fenómeno de la dependencia ha hecho que las compañías ofertasen este tipo de productos con elevados recargos de seguridad para poder cubrir las posibles desviaciones existentes en los riesgos. Aunque los volúmenes de información sobre las necesidades de ayuda requeridas por este colectivo están siendo cada vez más elevadas (teniendo en cuenta, sobre todo, la información facilitada por el SAAD y su nivel de desagregación) las cifras obtenidas y comentadas en páginas anteriores sobre el crecimiento en las tasas de prevalencia de la dependencia en la población de mayores de 65 años, sobre todo para los grandes dependientes, pueden ser un freno para las entidades aseguradoras, que deben ser capaces de diseñar productos adecuados al riesgo asumido. A modo de ejemplo, la ventaja de este tipo de productos es que existen diferentes grados de dependencia a cubrir, por lo que la compañía puede seleccionar la fórmula que más le interese (cobertura únicamente de gran dependencia y/o dependencia severa, cobertura únicamente de dependencia moderada, cobertura parcial de los diferentes grados, etc.). Ofrecer este tipo de productos puede ser socialmente necesario, sobre todo teniendo en cuenta que nos referimos a situaciones en las que la persona necesita ayuda de terceras personas de manera continua, y recibir la prestación en el momento en que se produce la contingencia puede ser fundamental.

Al igual que en el sistema de pensiones, el sistema de dependencia debe garantizar el acceso de todos los ciudadanos a los cuidados necesarios, pero puede pensarse también en la complementariedad por un sistema privado, para aquellas situaciones en las que el sistema público, básicamente por limitaciones presupuestarias, no pueda acceder.

Una de las políticas que actualmente está ganando más peso en las economías desarrolladas es la relacionada con el desarrollo de medidas preventivas de entrada en situación de depen-



dencia. Los productos comentados en los párrafos anteriores se centran en la oferta de coberturas (básicamente, prestación de servicios, pago de cuantías monetarias o reembolso de gastos) cuando la contingencia se produce, es decir, cuando la persona pasa a ser dependiente. Sin embargo, como comentaremos en el siguiente apartado, cada vez más se están realizando actuaciones que permiten retrasar en el tiempo la entrada en situación de dependencia, sobre todo, en las personas de mayor edad, en las que el fenómeno se produce normalmente por causas endógenas (envejecimiento) y por tanto, de forma progresiva. El objetivo de estas políticas es realizar una valoración de las capacidades que tienen los individuos para realizar las actividades básicas de la vida diaria (vestirse, lavarse, comer, desplazarse,...) y facilitar una serie de productos que ayuden a la persona a realizarlas de forma autónoma, frenando por tanto la entrada en situación de dependencia. Este tipo de cobertura es bastante novedosa en nuestro país, y se ha ofrecido fundamentalmente a nivel público, pero puede ser también una forma de actuar importante a considerar por el sector asegurador privado. Como veremos a continuación, los desembolsos realizados en términos de las ayudas técnicas ofrecidas pueden no ser muy elevados, y el ahorro esperado por el retraso en la entrada en situación de dependencia ser mucho más alto.

10.2.4. LA VISIÓN DE LA DEPENDENCIA DESDE LA ÓPTICA DE LA PREVENCIÓN: NUEVAS PROPUESTAS DE MEDIDAS DIRIGIDAS A REDUCIR LAS TASAS DE PREVALENCIA Y LOS COSTES ASOCIADOS

La ley 39/2006 recoge en su sección tercera de servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado, y concretamente en su artículo 21, de prevención de situaciones de dependencia, la importancia de llevar a cabo actuaciones de prevención de la aparición o agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado

de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables y programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a personas mayores y personas con discapacidad.

Algunas actuaciones realizadas en este sentido, como la puesta en marcha en el año 2011 por los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona en colaboración con la Asociación de Vida Independiente (AVI), en el marco del programa «Adaptación funcional del hogar de las personas mayores y/o dependientes», han revelado resultados claramente satisfactorios. El elevado nivel de satisfacción manifestado por los receptores de las ayudas, fundamentalmente desde el punto de vista de mejora de su calidad de vida, aumento de la seguridad, y percepción de mejora en su estado de salud, pone de manifiesto la relevancia que este tipo de actuaciones pueden tener en la prevención de la dependencia, en el sentido de eliminar, o al menos dilatar en el tiempo, la aparición de mayores niveles de severidad de las discapacidades.

Desde un punto de vista económico, la realización de actividades preventivas de entrada en situación de dependencia puede reducir notablemente el pago de prestaciones públicas derivado de la aplicación de la Ley 39/2006, por reducir la necesidad de ayuda de terceras personas. La prestación de ayudas técnicas, y/o la realización de obras en el hogar, puede reducir la necesidad de ayuda externa.

En este sentido, los resultados publicados en el trabajo de Alemany *et al.* (2012) pueden interpretarse como unas primeras estimaciones de la eficiencia del programa descrito. En el estudio, y teniendo en cuenta las valoraciones positivas emitidas por los receptores de las ayudas sobre su aumento en el nivel de autonomía para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, se plantea como hipótesis de partida que las actuaciones realizadas (ayudas técnicas y/u obras en el hogar) retrasan la entrada del individuo en el padecimiento de mayores niveles de severidad de la dependencia. La cuantificación del coste individual esperado anual de los cuidados de larga duración para cada nivel de severidad de la



dependencia se realiza teniendo en cuenta la información suministrada por el IMSERSO (2008), y en base a escenarios de necesidades de ayuda ya utilizados en trabajos anteriores (Artís *et al.*, 2007; Ayuso y Guillén, 2011). Dichos costes se han estimado teniendo en cuenta los diferentes servicios ofertados desde el servicio público de ayuda a la dependencia.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el coste total anual esperado en cuidados de larga duración en caso de no haber realizado un programa preventivo de ayuda a la autonomía se estimaría en aproximadamente 9,6 millones de euros, cifra que disminuye hasta 7,4 millones de euros aproximadamente en caso de haber realizado actuaciones en este sentido. El ahorro esperado como consecuencia del programa desarrollado se estima, por tanto, en aproximadamente 2,2 millones de euros. La inversión media realizada en el marco del programa de adaptación funcional del hogar ha sido de aproximadamente 1,3 millones de euros, teniendo en cuenta que un 71,35% de los beneficiarios recibieron ayudas técnicas y a un 28,65% se les hicieron obras en el hogar.

En conclusión, el rendimiento obtenido de la actuación preventiva realizada pone de manifiesto que por cada euro invertido se obtiene un ahorro de aproximadamente 1,7 euros, en términos del coste ahorrado en cuidados de larga duración.

El ahorro esperado en términos de menores costes en cuidados de larga duración resulta de gran importancia no solo de cara a apostar por la puesta en marcha de políticas sociales dirigidas a prevenir la entrada en dependencia, sino también para buscar fórmulas alternativas de diseño de seguros privados de dependencia que permitan ofertar este tipo de productos a unas primas inferiores a las actuales. En este tipo de productos, la oferta de prestaciones (no demasiado costosas, como ha quedado de manifiesto en este trabajo) que retrasen la entrada en mayores niveles de severidad de la dependencia puede compensar notablemente los mayores costes que se derivarían de la entrada en situaciones de dependencia moderada, severa y grave, sobre todo en

las edades más avanzadas de los individuos. Las entidades aseguradoras pueden contemplar la puesta en marcha de coberturas de dependencia con enfoque claramente preventivo, proporcionando ayudas técnicas a personas con necesidad de apoyo que no muestran todavía un grado de severidad elevado, y para las que las primas cobradas podrían llegar a ser sustancialmente inferiores a las actuales.

10.3. CONCLUSIONES

- La entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, supuso la puesta en marcha de una de las políticas sociales más relevantes que se han producido en nuestro país en los últimos años.
- La Ley marcaba en su articulado la definición de tres niveles de severidad de dependencia en la que los beneficiarios podrían recibir cobertura pública, a la vez que señalaba un calendario de implementación para el pago de dichas ayudas. Sin embargo, con el transcurso de los años desde la entrada en vigor de la ley, los datos publicados por el Servicio Público de Atención a la Dependencia (SAAD) han puesto de manifiesto importantes desviaciones en las estimaciones realizadas sobre el número esperado de personas dependientes en cada nivel de severidad.
- En un momento de crisis económica como el actual, las debilidades presupuestarias para poder mantener los objetivos de la Ley de Dependencia tal y como fue generada son evidentes. El Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio de 2012, recoge las nuevas disposiciones aprobadas por el Gobierno sobre la Ley de Dependencia. Una de las reformas más significativas que ha supuesto la entrada en vigor del RDL ha sido la supresión de los niveles de severidad definidos dentro de cada grado de dependencia. Se modifica, asimismo, el calendario de aplicación de las prestaciones y servicios de cobertura a la situación



de dependencia, afectando fundamentalmente a las personas con nivel de severidad moderada. En este sentido, se pospone al 1 de julio de 2015 el pago de las prestaciones relacionadas con este nivel.

- Al igual que en el sistema de pensiones, el sistema de dependencia debe garantizar el acceso de todos los ciudadanos a los cuidados necesarios, pero puede pensarse también en la complementariedad por un sistema privado, para aquellas situaciones en las que el sistema público, básicamente por limitaciones presupuestarias, no pueda acceder.
- Las entidades aseguradoras deben ser capaces de diseñar productos adecuados al riesgo asumido, seleccionando únicamente los riesgos sobre los que pueden ofrecer cobertura (cobertura únicamente de gran dependencia y/o dependencia severa, cobertura únicamente de dependencia moderada, cobertura parcial de los diferentes grados, etc.).
- Una de las políticas que actualmente está ganando más peso en las economías desarrolladas es la relacionada con el desarrollo de medidas preventivas de entrada en situación de dependencia. El elevado nivel de satisfacción manifestado por los receptores de este tipo de ayudas, fundamentalmente desde el punto de vista de mejora de su calidad de vida, aumento de la seguridad, y percepción de mejora en su estado de salud, pone de manifiesto la relevancia que este tipo de actuaciones pueden tener en la prevención de la dependencia, en el sentido de eliminar, o al menos dilatar en el tiempo, la aparición de mayores niveles de severidad de las discapacidades.

10.4. RECOMENDACIONES

- Avanzar en el desarrollo de los seguros privados de dependencia como una opción adecuada para garantizar los cuidados de larga duración en España, teniendo en cuenta que el envejecimiento de la pobla-

ción y el cambio estructural de las familias sigue produciéndose, y la cobertura pública no parece estar garantizada.

- Se recomienda a las entidades aseguradoras que oferten seguros privados de dependencia, que hagan revisiones de las primas (incluso anualmente), debido a la incertidumbre sobre la evolución del fenómeno de la dependencia, y a la escasa experiencia que aún existe en nuestro mercado. De hecho, salvo en caso de accidente, la pérdida de autonomía suele ser progresiva, por lo que la realización de un examen médico al asegurado puede ser fundamental para conocer los factores agravantes del riesgo.
- Avanzar en la aplicación de políticas que retrasen la entrada en situación de dependencia (políticas preventivas de la dependencia).

BIBLIOGRAFÍA

- Alemany, R., Alcañiz, M., Bolancé, C., Guillén, M. (2011) El coste de los cuidados de larga duración en la población española: análisis comparativo entre los años 1999 y 2008. *Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*, 12, 111-131.
- Alemany, R., Ayuso, M., Guillén, M. (2012) Nuevos factores exógenos en la modelización de la dependencia: la inversión en prevención de la dependencia en la población de edad avanzada. *Anales del Instituto de Actuarios Españoles*, aceptado, en prensa.
- Artís, M., Ayuso, M., Guillén, M., Monteverde, M. (2007) Una estimación actuarial del coste individual de la dependencia en la población de mayor edad en España. *Estadística Española*, 49, 165, 373-402.
- Ayuso, M., Guillén, M. (2011) El coste de los cuidados de larga duración en España bajo criterios actuariales: ¿es sostenible su financiación? *El Estado de bienestar en la encrucijada: nuevos retos ante la crisis global*. Serie Ekonomi Gerizan XVIII, Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarras. Vitoria-Gasteiz, 213-228.



- Bolancé, C., Alemany, R., Guillén, M. (2012) Sistema público de dependencia y reducción del coste individual de cuidados a lo largo de la vida. *Revista de Economía Aplicada*, pendiente de publicación.
- Esparza Catalán, C. (2010) Métodos de cálculo de la gravedad de la discapacidad. *Informes Portal Mayores n.º 103*, Madrid.
- ICEA (2012) El seguro de Salud. Estadística a Marzo. Año 2012. *Informe n.º 1.246*, Marzo 2012.
- IMERSO (2008) *Informe anual 2008*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid.
- Mas, N., Cirera, L., Viñosas, G. (2012) Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español. Documento de Investigación DI-939, IESE Business School, University of Navarra.
- OCDE (2009) Health at a Glance 2011. OECD Indicators. *OECD Publishing 50*.
- UNESPA (2012) Memoria social 2010 del seguro español. *Asociación Empresarial del Seguro*.



XI. SUCURSALIZACIONES: ¿UNA VÍA A SEGUIR?

Jaime Sánchez Santiago¹

Abogado / Attorney at law (N.Y.). Clifford Chance

11.1. INTRODUCCIÓN

En una encuesta llevada a cabo en 2010 por PricewaterhouseCoopers («PWC») entre más de 100 aseguradoras² del Reino Unido y grupos internacionales de seguros, el 24% de los encuestados reconocía estar poniendo en práctica planes de reorganización de sus grupos y un 31% declaraba estar analizándolos activamente.

