



UNIVERSIDAD PONTIFICIA
DE SALAMANCA

Máster en Dirección Aseguradora Profesional
Curso académico 2021

Memoria Fin de Máster

Análisis comparado del cálculo de las provisiones técnicas en vida:
contabilidad, Solvencia II e IFRS17.

Autor: Cristina Díaz Redondo

Tutor: Laura Torres Lasosa

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

En caso de obtener una calificación igual o superior a 8.0, autorizo la publicación de este trabajo en el centro de documentación de ICEA, de acceso libre y gratuito a través de internet.

- Sí, autorizo a su publicación.
- No, desestimo su publicación.

Firmado:

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y amigos, por acompañarme y sufrir conmigo una vez más otro año intenso de formación y trabajo. Gracias por ayudarme a relativizar cuando todo parecía demasiado.

A Laura, por acompañarme en el desarrollo de este trabajo y en el desarrollo de mi carrera. Gracias por ser la profesional y persona que eres.

A Plus Ultra, por poner en mi camino esta oportunidad y apostar por mi desarrollo.

Al equipo de ICEA y a todos los profesores, en especial a Laura y Mafe siempre atentas a todas nuestras peticiones y quejas.

Y a todos los compañeros de la promoción, gracias por todo lo que he aprendido de vosotros, sois el verdadero aprendizaje de este año.

ÍNDICE

OBJETIVOS	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1: LAS PROVISIONES TÉCNICAS EN LA CONTABILIDAD LOCAL	9
1.1. NORMATIVA APLICABLE	9
1.1.1. Antecedentes normativos	9
1.1.2. Normativa en vigor	12
1.2. PRINCIPIOS DE CÁLCULO DE LAS PROVISIONES TÉCNICAS	15
1.3. DEFINICIÓN DE PROVISIÓN Y COMPONENTES	17
1.3.1. Provisiones técnicas	17
1.3.2. Margen de Solvencia	19
1.4. MÉTODOS DE CÁLCULO	19
1.4.1. Método prospectivo	20
1.4.2. Método retrospectivo	20
1.5. BASES TÉCNICAS	21
1.5.1. Tipo de interés	22
1.5.1.1. Anteriores a 1999	22
1.5.1.2. Posteriores a 1999 y anteriores al 2015	23
1.5.1.3. Posteriores a 2015	26
1.5.2. Tablas de mortalidad	28
1.5.3. Gastos	30
CAPÍTULO 2: LAS PROVISIONES TÉCNICAS EN EL MARCO EUROPEO: SOLVENCIA II	31
2.1. NORMATIVA APLICABLE	31
2.2. PRINCIPIOS DE CÁLCULO DE LAS PROVISIONES TÉCNICAS	33
2.3. DEFINICIÓN DE PROVISIÓN Y COMPONENTES	35
2.3.1. Mejor estimación de las provisiones técnicas (BEL)	36
2.3.1.1. Límites del contrato	37
2.3.1.2. Grupos homogéneos de riesgo	37
2.3.2. Margen de riesgo	38
2.3.3. Medida transitoria de provisiones técnicas	38
2.4. MÉTODOS DE CÁLCULO	39
2.4.1. Fórmula estándar	39
2.4.2. Modelo interno	41
2.5. BASES TÉCNICAS	41
2.5.1. Tipo de interés	42