La propia Comisión Europea (la «Comisión») en su documento sobre el proceso de consulta de medidas de nivel II que desarrollarán la Directiva 2009/138/CE sobre el seguro de vida, el acceso a la actividad de seguro y reaseguro y su ejercicio (Solvencia II) (la «Directiva Solvencia II») hacía referencia, al citar un informe elaborado por Deloitte a petición de la Comisión (el «Informe Deloitte»), al impacto que Solvencia II tendría en dicho proceso de reorganización: *«las empresas revisan continuamente su estructura societaria de cara a maximizar su eficiencia desde un punto de vista contable, regulatorio o fiscal y Solvencia II probablemente venga a desencadenar dicho proceso de revisión. Por lo tanto, uno de los impactos de la elección de una opción de política legislativa concreta puede ser el de provocar*

un cambio en la estructura societaria (por ejemplo, mediante la transformación de filiales en sucursales) [...] de aquellas empresas en las que los beneficios de dichos cambios sean mayores que los costes. El impacto de las diferentes opciones variará en función del tamaño relativo y de la naturaleza de las diferentes empresas que conforman la estructura global de cada grupo».

Un caso paradigmático de procesos de reorganización en la estructura operativa de los grupos aseguradores, como menciona el Informe Deloitte, es el de los procesos de sucursalización en los que han estado inmersos distintos grupos a nivel europeo y que se espera que continúen aumentando en el marco del proceso de preparación y transición hacia Solvencia II.

El objetivo del presente estudio es el de analizar los procesos de sucursalización. Para ello trataremos de delimitar, en primer lugar, qué se entiende por procesos de sucursalización y las razones que los podrían justificar (*vid.* apartado 11.2.). Posteriormente, estudiaremos cómo se están estructurando estas operaciones desde un punto de vista jurídico (fundamentalmente a través de fusiones transfronterizas), así como los distintos requisitos y trámites mercantiles y regulatorios en el contexto de estas operaciones. Al analizar estos temas intentaremos identificar áreas de mejora legislativa tanto en la regulación de seguros, como en el ámbito propiamente mercantil, de cara a agilizar y facilitar estas operaciones transfronterizas tan relevantes en un mercado europeo cada vez más integrado, todo ello sin menoscabar el legítimo respeto de los intereses de los tomadores de segu-

¹ El autor quiere agradecer a María Jesús Romero (Directora de control y gestión de riesgos de Zurich en España) la lectura y sugerencias realizadas en relación con el apartado II del presente estudio.

² Por razones de simplicidad, y a los efectos de no repetir cada vez en este estudio la referencia a entidades aseguradoras y reaseguradoras, cuando nos refiramos a aseguradoras, habrá que entender que dicho término incluye también a reaseguradoras, salvo que se deduzca claramente lo contrario del contexto en el que se utilice.

ros, acreedores y demás actores interesados (*vid.* apartado 11.3.). Concluiremos este estudio con una serie de consideraciones finales y recomendaciones en relación con los temas analizados (*vid.* apartado 11.4.).

Desde un punto de vista metodológico a la hora de analizar el proceso de ejecución de este tipo de operaciones hemos optado por centrarnos en procesos de sucursalización en los que las entidades aseguradoras españolas son las entidades absorbidas y sucursalizadas. En lo que a España respecta, la práctica nos está mostrando que los procesos de sucursalización están afectando fundamentalmente a filiales de grandes grupos internacionales que deciden sucursalizar la totalidad o parte de sus negocios en el Espacio Económico Europeo («EEE») (incluidas sus filiales en España). Los grandes grupos aseguradores españoles históricamente han centrado sus procesos de expansión internacional en Hispanoamérica o actúan ya en el EEE, fundamentalmente, a través de sucursales –o en libre prestación de servicios– y, por lo

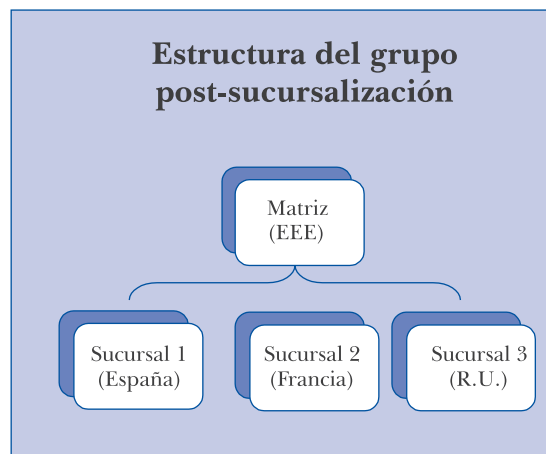
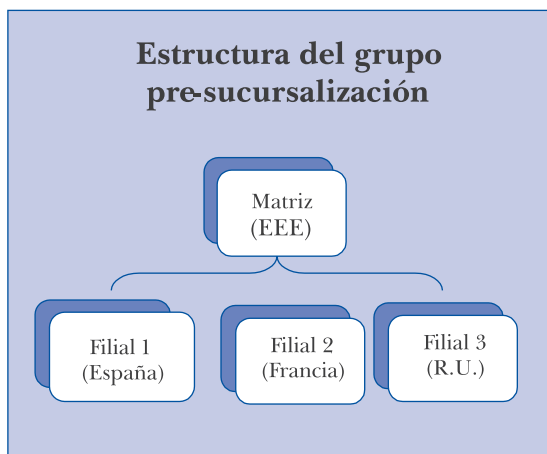
tanto, en principio, parecen menos propicios a este tipo de procesos.

11.2. CONCEPTO Y CAUSAS

11.2.1. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR PROCESOS DE SUCURSALIZACIÓN?

Los procesos de sucursalización son procesos de simplificación de estructuras societarias dentro de un grupo de sociedades, mediante la sustitución de sociedades filiales por sucursales de la sociedad operativa en cuestión que se considere más conveniente³ dentro del grupo.

Veamos a qué nos referimos con un ejemplo. Como refleja el gráfico que se incluye a continuación, una entidad aseguradora constituida en un Estado miembro del EEE que opera a través de filiales en España, Francia y Reino Unido decide sucursalizar su negocio en dichos países pasando a operar a través de sucursales (en lugar de filiales) de su entidad matriz.



³ Como demuestran varios de los procesos ejecutados hasta el momento, las entidades que han decidido sucursalizar sus negocios analizan también cuál es la jurisdicción más eficiente desde la que realizar estos procesos, poniéndose de manifiesto una cierta competencia entre ordenamientos del EEE. Este fenómeno ha sido quizás más obvio entre los grupos aseguradores de fuera del EEE que, al ejecutar estos procesos, se ven forzados a elegir la jurisdicción en la que localizar su centro de dirección efectiva (*headquarters*) en el EEE.



Estos procesos, como veremos en el apartado 11.3. siguiente, se pueden ejecutar, entre otras vías, a través de operaciones societarias con sucesión universal y neutralidad fiscal que no impliquen la necesidad de liquidación de una sociedad y aportación de los activos y pasivos de ésta a una sucursal, lo que dificultaría este tipo de operaciones desde un punto de vista práctico.

11.2.2. ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS QUE JUSTIFICAN LAS SUCURSALIZACIONES?

Entre las posibles razones que explican por qué ciertos grupos de sociedades optan por utilizar sucursales en lugar de filiales cabría analizar, en nuestra opinión, fundamentalmente las siguientes:

- a) Optimizar la posición de capital de solvencia

Como demuestran los distintos estudios de impacto realizados por EIOPA, Solvencia II podría traer aparejado unos mayores requerimientos de capital de solvencia para las entidades aseguradoras.

Muchos grupos aseguradores han decidido reestructurarse sustituyendo filiales por sucursales precisamente con el objetivo de optimizar al máximo su posición de capital de solvencia. En la jerga actuarial se habla de la importancia de la fungibilidad del capital («*capital fungibility*») para referirse a la posibilidad de utilizar dentro de un mismo grupo el superávit de capital de una sociedad del grupo en otra sociedad donde pudiera existir un déficit. En el caso de que un grupo opere a través de filiales, actualmente, se encuentra con que tiene que cumplir con distintos requerimientos de capital de solvencia en cada una de esas filiales y con que, si se adicionan los requerimientos de capital a nivel de cada una de las filiales, el importe de capital resultante tiende a

ser más elevado que el que necesitaría una única entidad a nivel consolidado. La situación es completamente distinta en el caso de un grupo que opere a través de sucursales donde, desde el punto de vista regulatorio, el capital es fungible y se calcula exclusivamente a nivel de la matriz.

Las notas de prensa que publicaron tanto Swiss RE como Zurich en relación con sus procesos de sucursalización, mencionaron, expresamente, como uno de los elementos determinantes para emprender la sucursalización el conseguir una gestión más eficiente de los requerimientos de capital.

Hay quien ha afirmado (Clark, P., Mörk, L., Zou, J., 2010) que si se comparase un grupo asegurador operando a través de 10 filiales en el EEE con otro grupo de similar tamaño que opere a través de una única entidad con sucursales, éste último sería capaz de ahorrar alrededor de un 30% de sus requerimientos de capital debido a la posibilidad de beneficiarse de una diversificación incorporada *per se* («*built in diversification*») (término al que haremos referencia a continuación) y del cálculo de solvencia a nivel de una única entidad. En esta misma línea, un ejecutivo de Sampo Life, la aseguradora de vida finlandesa que sucursalizó sus negocios de seguros en los Países Bálticos (Estonia, Lituania y Letonia) reconoció públicamente que había conseguido reducir sus necesidades de capital en un tercio (Kirschner, 2009).

Asimismo, hay dos aspectos de Solvencia II relacionados con este tema que nos gustaría comentar brevemente porque entendemos que afectan también a que los grupos puedan optar por sucursalar sus negocios:

- i. El primero es el hecho de que se tengan en cuenta los «efectos de diversifi-



cación»⁴ en la configuración de los distintos módulos de riesgo que se utilizan para el cálculo de capital de solvencia obligatorio básico (*vid.* artículo 104(4) de la Directiva Solvencia II). Como indica el Informe Deloitte los criterios de diversificación serán más sencillos de cumplir para una sucursal que para una filial por el hecho de que se puedan demostrar más fácilmente dada la fungibilidad de su capital y la capacidad *per se* de compensar el resultado negativo de ciertos riesgos en unas jurisdicciones con el resultado más favorable de otras.

- ii. El segundo aspecto está relacionado con el nuevo régimen de supervisión de empresas de seguro que forman parte de un mismo grupo que regula la Directiva Solvencia II (arts. 212 a 266). Si bien es cierto que este nuevo régimen permite la posibilidad de calcular los requerimientos de capital de solvencia a nivel consolidado (frente a lo que ocurre bajo Solvencia I), lo que podría hacer pensar que se eliminarían algunas de las ventajas antes mencionadas de operar a través de sucursales, la situación no es tan obvia, ni sencilla. La Directiva Solvencia II no recogió finalmente la posibilidad de que la matriz de un grupo pudiera garantizar déficits de capital en una filial (el denominado apoyo del grupo –*group support*»⁵ que fue objeto de tanta dis-

cusión antes de la aprobación de la Directiva Solvencia II). Además, cada una de las entidades de un grupo necesita seguir cumpliendo con los requisitos de capital a nivel individual en cada una de las jurisdicciones en que opera.

En cualquier caso, sin entrar en la discusión más técnica sobre las implicaciones del nuevo régimen de supervisión de grupos, la motivación de aquellas empresas que han optado por sucursalar sus negocios ha sido la de salvaguardarse de cualquier limitación que impidiera utilizar la posición global de capital del grupo en las distintas jurisdicciones en las que opera, así como de las reacciones que pudiera tener un regulador en relación a una filial de la que se intentara movilizar capital regulatorio hacia otra sociedad del grupo. Obviamente, al operar a través de sucursales, se eliminan cualquiera de estos potenciales problemas. Se trataría, por lo tanto, de buscar la estructura más simple y más flexible para maximizar la posición de capital regulatorio.

- b) Centralización y racionalización del cumplimiento de determinados requisitos regulatorios en una jurisdicción

En relación con la supervisión regulatoria y la carga administrativa que para una entidad aseguradora supone el cumplimiento de los distintos requisitos e información que tienen que facilitar a los supervisores de las distintas entidades del grupo la sucursalización puede suponer desde un punto de vista operativo una reducción de cargas administrativas ya que, en términos

⁴ Por efecto de diversificación hay que entender *«la reducción de la exposición al riesgo de las empresas y grupos de seguros y reaseguros relacionada con la diversificación de sus actividades, y resultante de la posibilidad de compensar el resultado negativo de un riesgo con el resultado más favorable de otro riesgo, cuando no exista una total correlación entre dichos riesgos»* (art. 13 (37) Directiva Solvencia II).

⁵ El denominado apoyo del grupo (*group support*) es un compromiso vinculante que asume una matriz de un grupo de transferir capital a las filiales que lo necesiten sujeto a autorización regulatoria. La autoridad regulatoria del estado de origen de la matriz del grupo dirige el procedimiento por lo que los reguladores de los Estados miembros en los que operan otras filiales no pueden exigir más capital localmen-

te, lo que hizo precisamente que muchos Estados miembros se opusieran a este sistema precisamente por esa razón. El régimen de apoyo del grupo hubiera permitido a los grupos calcular una única cantidad de capital para todo el grupo, lo que hubiera resultado en una menor cantidad de capital a nivel de grupo y conseguir un efecto similar al de la sucursalización. Para más detalles *vid.* <http://www.group-support-regime.com/>.

generales, podría resultar más eficiente para una entidad aseguradora actuar en otro Estado miembro a través de una sucursal que de una filial.

El hecho de que en el EEE se reconozca que las entidades autorizadas para operar en su Estado miembro de origen puedan ejercer la actividad aseguradora en otro Estado miembro en régimen de derecho de establecimiento significa que la sucursal no tiene que cumplir con todos los requisitos y obligaciones de información que se le exigiría a las entidades que operen *ex novo* en dicho Estado ya que se sobreentiende que la entidad en cuestión está cumpliendo con normas equivalentes a nivel del Estado de origen (por ejemplo, en relación con el control de los aspectos de solidez financiera). La sucursal de la entidad aseguradora que opera en libertad de establecimiento deberá cumplir en el Estado de acogida con los requisitos derivados de aquella normativa que le resulta de aplicación por razones de interés general (básicamente la normativa en relación con la comercialización de sus productos y protección del consumidor —«*conduct of business rules*»—)⁶.

La Directiva Solvencia II incrementará también el coste potencial y complejidad del cumplimiento de requisitos regulatorios no sólo en lo relativo al denominado Pilar I (requerimientos cuantitativos), sino también al Pilar II (requerimientos cualitativos) y III (requerimientos de información (*reporting*) ante terceros —al mercado y a supervisores—).

De nuevo, este es un ámbito en el que, en principio, será más eficiente para un grupo operar a través de sucursales que de filia-

les. Veamos a qué nos referimos con algunos ejemplos:

- La tarea de conseguir la aprobación de un modelo interno será más fácil para una entidad que opere a través de sucursales que de filiales, ya que únicamente está sujeta a un proceso de aprobación con intervención de un único supervisor. En el caso de un grupo que opere con filiales, aunque el proceso se lideraría por el supervisor de la matriz, se debería efectuar de forma coordinada y con la intervención de los supervisores de cada una de las filiales.
- Quizás el caso más patente es el de la distinta documentación que exige el sistema de gobierno que deben cumplir las entidades aseguradoras y que será objeto de desarrollo por Reglamento comunitario mediante las denominadas medidas de nivel II. Si bien es cierto que el nuevo régimen de supervisión de grupos trata de racionalizar el impacto, antes mencionado, en grupos de sociedades por tener que cumplir con los mismos requisitos de gobierno en distintas jurisdicciones⁷, nos parece indudable que, para un grupo que opere a través de sucursales, la cantidad de informes y documentación que debe entregar será más baja que para un grupo con múltiples filiales⁸.

⁶ *Vid.*, por ejemplo, para más detalles sobre las normas de interés general que le son aplicables a las sucursales de las entidades aseguradoras del EEE que operan en España: <https://www.dgsfp.meh.es/sector/documentos/legislacion/Normas%20de%20interés%20general.%20Mayo%202009.pdf>.

⁷ *Vid.*, por ejemplo, el artículo 256.2 Directiva Solvencia II que permite, previa aprobación del supervisor del grupo, que las empresas integrantes en dicho grupo puedan elaborar un único informe sobre la situación financiera y de solvencia siempre que cumpla con determinados requisitos.

⁸ Por ejemplo, la Directiva Solvencia II requiere que cada filial elabore un informe autoevaluación de sus riesgos y solvencia («*Own Risk an Solvency Assessment, ORSA*») o un informe para los supervisores («*Report to Supervisors, RTS*»). Asimismo, todo lo que es información de detalle financiero (la actual documentación estadístico contable) que pasará a cumplimentarse sobre modelos de información trimestral en Solvencia II, sólo se tendrá que enviar al supervisor de la matriz en caso de sucursales.



Si atendemos, por ejemplo, a lo que dispone el artículo 137.2 del Anteproyecto de Ley de Supervisión de los Seguros Privados (el «APLSSP») *«las disposiciones de esta ley sobre la supervisión de grupos se aplicarán sin perjuicio de las obligaciones que se deriven de las normas de supervisión para las entidades aseguradoras individualmente»*. Esto es, dado que las normas de supervisión son todas, incluidas las del sistema de gobierno, este artículo parece estar indicando que se está pensando en que las filiales cumplan con todos los requisitos del sistema de gobierno con independencia de los requisitos que se cumplan a nivel de grupo.

No obstante lo anterior, Solvencia II debe ser un proceso que involucre a toda la organización en la identificación y gestión del riesgo y, en ese sentido los procesos de recopilación de información y de datos deberían ser similares con independencia de que se opere a través de sucursales o filiales.

En suma, aquellas entidades aseguradoras que opten por sucursalizar sus negocios podrán obtener probablemente mayores eficiencias en sus procesos operativos relativos con el cumplimiento normativo que pueden producir ciertos ahorros de costes, aunque estas eventuales eficiencias estarán condicionadas también, en parte, por las nuevas exigencias que pudiera demandar su supervisor de origen con respecto al negocio sucursalizado. Adicionalmente, en un plano más amplio, los grupos que sucursalicen sus negocios estarán menos expuestos a los diferentes criterios de los reguladores en aquellas cuestiones que queden bajo el ámbito del regulador del Estado de origen, si bien es cierto que en el marco de Solvencia II y con las normas de nivel II y III estos deberían tender a reducirse.

c) ¿Razones fiscales?

Las razones fiscales han sido habitualmente citadas como otro de los motivos que justifican este tipo de procesos. Sin embargo, si a lo que atendemos es exclusivamente a la tributación de la sucursal frente a la de la filial, en principio, esta no debería ser diferente. Por ejemplo, en España aunque las sucursales españolas de sociedades extranjeras y las sociedades españolas tributan por impuestos diferentes, el tipo impositivo es el mismo (actualmente el 30%)⁹. Desde un punto de vista fiscal, el criterio relevante para determinar si un determinado Estado puede someter a tributación los beneficios de la actividad empresarial desarrollada en su país, no es el de la nacionalidad de la entidad que desarrolla dicha actividad, sino el de si los beneficios de dicha actividad pueden atribuirse a un establecimiento permanente y en ese sentido la carga tributaria debería ser similar para todos los establecimientos permanentes desde un punto de vista fiscal (esto es, tanto sociedades como sucursales).

No obstante lo anterior, sí que pueden existir situaciones donde a nivel de grupo se obtengan ciertos beneficios fiscales en este tipo de procesos. Pensemos, por ejemplo, en un grupo que tome la decisión de centralizar sus operaciones en una determinada jurisdicción con un impuesto de sociedades más bajo, diferente de la jurisdicción en la que venía operando habitualmente de manera significativa (esto es, que decida cambiar su sede de dirección efecti-

⁹ Nótese que una sociedad tributa por el impuesto de sociedades («IS») y una sucursal por el Impuesto sobre la Renta de los No Residentes («IRNR») en la llamada modalidad de «IRNR con Establecimiento Permanente».

En cuanto al tipo impositivo, hemos asumido, a estos efectos, que la matriz que eventualmente sucursaliza su negocio en España no será considerada como una PYME sujeta al Régimen de Entidades de Reducida Dimensión, ya que, de ser este el caso, el trato a nivel impositivo podría resultar más favorable para una filial que para una sucursal.



va en el marco de estos procesos) y que posteriormente proceda a sucursalizar los negocios de distintas filiales partiendo de esa jurisdicción. Obviamente, el negocio que desarrolle la matriz en la jurisdicción elegida se verá favorecido por una eventual menor fiscalidad, como demuestra el hecho de que Estados como Irlanda o Luxemburgo (con ordenamientos fiscales favorables) han sido habitualmente elegidos a estos efectos.

- d) Simplificación de procesos al operar a través de una entidad sin personalidad jurídica (incluidos aspectos de gobierno corporativo)

La sucursal, al no tener personalidad jurídica, no tiene que cumplir con requisitos formales (por ejemplo, no son necesarios libros societarios, ni la presentación de cuentas de la sucursal en el Registro Mercantil –sin perjuicio de que sea necesario elaborarlas por requisitos regulatorios–) y operativos (por ejemplo, en relación con la toma de decisiones tal y como explicaremos con más detalle a continuación) típicos de las sociedades. Por lo tanto, resulta más ágil operar a través de una sucursal que de una filial, lo que de nuevo puede redundar en un ahorro de costes y en una toma de decisiones de manera más eficiente.

Desde el punto de vista de gobierno corporativo, la sucursal no tiene órganos sociales por sí misma. Su representante permanente no es más que un apoderado general. Por lo tanto, aunque la gestión de la sucursal sea autónoma, no puede ser independiente, al carecer, como hemos comentado, de personalidad jurídica y estar integrada dentro de una misma organización empresarial (Díaz, E., 1994). Esto supone en la práctica que entre una matriz y sus sucursales resulta más fácil implementar la toma de decisiones y estructuras de gobierno corporativo que en casos en los que estén involucradas distintas sociedades de un mismo grupo, donde habrá

que atender en todo caso no sólo a los requisitos formales de los distintos órganos de administración (número de consejeros; necesidad en algunas jurisdicciones de consejeros independientes incluso en sociedades no cotizadas —como es el caso, por ejemplo, en sociedades irlandesas—), sino también a las limitaciones que imponga el derecho societario de cada una de las jurisdicciones involucradas a cuestiones tales como la relación entre el interés social y el interés del grupo, el régimen de conflicto de intereses de los consejeros, la normativa de administradores de hecho y la eventual responsabilidad de los consejeros. Veamos con un poco más de detenimiento a qué nos referimos con algunos ejemplos:

- En una sucursal no se plantean técnicamente problemas de conflictos entre un pretendido interés social de una sucursal (que no existe como tal al no tener la sucursal personalidad jurídica) y el interés de su matriz. Por el contrario, al no existir normativa que reconozca a nivel comunitario (frente a lo que ocurre en algunos Estados miembros), el interés del grupo como un interés a favor del cuál puede actuar expresamente el consejero de una filial hace que los grupos de sociedades operando en elEEE tengan que analizar cuál es la posición conforme al derecho societario de cada una de las jurisdicciones relevantes sobre las obligaciones de los consejeros (como, por ejemplo, la de actuar a favor del interés social), así como su eventual responsabilidad¹⁰ –civil, o incluso penal, en algunas jurisdicciones– en el caso de que tomen una decisión en interés del grupo cuando dicho interés no se corresponda con el interés social

¹⁰ Para un buen resumen de la situación en derecho español (tanto a nivel doctrinal como jurisprudencial) véase, por ejemplo, SÁNCHEZ-CALERO, F.: *Los administradores en la sociedad de capital*, Madrid, Civitas, 2007, págs. 354-363.



de la filial de la que son consejeros y se den determinadas circunstancias. Esta problemática fue expresamente analizada en el informe de 5 de abril de 2011 encargado por la Comisión a un grupo de expertos y que lleva por título «*el criterio del «interés del grupo» [que] permitiría a los consejeros de la filial adoptar una decisión en interés del grupo aun cuando no sea claro que se haga en interés de la propia filial, siempre que se vea recompensada o que exista una expectativa razonable de que se verá recompensada o que se beneficiará en el futuro por el hecho de ser parte del grupo.*»¹¹.

- Teniendo en cuenta la normativa de conflicto de intereses¹² en el caso de que existan miembros del órgano de administración de distintas sociedades del grupo (de la dominante y de las dominadas o que tengan vínculos con la dominante), ¿deberán abstenerse de participar en la toma de decisiones de la filial de la que son consejeros en un tema que afecte al interés de la dominante en perjuicio de la dominada?
- En el caso de que la sociedad dominante (y sus administradores) aprue-

ben decisiones en las que se instruye a la sociedad dominada para que actúe de una determinada manera continuamente o a que exista una persona dentro del grupo que tome las decisiones en una determinada área que luego ejecutan los consejos de administración de las filiales, podría plantearse, en función de la normativa de las distintas jurisdicciones involucradas, si existe un riesgo de que se considere a la sociedad dominante (o a sus consejeros), o al individuo que tome continuamente decisiones de gestión que afectan a la filial, como administrador de hecho y, eventualmente, responsables de las consecuencias que se deriven de las actuaciones realizadas¹³.

El hecho de que los grupos de sociedades tengan que plantearse este tipo de cuestiones a la hora de organizar el gobierno corporativo del grupo y la toma de decisiones supone indudablemente un coste, y un eventual riesgo, para un grupo de sociedades que opera en el EEE al que no tiene que hacer frente una matriz que opera a través de sucursales. Además, como acabamos de ver, se plantean problemas extremadamente sensibles para las organizaciones, como los relativos a eventuales responsabilidades de administradores.

Dados los aparentes beneficios potenciales de estos procesos, ¿por qué habrá aseguradoras que no opten por sucursalizar sus negocios? Como veremos a continuación, la ejecución de estos procesos no es sencilla, es larga y costosa y, en función de la situación concreta y características del grupo que quiera sucursalizar sus negocios, podrían existir razones por las que no les intere-

¹¹ Anteriormente, tanto el informe encargado por la Comisión a un grupo de expertos presidido por J. Winter y que lleva por título «*Un cadre réglementaire moderne pour le droit européen des sociétés*», como la propia Comisión en su comunicación dirigida al Consejo y al Parlamento Europeo titulada «*Modernising Company Law and Enhancing Corporate Governance in the European Union-A Plan to move forward*» (COM (2003) 284, de 21 de mayo de 2003) habían puesto de manifiesto esta problemática.

¹² *Vid.*, por ejemplo, en derecho español, el artículo 229.1 de la Ley de Sociedades de Capital («LSC») que establece con carácter general que los administradores que tengan una «*situación de conflicto directo o indirecto (...) con el interés de la sociedad*» deberán abstenerse «*de intervenir en los acuerdos o decisiones relativos a la operación a que el conflicto se refiere*». En relación con los grupos de sociedades, entendemos que en derecho español el simple hecho de estar vinculado a la sociedad dominante no convierte al administrador en portador de un interés extrasocial, que, como tal, le obligue de abstenerse de participar en operaciones que la sociedad pueda realizar con otras sociedades del grupo. En este sentido, ampliamente, *vid.* SERRANO CAÑAS, *El conflicto de intereses en la administración de sociedades mercantiles*, Bolonia, 2008, págs. 455 y ss.

¹³ En el caso del derecho español véase el artículo 236 LSC que establece la responsabilidad del administrador de hecho de forma similar a la de los administradores de derecho. Sobre esta cuestión *vid.*, por ejemplo, SÁNCHEZ-CALERO, F.: *Los administradores...*, *op.cit.*, págs. 361-363.



se proceder a la sucursalización de sus negocios. Además, a ciertas empresas les podría preocupar que en el caso de que surgiesen problemas financieros en una de sus sucursales, esta última hundiese con ella al resto. Por el contrario, pérdidas incurridas por una filial, al tener una personalidad jurídica independiente podrían quedar, teóricamente, aisladas al nivel de la filial.