2.5.2.	Tablas de mortalidad	44
2.5.3.	Gastos	44
CAPÍTULO 3: LAS PROVISIONES TÉCNICAS EN EL MARCO INTERNACIONAL: IFRS 17		46
3.1.	NORMATIVA APLICABLE	46
3.1.1.	El IASB y los estándares contables internacionales	46
3.1.2.	El antecedente IFRS 4 y la transición a IFRS 17	47
3.2.	PRINCIPIOS DE CÁLCULO DE LAS PROVISIONES TÉCNICAS	48
3.3.	DEFINICIÓN DE PROVISION Y COMPONENTES	50
3.3.1.	Límites del contrato	51
3.3.2.	Agrupación de contratos	51
3.4.	MÉTODOS DE CÁLCULO	53
3.4.1.	Modelo general: <i>Building Block Approach</i>	53
3.4.2.	Modelo simplificado: <i>Premium Allocation Approach</i>	55
3.4.3.	<i>Variable Fee Approach</i>	56
3.5.	BASES TÉCNICAS	57
3.5.1.	Tipo de interés	57
3.5.1.1.	<i>Enfoque Bottom-up</i>	58
3.5.1.2.	<i>Enfoque Top-Down</i>	59
3.5.2.	Tablas de mortalidad	59
3.5.3.	Gastos	60
CAPÍTULO 4: COMPARACIÓN DE LOS TRES ENTORNOS		61
4.1.	COMPOSICIÓN DEL PASIVO Y ESTRUCTURA DEL BALANCE	61
4.2.	FLUJOS DE EFECTIVO DE LAS OBLIGACIONES	62
4.3.	LÍMITES DEL CONTRATO	64
4.4.	VALOR TEMPORAL DEL DINERO: TIPOS DE INTERÉS	65
4.5.	AGRUPACIÓN DE CONTRATOS	66
CONCLUSIONES TÉCNICAS		67
REFERENCIAS LEGALES		69
BIBLIOGRAFÍA		73
ANEXOS		75
ANEXO A: LÍNEAS DE NEGOCIO SEGÚN SOLVENCIA II		75
ANEXO B: GUÍA TÉCNICA 1/2020 DGSFP		78
ANEXO C: LISTADO DE NORMAS NIIF /NIC		89
ANEXO D: DETERMINACIÓN DE LOS LÍMITES DEL CONTRATO EN IFRS17		91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Evolución de las Leyes de Ordenación	15
Figura 2 Evolución del tipo máximo de la DGSFP 1999 – 2021	26
Figura 3 Evolución de la curva de tipos EIOPA 2016 – 2021	27
Figura 4 Evolución de normativa hasta Solvencia II	32
Figura 5 Fórmula Estándar para el cálculo del SCR	40
Figura 6 Ajuste por volatilidad 2016 - 2021	43
Figura 7 Agrupación de contratos en IFRS17	52
Figura 8 Comparación de estructura del pasivo	61

OBJETIVOS

Objetivo principal:

El objetivo principal que se persigue con la elaboración de este trabajo es profundizar en los tres entornos de cálculo de provisiones técnicas que van a convivir a partir de 2023 para las entidades con valores emitidos a cotización con la finalidad de poder así determinar sus similitudes y sus diferencias.

Objetivos secundarios:

Paralelamente al objetivo principal, con el desarrollo del trabajo se podrá también alcanzar los siguientes objetivos:

- Determinar los elementos comunes de los entornos que puedan facilitar a las entidades la adaptación a IFRS 17 y el reporte simultáneo bajo los tres entornos.
- De forma complementaria al objetivo anterior, determinar las divergencias de los tres entornos que dificultarán la adaptación a IFRS 17 y el reporte simultáneo bajo los tres entornos.
- Identificar posibles impactos o modificaciones necesarias en los entornos actuales que se producirán a consecuencia de la entrada en vigor de IFRS 17, especialmente en el régimen de valoración de Solvencia II.
- Recopilar los cambios normativos en materia de ordenación del sector asegurador del último siglo que han llevado a que el cálculo de las provisiones técnicas contables en los seguros de vida dependa de la fecha de efecto del contrato.
- Crear un documento único en el que se recogen los tres entornos de cálculo de provisiones técnicas que sirva de marco y de referencia

INTRODUCCIÓN

Las provisiones técnicas constituyen la principal partida del pasivo de las compañías aseguradoras, ya que representan todas las obligaciones derivadas de los contratos de seguro. En definitiva, constituyen la garantía principal, frente a sus asegurados, de que las obligaciones que han contraído con ellos, mediante los contratos de seguro, van a ser cumplidas. En el ramo de vida, donde nos encontramos con obligaciones a largo plazo, el papel de las provisiones técnicas es aún, si cabe, mucho más relevante.

Son estas obligaciones, derivadas de los riesgos asumidos en los contratos, las que, hacen precisamente que el sector asegurador sea uno de los más regulados que existen. Las diferentes leyes de ordenación del mercado asegurador, que han sido promulgadas, han puesto el foco en, por un lado, establecer los criterios necesarios para que una entidad aseguradora pueda operar como tal, entre los que se encuentra el cálculo de unas provisiones técnicas que sean suficientes y adecuadas para cubrir las obligaciones con los asegurados. Y, por otro lado, en garantizar que, más allá de las provisiones, las compañías cuenten con la solvencia necesaria para asumir los riesgos de los contratos de seguro, protegiendo así a los asegurados por encima de todo.