11.3. EJECUCIÓN: ESTRUCTURACIÓN JURÍDICA

11.3.1. INTRODUCCIÓN

La mayoría¹⁴ de los procesos de sucursalización que han tenido lugar hasta ahora en el EEE se han llevado a cabo a través de fusiones transfronterizas acogidas:

- a la Directiva 2005/56/CE del Parlamento Europeo y el Consejo, de 26 de octubre de 2005, relativa a fusiones transfronterizas de sociedades de capital (la «Directiva de Fusiones Transfronterizas») y, en concreto, a la normativa de los Estados miembros de las sociedades involucradas en la fusión que incorporaron la citada Directiva a su derecho nacional¹⁵. Por ejemplo, Swiss RE, el grupo reasegurador suizo, fusionó sus principales filiales de la UE (Reino Unido, Irlanda, Holanda, Alemania, Dinamarca, Francia e Italia, entre otras) con otra SE previamente constituida en Luxemburgo

sustituyendo igualmente filiales en distintos países por sucursales¹⁶; o

- al Reglamento 2157/2001, de 8 de octubre de 2001, por el que se aprueba el estatuto de la Sociedad Anónima Europea (el «Reglamento SE») y la Directiva 2001/86 por la que se completa el Estatuto de la Sociedad Anónima Europea en lo que respecta a la implicación de los trabajadores (la «Directiva SE») y la normativa de los Estados miembros de las sociedades involucradas en la constitución de la SE que se aprobó en relación con estas normas¹⁷.

El artículo 2 del Reglamento SE recoge entre las opciones específicamente tasadas para constituir una SE la de la fusión de sociedades anónimas de, al menos, dos Estados miembros que tengan su domicilio social y su administración en la Comunidad. De hecho, esta fue la primera norma que reconoció a nivel comunitario las fusiones transfronterizas intracomunitarias. Hasta que se incorporó al derecho nacional la Directiva de Fusiones Transfronterizas, la constitución de una SE por fusión era la única forma de llevar a cabo fusiones transnacionales con ciertas jurisdicciones. Por ejemplo, una de las razones por las que el grupo asegurador Allianz optó por convertirse en una SE fue porque era la única forma de absorber a una sociedad italiana participada mayoritaria-

¹⁴ Hay algún proceso muy relevante de sucursalización en España anterior a la entrada en vigor de la Ley 3/2009, de 3 de abril, de modificaciones estructurales de las sociedades mercantiles (la «LME») que se ha llevado a cabo a través de una cesión global de activo y de pasivo desde el punto de vista mercantil y autorizada desde un punto de vista regulatorio bajo el régimen de cesión general de cartera conforme al artículo 23 LOSSP. *Vid.* la Orden EHA/3680/2009, de 4 de diciembre, de autorización de la cesión general de la cartera de seguros de determinados ramos de la Entidad Zurich España, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. a la entidad Zurich Insurance P.L.C.

¹⁵ En el caso español, a lo dispuesto en la LME (arts. 54-67) y a la ley 31/2006 sobre implicaciones de los trabajadores en las sociedades anónimas y cooperativas europeas («Ley 31/2006»).

¹⁶ Nótese que el hecho de que participe una SE (ya constituida) en una fusión transfronteriza no significa que dicha operación no se acoja a la Directiva de Fusiones Transfronterizas. Como veremos a continuación, el Reglamento SE regula la constitución de una SE específicamente a través de una fusión transfronteriza, caso distinto del que acabamos de comentar

¹⁷ En relación con estas normas se aprobaron en España (i) la Ley 19/2005, sobre la sociedad anónima europea domiciliada en España (derogada por la LSC y cuyo contenido se incorpora en los artículos 455 a 494 de la LSC –véanse en concreto los artículos 465 a 470 que regula fundamentalmente aquellos casos en los que se constituye por fusión una SE domiciliada en España–); (ii) la Ley 31/2006 que incorpora al derecho español la Directiva SE; y (iii) el Real Decreto 659/2007 por el que se modifica el Reglamento del Registro Mercantil para su adaptación a las disposiciones de la Ley 19/2005.



mente por Allianz (Riunione Adriatica di Sicurtà («RAS»)), cuya integración le permitió simplificar la estructura del grupo al integrar las participaciones que tenía RAS de otras filiales del grupo en Suiza, Austria, Portugal y España directamente en Allianz SE.

Como se ha puesto de relieve con acierto, la SE se ha utilizado también para llevar a cabo operaciones transnacionales que permitan sucursalar sus negocios y simplificar la estructura de los grupos de sociedades (Kirshner, 2009). Un buen ejemplo de constitución de una SE a través de la fusión de distintas sociedades que implicó también un proceso de sucursalización fue el citado anteriormente de Sampo Life¹⁸.

En los apartados 11.3.2. y 11.3.3. siguientes se analizan los aspectos mercantiles y regulatorios de una fusión por absorción en el marco de la Directiva de Fusiones Transfronterizas en el que la entidad de seguros española es absorbida por una sociedad de otro Estado Miembro, procediendo a la sucursalización del negocio en España, así como otra serie de cuestiones que hay que tener en cuenta a la hora de planificar la ejecución de este tipo de operaciones en España. Hemos optado por centrarnos en un supuesto de fusión transfronteriza bajo la Directiva de Fusiones Transfronterizas y no bajo el Reglamento SE porque, en nuestra experiencia, estas han sido las operaciones que más se han llevado a cabo.

Nótese, en cualquier caso, que la inmensa mayoría de las cuestiones aquí apuntadas son también aplicables a la constitución de una SE por fusión (por ejemplo, desde el punto de vista regulatorio, el análisis sería el mismo).

El hecho de optar por una u otra vía no supone diferencias muy significativas desde un punto

de vista práctico en la ejecución del proceso de sucursalización. La Directiva de Fusiones Transfronterizas tiene ciertas ventajas con respecto al Reglamento SE, fundamentalmente, en cuanto a: (i) su ámbito de aplicación más amplio, al incluir todas las sociedades de capital y no sólo las anónimas (aunque esta diferencia no es relevante en el ámbito asegurador); (ii) las normas de participación de los trabajadores son ligeramente más flexibles en algunos aspectos (Pannier, 2005); y (iii) la entidad resultante de la fusión será, normalmente, una sociedad sujeta exclusivamente a derecho nacional que no tiene, por lo tanto, que cumplir con el complicado sistema de fuentes de la SE (Andenas, M. y Wooldridge, F., 2009). Por lo demás la Directiva de Fusiones Transfronterizas está inspirada en las soluciones que se le dieron a determinadas cuestiones problemáticas en este tipo de operaciones transfronterizas en el Reglamento SE y en la Directiva SE.

Como ha reconocido alguna de las empresas involucradas en este tipo de operaciones, uno de los motivos por el que se ha optado, a veces, para constituir una SE por fusión frente a la mera fusión transfronteriza de sociedades ha sido por razones de mera «cosmética jurídica», si se nos permite la expresión. Esto es, hay quien encuentra que se presenta mejor (frente a reguladores, clientes etc.) el hecho de convertirse en una SE en la que se integran filiales de distintas jurisdicciones que anunciar que se ha optado por centralizar en un único país y regulador la supervisión de muchos de los aspectos críticos del grupo sin tener que seguir teniendo que estar supervisado en determinados aspectos por supervisores de distintas jurisdicciones.

11.3.2. ASPECTOS MERCANTILES

11.3.2.1. *Un posible paso previo*

En función de la estructura accionarial del grupo y de la relación entre la sociedad absorbente y absorbidas, en muchas de estas operaciones se produce un paso previo a la fusión consistente en la reorganización del accionariado de las socie-

¹⁸ Para más información sobre este proceso *vid.* <http://www.sampo.com/crash-course/sampos-businesses/life-insurance>



dades involucradas en la fusión, de tal manera que sea posible aplicar el régimen mercantil simplificado de fusiones en las que se absorbe a sociedades íntegramente participadas.

De conformidad con el artículo 49 LME, dicho régimen permite (i) tener un proyecto de fusión reducido en el que se puede prescindir de determinados aspectos; (ii) prescindir del informe de expertos pero no del informe de administradores, del que sí se podría prescindir en una fusión entre sociedades españolas sujetas al régimen del artículo 49 LME; (iii) del aumento de capital en la sociedad absorbente; y (iv) de la aprobación de la fusión por las juntas generales de las sociedades absorbidas.

Esta reestructuración societaria previa, aunque sea intragrupo, necesitará muy probablemente de las aprobaciones regulatorias correspondientes, como se indicará en el apartado 11.3.3. posterior.

11.3.2.2. *La constitución de la sucursal y el proceso de fusión transfronteriza*

Tal y como hemos indicado anteriormente, los procesos de sucursalización implican la asignación de la totalidad del patrimonio de la entidad absorbida a una sucursal. Desde un punto de vista exclusivamente mercantil, no es necesario que la sucursal esté constituida antes de empezar el proceso de fusión. Esto es, societariamente cabría tanto la posibilidad de constituir una sucursal (i) antes de iniciar el proceso de fusión; (ii) durante el proceso de fusión; o (iii) simultáneamente con la inscripción de la fusión. Para los dos últimos supuestos bastaría con que el proyecto de fusión identificara correctamente la situación en concreto. Sin embargo, tal y como veremos posteriormente, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones («DGSFP») exige que la sucursal esté constituida antes de que autorice la operación de fusión y, por lo tanto, en las operaciones de sucursalización de entidades aseguradoras habrá que tener en cuenta esta cuestión en la planificación del calendario de la operación.

En cuanto a los requisitos mercantiles para la constitución de una sucursal de sociedad extranjera en España y, su posterior inscripción en el Reglamento del Registro Mercantil («RRM») habrá que tener especialmente en cuenta lo dispuesto en los artículos 297, 300 y 301 RRM.

Nótese que tanto si la sucursal se constituye con dotación inicial o sin ella, se considerará como inversión extranjera en España de un empresario no residente y será necesario presentar un modelo D1-A de inversiones extranjeras en el Registro de Inversiones Exteriores del Ministerio de Economía y Competitividad (art. 3 del Real Decreto 664/1999, de 23 de abril).

Asimismo, será necesario realizar otra serie de trámites laborales y fiscales (incluido, entre otros, el nombramiento de un representante fiscal en el caso de que no lo sea el apoderado general de la sucursal) para que la sucursal esté plenamente operativa.

11.3.2.3. *La fusión transfronteriza intracomunitaria y su incidencia en el régimen de fusión*

La Directiva de Fusiones Transfronterizas parte de la base de que la Tercera Directiva de sociedades¹⁹ había conseguido una cierta armonización en relación con la normativa de fusiones de sociedades anónimas en el EEE y se centra fundamentalmente en (i) imponer el reconocimiento de este tipo de operaciones a nivel comunitario (lo que supuso que determinadas Estados miembros tuvieran que aceptarlas por primera vez²⁰ de

¹⁹ Vid. Directiva 2011/35/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 5 de abril de 2011 relativa a las fusiones de sociedades anónimas que viene a reemplazar a la Tercera Directiva 78/855 del Consejo de 9 de octubre de 1978 relativa a las fusiones de sociedades anónimas.

²⁰ Históricamente no todos los Estados miembros permitían este tipo de fusiones. Este no era el caso español. El artículo 9.11 de nuestro Código Civil las permite siempre que la ley personal aplicable al resto de sociedades no españolas involucradas en la fusión también las permitieran. De hecho, existen varios precedentes de fusiones transfronterizas intracomunitarias anteriores al Reglamento SE y a la Directiva de Fusiones Transfronterizas, por ejemplo, fusiones de sociedades españolas con sociedades francesas (la fusión por absor-



forma generalizada para todas las sociedades de capital y no sólo en el marco de constitución de una SE por parte de sociedades anónimas); y (ii) armonizar una serie de cuestiones esenciales derivadas fundamentalmente del elemento transfronterizo en este tipo de operaciones que permiten hacerlas efectivas (entre otras, por ejemplo, establecer el sistema de control de legalidad de este tipo de operaciones y de comunicación entre autoridades competentes), así como el sistema de participación de los trabajadores en la sociedad resultante de la fusión.

Dada esta armonización de mínimos, cada sociedad involucrada en una fusión tiene que cumplir con las disposiciones y trámites de fusión a la que está sujeta según su legislación nacional (art. 4.1.(b) Directiva de Fusiones Transfronterizas) por lo que podrían plantearse problemas prácticos relevantes en caso de disparidad entre la distinta normativa aplicable a las sociedades involucradas y habrá que tener en cuenta el impacto del cumplimiento de los distintos requisitos en el calendario de la operación.

En suma, nos encontraremos con procesos en general largos y complejos que ponen a prueba la pericia de los distintos operadores jurídicos involucrados y sus asesores.

A la hora de analizar todo tipo de fusiones hay que tener en cuenta que la fusión es el resul-

tado de un proceso de actos, decisiones y formalidades. La doctrina española ha venido distinguiendo tres fases en este proceso: (i) preparatoria (que se concreta fundamentalmente en la aprobación del proyecto y el balance de fusión); (ii) decisoria (aprobación de la fusión por las juntas²¹); y (iii) ejecutiva (en el caso español, publicación de anuncios, otorgamiento de escritura pública de fusión, inscripción registral, publicaciones y cancelación de asientos de las sociedades extinguidas) (Uría, R. y Menéndez, A., 1999).