La primera ley de ordenación del mercado de seguros se publicó en España en 1908, bajo el nombre “Ley reguladora de las Compañías, Sociedades, Asociaciones y cualquier entidad que tenga por fin realizar operaciones de seguros”. Desde entonces, han sido varios los cambios de ley que se han promulgado, derogando en todo o en parte a las normas predecesoras, con el objetivo de ir adaptando la normativa española a la evolución del sector y a las circunstancias económicas y políticas de cada momento. Uno de los puntos de inflexión más importantes en este sentido fue la entrada de España en la Unión Europea, que trajo consigo la adopción de la normativa europea sobre el seguro privado, conocida como Solvencia I y Solvencia II. Por un lado, modificaba la normativa local y, por otro, además, ampliaba las obligaciones de información y los requerimientos de solvencia de las entidades aseguradoras.

Es en 2015, con la trasposición de la Directiva de Solvencia II al ordenamiento jurídico español a través de la Ley 20/2015, cuando se inicia la convivencia de dos entornos diferentes de cálculo de las provisiones técnicas: el entorno contable local, formado por todas las leyes y reglamentos de ordenación en vigor hasta el momento, y el entorno europeo o de Solvencia II.

A partir de entonces, los requisitos de solvencia que tienen que cumplir las entidades aseguradoras para poder operar son mucho más exigentes. Pero no solo se modifican y amplían los requerimientos cuantitativos, sino que, con la obligación de proporcionar

mayor información al mercado acerca de su situación financiera y garantizar que su sistema de gobierno es adecuado, se añaden, además, mayores requerimientos cualitativos.

Otro punto de inflexión importante será el que se produzca con la entrada en vigor de la normativa contable internacional para contratos de seguro, IFRS 17. Este estándar internacional, publicado por el IASB, cambia radicalmente la forma de contabilizar las operaciones de seguro y la presentación de los estados financieros contables, y con ello, la forma de cálculo de las provisiones. Su entrada en vigor está prevista para el 1 de enero de 2023, en un primer momento solo para las entidades con valores cotizados en un mercado regulado, que son las obligadas a utilizar las normas NIIF en sus estados financieros.

Esta norma contable está destinada a reemplazar a la normativa contable actual, IFRS 4, para lo cual es necesaria su trasposición al ordenamiento jurídico español y será en ese momento cuando sea de obligado cumplimiento para todas las entidades aseguradoras españolas, tengan valores cotizados o no. Sin embargo, mientras no se produzca la trasposición al ordenamiento jurídico español, IFRS 17 convivirá con el resto de normativa contable local, añadiendo lo que se puede considerar un tercer entorno de cálculo de las provisiones que, para las entidades con valores cotizados, supone mayores niveles de reporte y mayor complejidad en el cálculo de las provisiones.

A lo largo del trabajo se profundiza en el cálculo de las provisiones técnicas para el ramo de vida bajo cada uno de estos tres entornos, con el objetivo de buscar similitudes y diferencias que ayuden a entender la complejidad a la que se enfrentarán las entidades con valores emitidos a cotización a partir de 2023.

En el primer capítulo, se desarrolla la forma de cálculo de las provisiones contables bajo la normativa local española. A lo largo del último siglo han sido varias las modificaciones legales que se han producido en cuanto a ordenamiento y solvencia del mercado asegurador. En el ramo de vida, dada la existencia de contratos y obligaciones a largo plazo, esto supone que todavía existan en las compañías carteras importantes de contratos emitidos hace décadas cuyas provisiones se calculan con normativas en parte derogadas, en base a regímenes transitorios y, a la vez, carteras de emisión reciente cuyas provisiones se calculan en base a la normativa más actual. Es decir, la fecha de emisión de la póliza determina bajo qué normativa deben calcularse las provisiones técnicas contables.

En el segundo capítulo, se presenta la normativa de Solvencia II y se profundiza en la forma de cálculo de las provisiones técnicas, más conocidas en este entorno como mejor

estimación o BEL (*Best Estimate Liability*). El cálculo de la mejor estimación y demás conceptos que requiere Solvencia II no es sustitutivo, sino complementario, de las provisiones técnicas contables. Como se verá en el capítulo, no constituye una provisión al uso que forme parte del pasivo de la compañía, sino que es un cálculo adicional de sus obligaciones bajo criterios de mercado e hipótesis realistas con el cual la entidad debe demostrar que cuenta con fondos propios suficientes para hacer frente a sus obligaciones en las situaciones más adversas que puedan producirse.

En el tercer capítulo, se abordarán todos los cambios que traerá consigo la entrada en vigor de IFRS 17. Se desarrollarán los nuevos conceptos contables bajo el paraguas internacional y la nueva forma de cálculo de las provisiones, que pasan de ser un cálculo estático en función de unas bases técnicas determinadas a un cálculo dinámico, que mira hacia el futuro y que se acerca más a criterios de mercado y estimaciones realistas. Se puede decir que IFRS 17 va a provocar que los cálculos realistas, basados en estimaciones de flujos y beneficios futuros que se realizan bajo Solvencia II, pasen a ser lo que determine el resultado contable y el balance de las entidades.

Para dar respuesta al objetivo planteado de comparar los tres entornos de cálculo, los tres capítulos presentan la misma estructura. En primer lugar, se realizará un repaso de la normativa aplicable, seguida de los principios en los que se basa el cálculo de las provisiones para, posteriormente, pasar a desarrollar cada uno de los componentes de las mismas y las metodologías de cálculo permitidas. Por último, se describen las bases técnicas o realistas que la norma permite aplicar en cada caso, englobando en este último punto el tipo de interés a utilizar, las tablas de mortalidad y los gastos.

Finalmente, en el cuarto y último capítulo, se hará el ejercicio comparativo que motiva este trabajo, recopilando similitudes y diferencias entre los tres entornos.

CAPÍTULO 1: LAS PROVISIONES TÉCNICAS EN LA CONTABILIDAD LOCAL

1.1. NORMATIVA APLICABLE

Comenzaremos el capítulo haciendo un repaso de toda la historia de las leyes de Ordenación del mercado asegurador, en las que se han ido estableciendo, a lo largo del tiempo, las condiciones bajo las cuales las entidades deben calcular las provisiones técnicas, en general, y la provisión matemática de los seguros de vida, en particular.

Se pueden diferenciar dos bloques: el primero de antecedentes normativos que llega hasta 1998, con las leyes de ordenación y reglamentos derogados por completo a día de hoy, pero que ayudan a entender la evolución del sector; y un segundo bloque desde 1999 hasta la actualidad, con la normativa que se encuentra en vigor, ya sea total o parcialmente.

1.1.1. Antecedentes normativos

La primera ley de ordenación del mercado de seguros se publicó el 14 de mayo de 1908 bajo la rúbrica “Ley relativa a la inscripción en el registro que al efecto se establece de las compañías, sociedades, asociaciones y, en general, todas las entidades que tengan por fin realizar operaciones de seguro”. En conmemoración, el 14 de mayo de cada año se celebra el día del seguro.

Esta primera ley fue considerada una de las más progresistas de Europa y estuvo en vigor hasta 1954. Para su elaboración, Augusto González Besada, ministro de Fomento en aquel momento, se basó en las leyes publicadas en el entorno, entre ellas las de Suiza de 1885, la de Inglaterra de 1870, la alemana de 1901 y la francesa de 1905. Posteriormente, en 1912, se publicó el Reglamento de ejecución, con el que la Ley publicada 4 años antes entraba en vigor de manera definitiva.

Con esta ley se establecía por primera vez la necesidad de obtener previa autorización, para poder realizar operaciones de seguro, en el Ministerio de Fomento, y a inscribirse en un registro que se creaba al efecto. Esta autorización estaba condicionada a que la entidad entregase la documentación requerida y a que cumpliera los requisitos establecidos, entre los que figuraban realizar un depósito de dinero en el Banco de España, que equivaldría a lo que hoy en día es el capital social mínimo para operar en cada ramo. Este depósito ascendía a 200.000 pesetas para el ramo de vida y a un 5% de capital con un máximo de 100.000 pesetas para el resto de seguros distintos del de vida. Las entidades que ya estaban operando en ese momento contaron con el plazo de 4 meses para inscribirse, bajo amenaza de ser disueltas pasado el plazo si no solicitaban la inscripción.

Además de sentar las bases de ordenación del sector asegurador, con esta ley se crea lo que hoy en día es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), bajo el nombre de Inspección General de Seguros o Comisaría de Seguros, adscrita al Ministerio de Fomento.

La primera referencia a las provisiones matemáticas del seguro de vida aparece en el artículo 16, donde se establece la obligación, para las entidades que operen en este ramo, de tener una reserva matemática, además de la reserva estatutaria de la entidad. El artículo 17 define esta provisión matemática como “la cifra que represente el exceso del valor actual de los compromisos que hubiere de cumplir la Compañía sobre el valor actual de las primas netas que han de satisfacer los asegurados, fundado precisamente en las bases de cálculo de la Empresa”. Es decir, la reserva matemática debía calcularse para cada póliza con las mismas bases técnicas que se hubiesen aprobado en su tarifa, que previamente habrá sido entregada y revisada para su aceptación en el Ministerio de Fomento.