En el caso de las fusiones transfronterizas intracomunitarias nos encontramos también ante un proceso en el que sus elementos esenciales siguen siendo los mismos. Por ello, nos centraremos básicamente en analizar (i) la incidencia del régimen de fusión transfronteriza intracomunitaria en las distintas fases del procedimiento de fusión y (ii) aquellas cuestiones más problemáticas que hemos visto que se plantean en la práctica en relación con este tipo de operaciones. Nótese que haremos tan sólo referencia a las particularidades del proceso en este tipo de fusiones sin entrar a analizar todos y cada uno de los requisitos de la fusión y que, adicionalmente, habría que analizar los requisitos que tienen que cumplir el resto de sociedades no españolas involucradas en la fusión en cada una de estas fases de acuerdo con la normativa que les sea aplicable:

a) Fase preparatoria

En relación con la fase preparatoria de la fusión transfronteriza intracomunitaria habría que tener en cuenta especialmente lo siguiente:

- i. En cuanto a las fechas de los balances de fusión y frente a lo que establece el artículo

ción de Damart, S.A. por parte de la sociedad francesa Belmart, S.A.) o con sociedades italianas (la fusión por absorción de Sarrío por parte de la sociedad italiana Reno de Medici -Tapia Hermida, A.J., 1999-).

Asimismo, el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (actual Tribunal de Justicia de la Unión Europea) en su sentencia en el asunto C-411/03 Sevic de 13 de diciembre de 2005 dictaminó que un Estado Miembro no puede negarse a admitir una fusión transfronteriza intracomunitaria porque sería contrario a la libertad de establecimiento recogida en los artículos 43 y 48 del Tratado de la Comunidad Europea (actuales arts. 49 y 54 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea («TFUE»)). Sin entrar a analizar, por exceder el objeto de este estudio, el alcance de esta sentencia (que curiosamente se dictó unos meses después de la aprobación de la Directiva de Fusiones Transfronterizas), lo que sí parece claro es que la citada Directiva venía a hacer posible también de facto las fusiones transfronterizas, más allá de las implicaciones de cualquier pronunciamiento jurisprudencial, al exigir el reconocimiento de este tipo de operaciones y regular ciertas cuestiones prácticas que facilitaban las mismas.

²¹ Por razones de simplicidad nos referimos en este trabajo a aprobación por la Junta aunque, obviamente, en la medida en que se trate de sociedades unipersonales, técnicamente estaríamos hablando de una decisión del Socio Único aprobando la fusión.



lo 36 LME, la incidencia que, en la práctica, tienen las exigencias regulatorias a las que se hace referencia en el apartado 11.3.3.3., posterior, que exigen que en el procedimiento de autorización de la fusión se aporten balances de las entidades involucradas en la fusión cerrados los tres meses anteriores a la fecha de aprobación de la fusión por la Junta.

- ii. De conformidad con el artículo 59.2 LME, el proyecto común de fusión transfronteriza debería incluir una serie de contenidos adicionales con respecto a los establecidos en el artículo 31 LME (básicamente, información sobre las ventajas atribuidas a expertos y administradores y los procedimientos mediante los cuales se determinen las condiciones de implicación de los trabajadores). Asimismo, nótese que en el caso que estamos analizando de absorción de una sociedad íntegramente participada serían aplicables las simplificaciones del contenido del proyecto a las que hace referencia el artículo 49.1 LME (excepto las de los artículos 31.9 –valoraciones del activo y pasivo de las sociedades que se extinguen– y 10 –fecha de las cuentas utilizadas para establecer las condiciones en que se realiza la fusión–).

En relación con el proyecto común de fusión ténganse en cuenta las siguientes consideraciones prácticas:

- La preparación del proyecto común de fusión exige tener que ir incluyendo los distintos requisitos que exigen las leyes nacionales de las distintas sociedades involucradas en la fusión;
- Si quiere evitarse la necesidad de realizar traducciones juradas del proyecto (con los costes que ello implica) cabría la posibilidad de realizar el proyecto en varias columnas (una con cada idioma). El problema con el que nos hemos encontrado en la práctica en algún caso es que ciertos Registros Mercantiles plantean la necesidad de que se le presente una traducción jura-

da al castellano si en el proyecto se hubiera incluido la típica mención de que, en caso de conflicto entre las versiones en distintos idiomas, prevalece la versión no española del proyecto (la de la absorbente). En algunos casos hemos podido evitar la traducción si el proyecto guardaba silencio sobre la prevalencia de la versión en una lengua sobre otra, aunque la solución no está exenta de potenciales problemas en el caso de que existan divergencias entre las distintas versiones del proyecto;

- Será necesario coordinar los distintos requisitos que plantean las disparidades de normativa aplicable en cuanto a las formalidades, momento de depositar el proyecto y publicidad del mismo y que, además, hacen que la ley de la sociedad con mayores plazos vaya lastrando el calendario de la operación; y
 - En la práctica nos hemos encontrado, en algunos casos, con problemas derivados de los distintos tipos de fusiones existentes en las distintas jurisdicciones. Esto se debe a que el artículo 24 de la Tercera Directiva regulaba la absorción de sociedades íntegramente participadas pero no otros supuestos de fusiones simplificadas como, por ejemplo, las fusiones gemelares o entre hermanas.
- iii. Frente a lo que ocurre en el caso de fusión de sociedades españolas íntegramente participadas, en el caso de fusiones transfronterizas, no podrá prescindirse del informe del órgano de administración, tal y como establecen los artículos 49.2 y 60 LME. Dicho informe deberá incluir la opinión de los representantes de los trabajadores si se ha recibido en un momento anterior a la emisión del informe.
 - iv. En el caso de absorción de sociedad íntegramente participada, se podría prescindir del informe del experto de conformidad



con el artículo 49.2 LME si no estuviéramos en un supuesto en el que se emitan nuevas acciones. De emitirse acciones, entendemos que habrá que estar a lo que exija la normativa del Estado de la sociedad absorbente (sobre todo, en cuanto a la necesidad del informe, al menos, en lo relativo a si el patrimonio aportado por las sociedades que se extinguen es, como mínimo, igual al importe del aumento del capital de la sociedad absorbente).

- v. Nótese que, aunque el artículo 8.2 de la Directiva de Fusiones Transfronterizas hace referencia a la posibilidad de que las distintas sociedades nombren a un único experto independiente para las distintas jurisdicciones, en la práctica esto podría no ser posible porque es cada una de las autoridades competentes en cada Estado miembro la que designa al experto independiente (González-Meneses, M., Álvarez, S., 2011).

b) Fase decisoria de la fusión

En relación con la fase decisoria téngase en cuenta lo siguiente:

- i. En cuanto a la aprobación de la fusión por las juntas de socios de las sociedades involucradas, en la fusión transfronteriza la única particularidad que establece la LME (art. 61) es la posibilidad de condicionar la realización de la fusión a la ratificación de las disposiciones decididas para la participación de los trabajadores en la sociedad resultante de la fusión transfronteriza. En el caso que estamos analizando la fusión se someterá también a la condición suspensiva de la autorización del Ministerio de Economía y Competitividad («ME») a la que se hará referencia posteriormente y a otras condiciones que resulten de aplicación.
- ii. En lo relativo a todo el procedimiento de participación de los trabajadores, téngase en cuenta que en un caso como el que esta-

mos estudiando, donde una sociedad española es absorbida, la normativa que rige todo el potencial procedimiento de negociación, en el caso de que sea aplicable, será la normativa del Estado miembro de la sociedad absorbente. La normativa española tan sólo contempla algunas cuestiones puntuales como, por ejemplo, el método utilizado para el nombramiento de los miembros de la sociedad española que participen en el órgano especial de negociación. En cualquier caso, si en ninguna de las sociedades involucradas en la fusión existen derechos de cogestión o si no se cumplen los umbrales establecidos en la Directiva de Fusiones Transfronterizas (art. 16.2) o en la normativa aplicable, no será necesario iniciar al procedimiento de negociación con las complicaciones que trae aparejadas, tanto desde el punto de vista material como de impacto en el calendario de la operación (ya que el periodo de negociación podría demorarse hasta un máximo de 6 a 12 meses desde la fecha de constitución del órgano especial de negociación).

- iii. En relación con la aprobación por la Junta de la sociedad española absorbida, téngase en cuenta que, dado que el supuesto que estamos analizando es el de una fusión de sociedad íntegramente participada, no será necesaria dicha aprobación. Obviamente, en cuanto a los requisitos aplicables a la Junta de la absorbente habrá que estar a lo que disponga su ley nacional²².
- iv. Una vez aprobada la fusión por las Juntas de la(s) sociedad(es) relevantes (y realizadas las publicaciones oportunas), se puede iniciar el procedimiento de autorización administrati-

²² Nótese que en derecho español sería posible prescindir de la Junta de la absorbente (si ésta hubiera sido española) siempre que se cumplan los requisitos del artículo 51 LME. Véase, por ejemplo, también en el contexto de una fusión transfronteriza intracomunitaria, aunque no en el sector seguros, la operación de fusión por absorción de Brasicel NV por parte de Telefónica, S.A.



va de la fusión al que se hace referencia en el apartado 11.3.3.2. posterior.

c) Fase de ejecución de la fusión

En relación con la fase de ejecución de la fusión habría que tener en cuenta especialmente lo siguiente:

- i. No hay ninguna particularidad específica en relación con el derecho de oposición de acreedores y obligacionistas aplicable a la sociedad española absorbida, que podrá ejercitarse en el plazo de un mes desde la publicación de la fusión. Sin embargo, téngase en cuenta que esta es una de las normas en las que existe una gran divergencia dentro del EEE, tanto en cuanto al contenido, como a los plazos y al momento en el que opera el derecho de oposición en distintos Estados miembros, ya que el artículo 13 de la Tercera Directiva no establecía ningún tipo de armonización en cuanto a plazos o al momento de ejercicio de este derecho. De hecho esta es una de las cuestiones que se está actualmente pensando en mejorar a nivel comunitario su armonización de cara a agilizar los procesos de fusiones transnacionales.
- ii. El artículo 58 LME establece la posibilidad de que el gobierno español establezca condiciones por razón de interés general a una fusión transfronteriza en la que participa una sociedad española, como haría en una fusión interna. Esta norma hay que entenderla enmarcada en los límites que establece la propia Jurisprudencia comunitaria en torno al concepto de «interés general» y no podrá servir como cajón de sastre para establecer límites y condiciones específicos a las operaciones transfronterizas intracomunitarias.
- iii. El artículo 62 LME establece que aquellos socios de las sociedades españolas que participen en una fusión transfronteriza intra-

comunitaria y que voten en contra del acuerdo de fusión (esto es, no en blanco o con voto nulo) cuya sociedad resultante tenga su domicilio en otro Estado miembro podrá separarse de la sociedad conforme a lo establecido en el título IX LSC. En el supuesto que estamos analizando de sociedades íntegramente participadas este derecho de separación no tiene relevancia práctica, aunque, obviamente, si nos encontramos con la integración de sociedades en las que existen accionistas minoritarios, sí podría tenerlo.

- iv. En cuanto a la formalización de la fusión de la sociedad española involucrada en la fusión la LME, no se establece ninguna particularidad específica, por lo que será necesario que conste en escritura pública, que, asumimos que se otorgará, en principio, ante un Notario español.

v. Procedimiento de control de la fusión

En primer lugar, la autoridad competente –del Estado miembro correspondiente– para controlar la legalidad de los actos y trámites previos a la fusión deberá certificar el cumplimiento de dichos actos y trámites de conformidad con la normativa nacional aplicable. Esta es la denominada certificación previa de la fusión que, en el caso de sociedades españolas, será emitida por el Registrador Mercantil del domicilio social de la sociedad española una vez analizada la escritura pública de fusión (art. 64 LME) y que, en el caso de fusiones de sociedades aseguradoras, estará supeditada a la obtención de la autorización regulatoria pertinente (*vid.* apartado 11.3.3.2 posterior). Dicha certificación previa se entregará a la sociedad que deberá encargarse de apostillarla y de obtener una traducción jurada para posteriormente remitirla junto con el proyecto común de fusión, en el plazo máximo de seis meses, a la autoridad competente encargada de realizar el control de legalidad último que se menciona a continuación.



En segundo lugar, la autoridad competente²³ de la sociedad absorbente deberá realizar un control de legalidad último en el que controlará especialmente que: (i) las sociedades que se fusionan hayan aprobado el proyecto común de fusión en los mismos términos; y (ii) la adecuación de las disposiciones sobre participación de los trabajadores.

Este procedimiento plantea numerosos problemas en la práctica debido a la falta de coordinación entre las autoridades involucradas en los distintos Estados miembros. A pesar de que el artículo 13.2 de la Directiva de Fusiones Transfronterizas establece la obligación de notificación por parte del registro competente de la sociedad resultante de la fusión a las distintas autoridades competentes de las sociedades involucradas en la fusión para que procedan a realizar las cancelaciones necesarias en los registros en los que están inscritas dichas sociedades, en la práctica nos encontramos con que no se están realizando dichas notificaciones y con que corresponde a las partes involucradas en la fusión proceder a coordinar este proceso. Este es uno de los temas en los que claramente era conveniente una mejor armonización. Recientemente se ha aprobado la Directiva 2012/17/UE, de 13 de junio de 2012, en lo que respecta a la interconexión de los registros centrales, mercantiles y de sociedades (la «Directiva de Interconexión de Registros») por la que se modifica, entre otras, la Directiva de Fusiones Transfronterizas. Como pone de manifiesto el expositivo 3 de dicha norma *«las fusiones de carácter transfronterizo han hecho que la cooperación cotidiana entre registros mercantiles sea una necesidad. [...] Sin embargo, no existen canales de comunicación establecidos que puedan accele-*

rar los procedimientos, coadyuvar a superar la barrera del idioma y aumentar la seguridad jurídica».

Esta Directiva, que deberá incorporarse en los Estados miembros antes del 7 de julio de 2014, crea un sistema de interconexión entre los registros y obliga a que el registro en el que se inscriba la sociedad resultante de la fusión transfronteriza notifique sin demora, a través del citado sistema de interconexión a los registros de cada una de las sociedades absorbidas, que se ha realizado la fusión transfronteriza. La baja en el registro de la sociedad absorbida se producirá en el momento de recepción de dicha notificación.

vi. Efectividad de la fusión

Tal y como establece el artículo 12 de la Directiva de Fusiones Transfronterizas, la legislación del Estado miembro a la que está sujeta la sociedad resultante de la fusión transfronteriza determinará la fecha de efectividad de la fusión que deberá ser posterior en todo caso a la realización del control de legalidad contemplado en el apartado v. anterior. Por lo tanto, habrá que estar a lo que disponga la normativa aplicable en cada caso. Este es un tema muy relevante en la práctica, sobre todo, por las consecuencias que se derivarían de que una fusión transfronteriza intracomunitaria se considere realizada en uno o en otro ejercicio (por ejemplo, en relación con la retroactividad contable).

vii. Publicidad

No hay ninguna obligación de publicidad específica, por lo que habrá que atender a la normativa aplicable en cada una de las sociedades involucradas. En la práctica esto supone que habrá que ir cuidadosamente analizando las distintas publicaciones (proyecto, derecho de oposición etc.) y plazos en las distintas jurisdicciones para asegurarse de que no se generan problemas durante el proceso.

²³ En el caso en que la absorbente o la resultante de la fusión sea una sociedad española, la autoridad competente, según lo dispuesto en el artículo 65 de la LME, será el Registrador Mercantil del domicilio social de dicha sociedad.



11.3.3. ASPECTOS REGULATORIOS

11.3.3.1. *Reorganización previa y aplicación del régimen de participaciones significativas*

Como comentábamos anteriormente, en la práctica, en función de cuál sea la situación accionarial de las sociedades del grupo que se van a sucursalizar, a veces se producen reorganizaciones accionariales previas a efectos de que posteriormente pueda ser aplicable el régimen simplificado de fusiones transfronterizas intracomunitarias de sociedades íntegramente participadas (con las ventajas antes comentadas desde el punto de vista societario en la aplicación del procedimiento). De ser este el caso, habrá que tener en cuenta la regulación del régimen de control de toma de participaciones en entidades aseguradoras (arts. 22 bis, 22 ter y quáter del Real Decreto Legislativo 6/2004 que aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados («LOSSP») y reaseguradoras (art 58 bis 6 LOSSP) españolas y la necesaria obtención, en su caso, de la no oposición de la DGSFP (o la aprobación por silencio positivo) a dicha reorganización. Asimismo, en relación con el calendario para ejecutar la reorganización accionarial en cuestión, habrá que tener en cuenta que la DGSFP tiene un plazo máximo de 60 días hábiles para examinar dicha operación a contar desde la fecha en que acusó recibo de la notificación correspondiente.

11.3.3.2. *Requisitos regulatorios en relación con la sucursal*

Nótese que la posición de la DGSFP en procesos de sucursalización es que la sucursal esté constituida y nombrado el representante fiscal antes del otorgamiento de la autorización regulatoria a la fusión. Esto hace que en el caso de que la entidad absorbente no esté ya operando en libertad de establecimiento a través de una sucursal, tenga que tener también en cuenta a efectos de calendario no sólo el proceso de constitución de la

nueva sucursal desde el punto de vista mercantil mencionado anteriormente, sino el procedimiento descrito en el artículo 83 LOSSP en relación con la utilización del, comúnmente conocido como, pasaporte comunitario (que podría llevar un máximo de cinco meses: (i) tres del Estado miembro de origen de la absorbente para realizar la notificación a la DGSFP desde que recibe la solicitud de la entidad aseguradora que quiere operar en libertad de establecimiento; y (ii) dos de la DGSFP para comunicar las condiciones en que, por razón de interés general, deben ser ejercidas dichas actividades). Este procedimiento, si no se hubiera llevado antes, se podría llevar a cabo en paralelo con el inicio del procedimiento mercantil de fusión y en paralelo con el procedimiento de autorización regulatoria.

11.3.3.3. *Autorización regulatoria de la fusión*

El artículo 24 LOSSP regula las fusiones de entidades aseguradoras y se remite a la aplicación a las mismas del régimen de cesión de cartera entre entidades aseguradoras españolas (en concreto, al artículo 23.1 LOSSP apartados (a) a (d), ambos incluidos), que comprende, entre otras cuestiones, la necesaria autorización de la fusión por parte del ME. Esta norma, que estaba pensada para la fusión entre entidades aseguradoras españolas, se ha aplicado también a las fusiones transfronterizas intracomunitarias con ciertos ajustes también derivados, como veremos posteriormente, de la aplicación de las mismas soluciones que las aplicadas por la normativa de cesión de cartera cuando la fusión traía aparejada que los contratos suscritos por la entidad aseguradora española pasaran a estar en régimen de derecho de establecimiento (como será el caso en todo proceso de sucursalización), tal y como regula el artículo 50.4 LOSSP²⁴.

²⁴ Este precepto se introdujo por la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía Sostenible y vino a codificar el criterio que la DGSFP venía aplicando en la práctica a las fusiones transfronterizas y al que haremos referencia posteriormente al describir el procedimiento de autorización y sus efectos.



A continuación pasamos a analizar los principales hitos del procedimiento de autorización de la fusión por parte del ME y su procedimiento (art. 72 del Real Decreto 2486/1988 que aprueba el reglamento de ordenación y supervisión de los seguros privados («ROSSP»)), así como los efectos con la idea de identificar áreas de posibles mejoras en la regulación de dicho procedimiento. A estos efectos haremos, asimismo, referencia al APLSSP:

a) El procedimiento se inicia con la solicitud de autorización de la fusión ante la DGSFP, que incluirá la documentación a la que hace referencia el artículo 72.1 ROSSP. Este procedimiento podría iniciarse tan pronto como los órganos competentes de las sociedades involucradas en la fusión hayan adoptado el acuerdo de fusión y se hayan llevado a cabo las publicaciones oportunas, ya que estos serán parte de los documentos que deben aportarse.

En relación con la solicitud de autorización y el tipo de documentación que se solicita, nos gustaría llamar la atención sobre los siguientes extremos:

i. La redacción actual del artículo 72 ROSSP sigue haciendo referencia a determinadas cuestiones societarias que han sido modificadas por la LME. Sirven los siguientes ejemplos para ilustrar a qué nos referimos:

- el artículo 43 LME simplificó los requisitos de publicidad del acuerdo de fusión exigiendo que se publicará en el BORME y en un diario (salvo en casos de comunicaciones individuales a socios y acreedores), mientras que el artículo 72 c) ROSSP sigue exigiendo la publicación en el BORME y en dos periódicos. Nos consta que la DGSFP, con buen criterio, no aplica la interpretación literal de esta norma, y no exige más publicaciones que las que establece la LME pero en cualquier caso sería conveniente que en la redacción del futuro reglamento se procediera a adaptar esta cuestión; y

- el artículo 36 LME permite utilizar un balance de fusión de fecha 3 meses anterior a la fecha del proyecto de fusión (no del acuerdo) mientras que el 72 d) ROSSP sigue haciendo referencia a que la fecha de referencia para las cuentas es la del acuerdo y no la del proyecto y se sigue haciendo referencia a 6 meses y no a 3. Entendemos que la DGSFP viene exigiendo en el caso de que se utilice un balance de situación *ad hoc* que este sea, al menos 3 meses, anterior a la fecha del acuerdo y no del proyecto. Cabría plantearse en qué medida debería existir esta disparidad de criterio entre la normativa regulatoria y mercantil y si no sería conveniente que en la futura reforma del ROSSP se alineara este aspecto con la normativa mercantil.

Finalmente, téngase en cuenta que el artículo 92.2 APLSSP recoge que en todo lo no regulado expresamente por el APLSSP y por su reglamento de desarrollo y, en la medida en que no se oponga a ello, se aplicará a la fusión de entidades aseguradoras lo dispuesto en la LME. Dado el tenor literal del precepto propuesto que impide la aplicación de la LME en la medida en que se oponga al APLSSP o a su reglamento de desarrollo, sería necesario que la redacción del futuro reglamento se adapte a las modificaciones societarias introducidas por la LME.

ii. Recibida la solicitud de autorización, analizará si la solicitud está completa y requerirá la información adicional que sea necesaria. Del mismo modo, autorizará las publicaciones que darán inicio al procedimiento de información pública descrito a continuación. Asimismo, comunicará a las distintas autoridades supervisoras de seguros del EEE la solicitud de autorización que tendrán tres meses para contestar, tal y como se indica en el párrafo b) i) posterior.



El artículo 72.2 ROSSP exige que la entidad aseguradora publique en dos diarios (uno de la provincia en la que tenga su domicilio social y otro nacional) dando a conocer el proyecto de fusión y advirtiendo a los tomadores de su derecho a comunicar las razones por las cuales pudieran estar disconformes con la fusión en el plazo de un mes desde la última de las comunicaciones.

- b) Transcurrido el mes de información pública, la DGSFP suele esperar unos días adicionales por si se hubiera retrasado la entrega de alguna carta de los tomadores y, posteriormente, procederá a elaborar su informe proponiendo al ME la aprobación o denegación de la fusión. Habrá que tener en cuenta también a efectos de calendario los días que se demore la Orden Ministerial correspondiente en la que se proceda a aprobar o denegar la operación.

En relación con la aprobación por parte de la fusión por el ME y los efectos de dicha aprobación, nos gustaría llamar la atención sobre las siguientes cuestiones:

- i. El artículo 50.4 LOSSP, además del derecho a resolver los contratos de seguros al que haremos referencia posteriormente, recoge ciertas particularidades del procedimiento de fusión transfronteriza comunitaria donde la entidad absorbida es una entidad española. Se establece la necesidad de obtener (i) conformidad del Estado miembro del compromiso o localización del riesgo; (ii) certificación de que la absorbente tiene los fondos propios para cubrir el capital de solvencia obligatorio expedida por la autoridad supervisora del Estado miembro de origen de la absorbente; y (iii) si hay contratos de la absorbida en régimen de derecho de establecimiento de la consulta a la autoridad supervisora del Estado miembro de la sucursal.

Nótese que si los Estados miembros no contestan a las solicitudes de conformi-

dad, certificación y consulta mencionadas anteriormente en el plazo de 3 meses desde su recepción, se entenderá otorgada tal conformidad, expedida la certificación y evacuada la consulta respectivamente. En cualquier caso, no será posible proceder a la autorización pertinente antes de pasados los citados tres meses, a no ser que se hayan obtenido todas las contestaciones relevantes de los Estados miembros.

- ii. El artículo 72.3 ROSSP establece que la Orden del ME por la que se autorice la fusión «*declarará la extinción y cancelación en el Registro Administrativo de las entidades aseguradoras que hayan de extinguirse*» (en nuestro caso, la entidad aseguradora española absorbida). Asimismo, el artículo 72.5 ROSSP establece que «*la autorización administrativa para el ejercicio de la actividad aseguradora concedida a las entidades fusionadas o absorbidas caducará automáticamente*».

La dicción literal de estos preceptos plantea claramente el problema del momento de eficacia de la cancelación de las autorizaciones (y extinción y cancelación en el registro de la entidad absorbida) que se pueden observar todavía con mayor nitidez en el contexto de fusiones transnacionales donde, como consecuencia del procedimiento mercantil aplicable a este tipo de operaciones, pueden pasar varias semanas (o incluso meses) entre el momento en el cual el ME autoriza la operación de fusión y el momento en el cual la fusión es efectiva y despliega todos sus efectos. Pensemos, por ejemplo, en el supuesto en el que una entidad española es absorbida por una entidad aseguradora irlandesa donde será necesario, una vez que los trámites mercantiles de la fusión se han cumplimentado en España tras la autorización regulatoria pertinente, llevar a cabo un procedimiento judicial en Irlanda que podría extenderse varias semanas antes de que



el proceso de fusión se dé por finalizado y se pueda proceder a las inscripciones en los registros pertinentes. La entidad que va a ser absorbida continúa operando hasta que sea efectiva la fusión (lo que dependerá del resultado del procedimiento judicial irlandés) y, en principio, si no se matiza el hecho de que la autorización regulatoria de la fusión implicará regulatoriamente la revocación de la autorización de la entidad absorbida y la extinción y cancelación en el registro de la misma, la entidad absorbida no estaría teóricamente legitimada para seguir operando desde el momento mismo de la autorización. Esta cuestión que pusimos de manifiesto en el contexto de una operación transfronteriza se ha venido solventando en la práctica por el ME al incluir en la orden ministerial de autorización de este tipo de operaciones una matización sujetando la extinción de la autorización de la absorbida en el Registro a la formalización «*de la operación de fusión en escritura pública y a que se cumplimenten los trámites registrales previstos para las fusiones transfronterizas en la legislación mercantil*»²⁵.

Conceptualmente este problema se da también en las operaciones nacionales. Lo que ocurre es que en esos casos transcurre menos tiempo entre el momento de autorización de la operación por parte del ME y el momento en que se cumplimentan los trámites mercantiles necesarios para que la fusión despliegue todos sus efectos (básicamente, elevación a escritura pública e inscripción en el Registro Mercantil)²⁶.

Por todo ello, entendemos que debería sujetarse la eficacia de la cancelación de las autorizaciones pertinentes en este tipo de operaciones al momento en que la operación en concreto que se esté aprobando devenga eficaz desde el punto de vista mercantil y así debería recogerse expresamente en el futuro ROSSP.

- c) En todos los procesos de sucursalización nos vamos a encontrar con que, como consecuencia de la fusión los contratos de la entidad aseguradora absorbida, pasan a estar en régimen de derecho de establecimiento (esto es, pasan a la sucursal de la absorbente que opera en España), con lo cual, de conformidad con el artículo 50.4 LOSSP, los tomadores de seguros tendrán un derecho de resolución equivalente al que se otorga a la cesión de cartera en un caso similar.

De acuerdo con el artículo 70.7 ROSSP, los tomadores deberán recibir una notificación individual en relación con este derecho de resolución y el ejercicio de dicho derecho podrá ser ejercitado en el plazo de un mes, teniendo el tomador derecho además al reembolso de la parte de prima no consumida.

En relación con este derecho de resolución, nos gustaría plantear las siguientes cuestiones:

- i. En cuanto al momento del ejercicio del derecho de resolución, entendemos que el derecho de resolución que se otorga a los tomadores debería ejercitarse o, al menos, hacerse efectivo, desde el momento en el que la fusión en concreto deviene eficaz y no hay posible marcha atrás (o, alternativamente, condiciona la eficacia de dicho derecho de resolución al momento en que la fusión despliegue

²⁵ Véanse por ejemplo en este sentido el contenido de las órdenes ministeriales EHA/2749/2010 y EHA/312/2011 en relación con dos procesos de sucursalización en el que las entidades aseguradoras españolas eran las absorbidas.

²⁶ Nótese que, por ejemplo, en la Orden EHA/1595/2010 de autorización de la fusión por absorción del Banco Vitalicio por parte de La Estrella, tan sólo unos meses antes de las fusiones transfronterizas antes citadas no se sujeta la extin-

ción y cancelación en el Registro Administrativo al otorgamiento de escritura pública y a que se cumplimenten los trámites registrales para la eficacia de la fusión. Tan sólo se indica que se acuerda «*Declarar la extinción y cancelación en el Registro administrativo de entidades aseguradoras de la entidad (...) de conformidad con lo previsto en el artículo 72.3 del citado Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguro Privado*».



todos sus efectos). Siguiendo con el ejemplo anterior en el que una entidad aseguradora española es absorbida por una entidad irlandesa, con la normativa actual podríamos encontrarnos con un caso en que el ME aprueba la fusión y se les otorga a los tomadores un derecho de resolución de las pólizas cuando los trámites de la fusión no han terminado. Imagínense una situación en la que los tribunales irlandeses al final no proceden a aprobar la fusión por adolecer de algún defecto o se decide, por algún motivo, no llevar adelante la fusión. ¿Qué ocurre con aquellos tomadores que han ejercitado su derecho de resolución? Parece difícil que se pueda retrotraer de alguna manera la situación de un tomador que ya ha resuelto su póliza. Teniendo en cuenta esto, ¿no tendría más sentido que el derecho de resolución se pudiera ejercitar desde el momento en el cual la fusión devino eficaz y desplegó todos sus efectos o que se condicionen los efectos del ejercicio de dicho derecho al momento en que la fusión deviene eficaz?

De nuevo, las fusiones transnacionales ponen de manifiesto desajustes en el sistema y efectos de autorización que estaban pensando en operaciones nacionales y que se acrecientan cuando se ponen en el contexto de operaciones transfronterizas donde su ejecución se complica, los plazos se alargan y la coordinación entre la normativa administrativa y societaria no es siempre fácil.

- ii. Otro tema que ha sido objeto de bastante discusión es en qué medida el otorgar un derecho de resolución pudiera ser contrario a la libertad de establecimiento. Se argumenta que sería *per se* contrario al derecho comunitario otorgar tal derecho en el caso en el cual una entidad española sea absorbida por otra entidad del EEE. En mi opinión el tema no es tan evidente y hay que tener en cuenta varios aspectos:

- Todo el procedimiento de autorización de fusiones y otras modificaciones estructurales se ha ido diseñando pivotando sobre la filosofía que se desprende de la regulación de la cesión de cartera²⁷, aunque con ciertas matizaciones. Al fin y al cabo la fusión trae aparejada que entre los activos y pasivos de la sociedad absorbida que se disuelve sin liquidación y que son adquiridos por la sociedad resultante de la fusión esté la totalidad de la cartera.
- La normativa comunitaria permite expresamente en casos de cesión de cartera a los Estados miembros otorgar dicho derecho de resolución a los tomadores (art. 39 Directiva Solvencia II).
- A la luz de los requisitos que exige la jurisprudencia comunitaria en cuanto a la admisibilidad de determinadas restricciones a la libertad de establecimiento la clave estaría en una posible justificación de este derecho sobre la base de razones de interés general, tales, como, por ejemplo, la protección de los tomadores que, como consecuencia de la operación de sucursalización, pasan a tener la relación aseguradora con una entidad sujeta a la legislación de otro Estado miembro, lo que podría tener consecuencias de diversa índole, por ejemplo, en situaciones concursales. Aunque no es directamente extrapolable, nótese, por ejemplo, que, desde el punto de vista societario, en el caso de fusiones transfronterizas en las cuales la sociedad española sea la absorbida o de traslado de domicilio de sociedades españolas al extranjero se otorga a los socios de la sociedad española que votaron en contra de dicha operación un derecho de separación, precisamente, por las implicaciones derivadas del cam-

²⁷ De hecho en algunos Estados miembros (por ejemplo, Francia) las fusiones se analizan regulatoriamente como cesiones de cartera.



bio de ley aplicable como consecuencia de la operación en cuestión.

- iii. Otro tema relevante en la práctica en relación con esta cuestión es la necesidad de que se realicen notificaciones individuales a los tomadores de seguro, tal y como exige el artículo 70.7 ROSSP, a los efectos de que estos puedan ejercitar el derecho de resolución. En la práctica estas notificaciones, aunque no es legalmente necesario, se suelen hacer por correo certificado para poder demostrar que el tomador ha recibido la carta en cuestión o para reducir coste, mediante la utilización de una de las empresas que certifican junto con Correos que se han enviado determinado número de cartas a determinadas zonas. A mi entender, cabría plantearse otras fórmulas que minimicen costes como, por ejemplo, el envío de comunicaciones por email (siempre que el tomador hubiera aceptado esa vía para las comunicaciones con la entidad aseguradora) y, en cuyo caso, se podría contratar los servicios de alguna empresa que permita certificar el envío de dichos emails.
 - iv. En la práctica, y en función del tipo de seguro que se haya contratado no siempre será fácil determinar el reembolso de la parte de prima no consumida en caso de ejercicio del derecho de resolución.
- d) Autorizada la fusión, se procede al cumplimiento del resto de requisitos mercantiles mencionados anteriormente. Esto es, otorgamiento de la escritura pública de fusión en España, de la certificación previa de la fusión y de los trámites necesarios en el Estado miembro de la entidad absorbente para proceder a la efectividad de la fusión. Nótese que el artículo 72.4 ROSSP, asimismo, exige que se notifique a la DGSFP copia de la escritura de la fusión y de la pertinente inscripción en el Registro Mercantil. De nuevo este artículo está pensado en un contexto de fusiones nacionales y obviamente habrá que

entenderlo adaptado en el contexto de las fusiones transnacionales a la presentación del documento que acredite la efectividad de la fusión según la normativa del Estado de la absorbente. A nuestro entender, sería conveniente que se establecieran mecanismos de coordinación entre las entidades mercantiles y regulatorias a estos efectos.

Finalmente, nótese que tan sólo el proceso regulatorio que se acaba de describir tardará en la práctica, al menos, alrededor de 5 meses con el impacto que, a su vez, tendrá en el calendario de la operación. Entendemos que sería deseable que se trataran de reducir los plazos en el procedimiento de autorización por el impacto que tienen en la operación en su conjunto. En este sentido habrá que estar también a eventuales medidas de adicionales que se adopten a nivel comunitario sobre estos procedimientos de autorización que traten de estandarizar el proceso en los distintos Estados miembros y reducir los plazos, tal y como se hiciera en su momento en otros ámbitos a nivel comunitario (como, por ejemplo, en relación con el régimen de participaciones significativas).

11.3.4. OTRAS CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN CON EL PROCESO DE EJECUCIÓN DE ESTE TIPO DE OPERACIONES

Dada la complejidad y duración de la ejecución de estos procesos (al menos, alrededor de 8 meses), resulta esencial planificar y estudiar todos los aspectos relevantes antes de tomar la decisión de iniciarlos. En este contexto resulta, en nuestra experiencia capital:

- Realizar un proceso limitado de revisión legal (*due diligence*), por ejemplo, de (i) ciertos contratos esenciales del negocio que se va a sucursalizar de cara a analizar el impacto que pudiera tener la fusión en los mismos (piénsese, por ejemplo, en la existencia de cláusulas que permitan a la contraparte resolver los contratos incluso en casos como



el de una fusión en los que opera el principio de sucesión universal), (ii) del impacto de la operación en otras entidades en las que esté involucrada la sociedad absorbida —pensemos, por ejemplo, en *joint ventures* o AIEs, tan habituales en el mundo asegurador—, en las que la sociedad pueda participar.

- Analizar aspectos laborales, tales como, por ejemplo, si existe obligación de que la entidad absorbente ostente un régimen de participación de los trabajadores en la gestión, el régimen aplicable a la participación de los trabajadores en relación con el procedimiento de fusión, u otras cuestiones que puedan afectar al procedimiento (piénsese, por ejemplo, que en Francia el procedimiento de fusión no puede iniciarse hasta que se haya consultado al comité de empresa, lo cual puede tener un impacto en el calendario de la operación de entre varias semanas y meses dependiendo de los plazos de convocatoria de cada comité en cuestión).
- Analizar los aspectos fiscales. Aunque la operación de fusión estará acogida al régimen de neutralidad fiscal establecido en el Capítulo VIII del Título VII del Real Decreto Legislativo 4/2004 de 5 de marzo aprobando el texto refundido del impuesto de sociedades, —ya que este tipo de reorganizaciones se realizan, en principio, por un motivo económico válido distinto del fiscal—, el análisis de las implicaciones fiscales de la operación será siempre capital (pensemos, por ejemplo, en el análisis del impacto de la fusión en la fiscalidad de la AIE o en consecuencias derivadas de una eventual ruptura del grupo fiscal en España).
- Otras posibles autorizaciones o implicaciones regulatorias derivadas del negocio que se absorbe. Basten un par de ejemplos. Pensemos en una entidad aseguradora española que, a su vez, realiza la actividad de gestión de fondos de pensiones y que es cabecera de un grupo de empresas en España en el que existan sociedades gestoras de instituciones de inversión colectiva o

SICAVs —tan habituales en grupos de seguros que operan en el negocio de vida—. En este caso, habría que analizar los requisitos regulatorios desde el punto de vista de la normativa de fondos de pensiones, autorizaciones o notificaciones a la Comisión Nacional de Mercado de Valores (tanto en relación con una eventual reestructuración previa en la que la entidad absorbida pase a estar íntegramente participada por la entidad absorbente, como en relación con la posterior fusión). En este ejemplo que estamos analizando será también esencial avisar al cliente de los problemas que pueden surgir como consecuencia de que la entidad absorbida realice tanto la actividad aseguradora como la de gestión de fondos de pensiones. La normativa de gestión de fondos de pensiones/planes de pensiones no está armonizada a nivel comunitario excepto en materia de gestión de planes de pensiones de empleo (Directiva 200/41/EC). Con lo cual, en la práctica, un fondo de pensiones español no va a poder estar gestionado por una entidad aseguradora del EEE. Esto implicará que será necesario escindir/segregar el negocio de gestión de fondos de pensiones antes o, al menos, en paralelo con el proceso de fusión (por ejemplo, sometiendo la fusión a la condición suspensiva de la escisión/segregación del negocio de gestión de fondos de pensiones a favor de una sociedad española de nueva constitución).

Pensemos, asimismo, en potenciales problemas que podrían derivarse del tratamiento, a efectos de solvencia, de los productos de la entidad absorbida de forma que endurezca los requerimientos de solvencia en el Estado de la absorbente o de la existencia en la absorbida de ramos no armonizados (por ejemplo, decesos) que podrían no ser recibidos por la absorbente. Como ponen de relieve estos ejemplos, estas operaciones pueden resultar complicadas y necesitan de un análisis y una planificación muy exhaustiva de cara a mini-



mizar cualquier tipo de riesgos antes de tomar la decisión de su ejecución.

11.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Como consecuencia de Solvencia II, los grupos aseguradores se están replanteando cuáles son las estructuras idóneas para llevar a cabo la actividad aseguradora de manera más eficiente desde múltiples perspectivas: regulatoria, fiscal, contable o de gobierno corporativo, entre otras.
2. Los procesos de sucursalización son procesos de simplificación de estructuras societarias dentro de un grupo de sociedades, mediante la sustitución de sociedades filiales por sucursales de la sociedad operativa en cuestión que se considere conveniente dentro del grupo.
3. Desde una perspectiva española los procesos de sucursalización están afectando, fundamentalmente, a filiales de grandes grupos internacionales que deciden sucursalizar la totalidad o parte de sus negocios en el EEE (incluidas sus filiales España). Los grandes grupos aseguradores españoles históricamente han centrado sus procesos de expansión internacional en Hispanoamérica o actúan ya en el EEE, fundamentalmente, a través de sucursales (o en libre prestación de servicios), y, por lo tanto, en principio, parecen menos propicios a este tipo de procesos.
4. En cuanto a las razones que podrían justificar estos procesos cabría destacar lo siguiente:
 - La principal razón parece ser la de optimizar y flexibilizar la posición de capital de solvencia a nivel de grupo. En concreto:
 - La posibilidad de beneficiarse de los «efectos de diversificación» (que se tiene en cuenta en la configuración de los distintos módulos de riesgo que se utilizan para el cálculo de capital de solvencia obligatorio básico en Solvencia II) será más sencilla, en principio, para una sucursal que para una filial por el hecho de que se pueda demostrar, más fácilmente, dada la fungibilidad de su capital y la capacidad *per se* de compensar el resultado negativo de ciertos riesgos en unas jurisdicciones con el resultado más favorable de otras.
 - La motivación de aquellas empresas que han optado por sucursalizar sus negocios parece haber sido la de buscar la estructura más simple y más flexible que permita utilizar la posición global de capital del grupo en las distintas jurisdicciones en las que opere, evitando situaciones en las que se impidiera, por ejemplo, a una filial movilizar capital regulatorio hacia otra sociedad del grupo.
- La centralización y racionalización del cumplimiento de determinados requisitos regulatorios en una jurisdicción permitirá a aquellas entidades aseguradoras que opten por sucursalizar sus negocios obtener mayores eficiencias en sus procesos operativos relacionados con el cumplimiento normativo en relación con todos los Pilares de Solvencia II (lo que puede redundar en ciertos ahorros de costes), aunque estas eventuales eficiencias estarán condicionadas también, en parte, por las nuevas exigencias que pudiera demandar su supervisor de origen con respecto al negocio sucursalizado. Un buen ejemplo es el de la distinta documentación que exige el sistema de gobierno. Para un grupo que opere a través de sucursales, la cantidad de informes y documentación que debe entregar a los supervisores será sustancialmente más baja que la de un grupo con múltiples filiales donde deben cumplirse con los distintos requisitos de información y documentación a nivel de la matriz y de cada una de las filiales.



No obstante lo anterior, Solvencia II debe ser un proceso que involucre a toda la organización en la identificación y gestión del riesgo y, en ese sentido, los procesos de recopilación de información y de datos deberían ser similares con independencia de que se opere a través de sucursales o filiales.

- La fiscalidad desde el punto de vista de tributación en el Estado en el que se establece la sucursal o la filial no debería ser un factor que justifique por sí mismo los procesos de sucursalización. Sin embargo, sí pueden existir situaciones donde, a nivel de grupo, se obtengan ciertos beneficios fiscales en este tipo de procesos, sobre todo, cuando vengán acompañados de decisiones de centralizar la dirección efectiva del grupo en jurisdicciones con impuestos de sociedades más bajos.
 - Simplificación de procesos al operar a través de una entidad sin personalidad jurídica, incluidos aspectos de gobierno corporativo. Se evita la problemática derivada de las limitaciones que pudiera imponer el derecho societario de cada una de las jurisdicciones involucradas a cuestiones tales como la relación entre el interés social y el interés del grupo, el régimen de conflicto de intereses de los consejeros, la normativa de administradores de hecho y la eventual responsabilidad de los consejeros que actúan en interés del grupo y no necesariamente en interés de la filial.
5. Como demuestran varios de los procesos de sucursalización ejecutados hasta el momento, las entidades que han decidido sucursalizar sus negocios analizan también cuál es la jurisdicción más eficiente desde la que realizar estos procesos, poniéndose de manifiesto una cierta competencia entre ordenamientos del EEE.
 6. La forma habitual de ejecutar un proceso de sucursalización es a través de fusiones trans-

fronterizas en las que los activos y pasivos de la sociedad absorbida se asignan a una sucursal de la sociedad absorbente. Este es un proceso en general largo (al menos, alrededor de 8 meses e incluso más si implica procesos de reorganización previos) y complejo en el que resulta esencial un análisis y una planificación muy exhaustiva de cara a minimizar cualquier tipo de riesgos antes de tomar la decisión de iniciarlos.

7. La realización de este tipo de operaciones supone una forma de ejercer la libertad de establecimiento recogida en los artículos 49 y 54 del TFUE. En un mercado europeo cada vez más integrado las operaciones transfronterizas (no sólo las relacionadas con sucursalizaciones, sino con otros procesos de adquisiciones o reorganizaciones transfronterizas) seguirán ganando protagonismo, por lo que nos parece esencial optimizar estos procesos de cara a dotarlos de una mayor agilidad y seguridad jurídica. Hoy por hoy, las fusiones transfronterizas entre entidades aseguradoras son una realidad, pero una realidad susceptible de mejoras. Estas operaciones ponen de manifiesto ciertos desajustes entre distintos ordenamientos que se acrecientan en el contexto de operaciones transfronterizas donde su ejecución se complica, los plazos se alargan y la coordinación entre la normativa administrativa y societaria no es siempre fácil.

En concreto, del análisis realizado en el marco de la ejecución de procesos de sucursalización se proponen, entre otras, las siguientes sugerencias:

- Modificar la Directiva de Fusiones Transfronterizas con la idea de armonizar determinadas cuestiones (por ejemplo, en relación con el plazo para el derecho de oposición de acreedores²⁸) que permi-

²⁸ Nótese que hay divergencias muy significativas entre los distintos Estados miembros en cuanto al plazo para el ejercicio del derecho de oposición de acreedores que van de días/semanas a meses.



tan lograr acortar plazos (por ejemplo, incluir plazos máximos armonizados);

- Evitar incoherencias entre los requisitos regulados en el proceso mercantil de fusión que recoge la LME y aquellos que venga a recoger el futuro Reglamento de supervisión de los seguros privados (por ejemplo, en relación con la fecha elegida para los balances de fusión).
- La normativa aseguradora debería indicar expresamente (tal y como hace el ME en ciertas órdenes ministeriales) que la eficacia de la cancelación de las autorizaciones regulatorias pertinentes de las sociedades absorbidas quede aplazada al momento en que la fusión que se esté aprobando resulte eficaz desde el punto de vista mercantil.
- Dado que la incorporación al derecho de los Estados miembros de la nueva Directiva de Interconexión de Registros vendrá a mejorar claramente la coordinación entre los registros mercantiles automatizando las comunicaciones en este tipo de operaciones transfronterizas a través de una nueva plataforma, creemos que sería conveniente establecer, asimismo, la obligación de comunicación por parte del Registro Mercantil a la DGSEFP de la fecha de eficacia de la fusión tan pronto como reciba notificación del registro de la absorbente lo que redundaría en una mayor seguridad jurídica.
- En cuanto al momento del ejercicio del derecho de resolución que se otorga a los tomadores de la sociedad española absorbida, entendemos que debería permitirse su ejercicio sólo desde el momento en el que la operación de fusión devenga eficaz y no haya posible marcha atrás de la misma y no desde su autori-

zación por el ME (o, alternativamente, condicionar la eficacia de dicho derecho de resolución al momento en que la fusión despliegue todos sus efectos).

BIBLIOGRAFÍA

- ANDENAS, M. y WOOLDRIDGE, F.: *European comparative company law*, Cambridge University Press, 2009.
- CLARK, P., Mörk, L., Zou, J.: «Countdown to Solvency II: Driving capital efficiency», en *Boletín informativo de PWC*, 2010.
- DÍAZ RUIZ, E.: *Régimen jurídico de las sucursales en derecho español*, Madrid, Civitas, 1994.
- GONZÁLEZ-MENESES, M. y ÁLVAREZ, S.: *Modificaciones estructurales de las sociedades mercantiles*, Dykinson S.L., Madrid, 2011.
- KIRSHNER, J. A.: «A third way: regional restructuring and the *societas europaea*» en *Centre for Business Research, University of Cambridge*, Working Paper num. 385, Junio 2009.
- PANNIER, M.: «The EU Cross-Border Mergers Directive. A New Dimension for Employee Participation and Company Restructuring», *European Business Law Review*, Volumen 16, 2005.
- SÁNCHEZ CALERO, F.: *Los administradores en las sociedades de capital*, Madrid, Civitas. 2007.
- SERRANO CAÑAS, 2008: *El conflicto de intereses en la administración de sociedades mercantiles*, Bolonia, 2008.
- TAPIA HERMIDA, A.J.: «Aspectos jurídico-mercantiles de la fusión transfronteriza de sociedades anónimas cotizadas. Apuntes sobre un caso reciente desde la perspectiva del derecho español», *Revista de Derecho de Sociedades*, 1999, N.º 12 (1999).
- URÍA, R. y MENÉNDEZ, A.: *Curso de derecho mercantil* (Vol. I), Civitas, 1999.

PAPELES DE LA FUNDACIÓN

- Nº 1 Estudio para la mejora del Gobierno Corporativo, la Transparencia Informativa y los Conflictos de Interés.
- Nº 2 Guía de Principios de Buen Gobierno Corporativo, Transparencia Informativa y Conflictos de Interés en las Sociedades Cotizadas.
- Nº 3 Estudio sobre los efectos de la aplicación de las Normas Contables del IASB a los sectores cotizados de la Bolsa Española.
- Nº 4 Buen Gobierno, Transparencia y Ética en el sector público.
- Nº 5 Estudio sobre la Reforma de los Mercados Financieros Europeos (2 vols.):
 - Resumen del estudio en Español
 - Resumen del estudio en Inglés
- Nº 6 Guía de Buenas Prácticas para el desarrollo de la Junta General de accionistas de Sociedades Cotizadas.
- Nº 7 Observatorio de Gobierno Corporativo de las Grandes Sociedades Cotizadas en el Mercado de Valores español (Ibex-35), 2003.
- Nº 8 Índice de Excelencia Informativa de las Sociedades del Ibez-35 de la Bolsa Española IEI-FEF.
- Nº 9 Pensiones y Ahorro a largo plazo: un viejo problema en busca de nuevas soluciones.
- Nº 10 El ciclo del Capital Riesgo en Europa: su gestión y aportación de valor.
- Nº 11 España y las nuevas Perspectivas Financieras de la Unión Europea 2007-2013: Nuevos condicionantes, nuevos objetivos, nuevas estrategias.
- Nº 12 Diversidad de Género en los Consejos de Administración de las Sociedades Cotizadas y Cajas de Ahorros españolas.
- Nº 13 España y la nueva arquitectura económica y financiera internacional. El desafío del G-8.
- Nº 14 Observatorio de Gobierno Corporativos de las Grandes Sociedades Cotizadas en el Mercado de Valores español (Ibex-35), 2004.
- Nº 15 Índice de Excelencia Informativa de las Sociedades de la Bolsa Española IEI-FEF.
- Nº 16 La Responsabilidad Corporativa: una propuesta para un entorno empresarial más eficiente y socialmente comprometido.
- Nº 17 Observatorio sobre la Reforma de los Mercados Financieros Europeos (2006).
- Nº 18 Las Cajas de Ahorros: Modelo de Negocio, Estructura de la Propiedad y su Gobierno Corporativo.
- Nº 19 Observatorio de Gobierno Corporativo y Transparencia Informativa de las Sociedades Cotizadas en el Mercado Continuo Español 2006.
- Nº 20 Observatorio sobre el Gobierno de la Economía Internacional (2007).
- Nº 21 Observatorio sobre la Reforma de los Mercados Financieros Europeos (2007).
- Nº 22 Observatorio de Gobierno Corporativo y Transparencia Informativa de las Sociedades Cotizadas en el Mercado Continuo Español, 2007.
- Nº 23 El Papel de las Instituciones Públicas en las Operaciones de Control Corporativo Nacionales y Transnacionales.
- Nº 24 Instrumentos Financieros para la Jubilación.
- Nº 25 Observatorio sobre el Gobierno de la Economía Internacional (2008).
- Nº 26 La Filantropía: tendencias y perspectivas. Homenaje a Rodrigo Uría Meruéndano.
- Nº 27 Observatorio sobre la Reforma de los Mercados Financieros Europeos (2008).
- Nº 28 El sistema bancario español ante el nuevo entorno financiero.
- Nº 29 Observatorio de Gobierno Corporativo y Transparencia Informativa de las Sociedades Cotizadas en el Mercado Continuo Español, 2008.
- Nº 30 Situación actual y perspectivas de las Instituciones de Inversión Colectiva.
- Nº 31 Observatorio de la Economía Internacional (2009).

- Nº 32 Observatorio de Gobierno Corporativo (2009).
- Nº 33 La Ley Concursal y su aplicación.
- Nº 34 Observatorio sobre la Reforma de los Mercados Financieros Europeos (2009).
- Nº 35 Estudio sobre el Sector Asegurador en España.
- Nº 36 Nuevos Enfoques para Viejos Riesgos Financieros.
- Nº 37 Observatorio sobre la Reforma de los Mercados Financieros Europeos (2010).
- Nº 38 Estudio sobre el Sector Asegurador en España 2010. Los pilares cualitativos de Solvencia II.
- Nº 39 El Ahorro Familiar en España.
- Nº 40 Observatorio de Gobierno Corporativo, 2010.
- Nº 41 Los Nuevos Mercados Energéticos.
- Nº 42 Mecanismos de prevención y Gestión de futuras crisis bancarias.
- Nº 43 Las Economías emergentes y el reequilibrio global: retos y oportunidades para España.
- Nº 44 La crisis en Europa: ¿un problema de deuda soberana o una crisis del Euro?
- Nº 45 Pequeña y mediana empresa: impacto y retos de la crisis en su financiación.
- Nº 46 Observatorio sobre la Reforma de los Mercados Financieros Europeos (2012).
- Nº 47 Desapalancamiento y crecimiento en España.
- Nº 48 El sector Asegurador ante las transformaciones del Estado del Bienestar.

ENTIDADES PATRONO
de la Fundación de Estudios Financieros

BANCO SANTANDER, S.A
TELEFÓNICA, S.A
ENDESA, S.A
BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA
CITI
BANCO SABADELL
BANKIA
CLIFFORD CHANCE
ERNST & YOUNG
FIDELITY INTERNATIONAL, SUCURSAL EN ESPAÑA
FUNDACIÓN REPSOL
INDITEX
KPMG
LA CAIXA
MAPFRE
ZURICH ESPAÑA
BOLSAS Y MERCADOS ESPAÑOLES
URÍA & MENÉNDEZ
ACS
DELOITTE
FUNDACIÓN MUTUA MADRILEÑA
FUNDACIÓN PRICEWATERHOUSE COOPERS
INDRA SISTEMAS, S.A
FUNDACIÓN ABERTIS
CECA
BAKER & MCKENZIE
J& GARRIGUES, S.L

ENTIDAD FUNDADORA
INSTITUTO ESPAÑOL DE ANALISTAS FINANCIEROS