La ley exigía que la reserva estuviese afectada en su totalidad a los contratos celebrados con los asegurados y que, al menos el 50% de la misma, debía ser depositada en el Banco de España, sin que las entidades pudieran disponer libremente de ella para pagos no asociados a prestaciones de contratos.

Esta primera ley permitió sentar las bases del mercado de seguros español y permitió su desarrollo y crecimiento, tal y como se reconoce en el preámbulo de la ley que en 1954 la sustituiría: “Prácticamente se inicia el siglo con el desarrollo de la institución aseguradora en nuestro país. Su floreciente desenvolvimiento y la importancia que ha adquirido se deben, en gran parte, a las sabias normas que, para su ordenamiento jurídico, estableció la Ley de catorce de mayo de 1908. Su articulado, en notable desacuerdo con el espíritu de la época, influenciado por los principios del liberalismo económico, señalaba una posición intervencionista del Estado en las empresas, a fin de otorgar a los particulares que confiaban a éstas sus intereses, la necesaria salvaguardia y garantía; y no cabe duda de lo acertado del camino seguido, si se considera el reducido número de casos en que una mala administración o un error de la técnica hayan producido (durante su vigencia) perjuicios a los asegurados españoles”.

La Ley de ordenación de los Seguros privados de 1954 reconoce la importancia que ha alcanzado el sector asegurador en España en la primera mitad del siglo, y pretende introducir los cambios necesarios para llevar el sector a la madurez. Destaca especialmente la menor intervención del Estado que, aunque mantiene su papel de vigilancia y sanción, deja mayor libertad a las entidades privadas en cuanto a la toma de decisiones y a la gestión de las inversiones, que hasta el momento estaban muy

limitadas. Asimismo, incluye también regulación sobre procesos de fusión y absorción de entidades de seguros.

Es el artículo 21 donde la Ley de 1954 hace referencia a las provisiones matemáticas. Estas provisiones ya no deben ser depositadas en el Banco de España, sino que es la compañía la que debe mantenerlas, justificando ante el supervisor su importe y cobertura. De esta manera, tal y como la ley adelantaba en su preámbulo, se da mayor protagonismo a la entidad privada y se limita el papel del supervisor en este aspecto. Las entidades tienen a partir de este momento mayor libertad para determinar las inversiones a realizar con las reservas, cumpliendo con ciertas cuotas de tipología de inversiones. En la disposición transitoria de la Ley se otorgaba un plazo de 5 años para que las entidades adaptasen las inversiones de las reservas a los nuevos requerimientos. Este artículo determina, además, que las reservas deben de estar separadas para cada ramo.

La última ley de ordenación derogada en su totalidad con la que se cierra este bloque de antecedentes normativos es la Ley 33/1984, de 2 de agosto, sobre ordenación del seguro privado, acompañada de su Reglamento de desarrollo aprobado un año después mediante el Real Decreto 1348/1985 de 1 de agosto.

Con su publicación se persigue, por un lado, corregir las limitaciones de la ley anterior que, al no disponer de un desarrollo reglamentario que otorgase los medios necesarios a la autoridad de control, vio muy limitada su efectividad en sus funciones de vigilancia y control. Por otro lado, era necesario adaptarse a nuevos riesgos que surgían y necesitaban ser asegurados y también al nuevo entorno que comenzaba a formarse en Europa, preparando el sector para la entonces inminente incorporación de España en la Comunidad Económica Europea, que se produciría dos años más tarde.

La obligación de cálculo de las provisiones técnicas se establece en el artículo 24 de la ley y se desarrolla en mayor profundidad en el capítulo V del reglamento. La definición de la provisión matemática de vida es muy similar a la que ya contenía la primera ley de ordenación: “es la cifra que representa el exceso de valor de las obligaciones futuras de la entidad aseguradora sobre el valor actual de las primas que deba satisfacer el tomador del seguro, sin que pueda resultar un valor negativo en ningún caso” (Real Decreto 1348/1985, art. 55). Como novedad, aparece por primera vez la figura del actuario como responsable del sistema de cálculo de las provisiones técnicas.

Cuando se promulga el reglamento, ya existe una conciencia alrededor de los seguros de vida como una materia a la que dedicar una atención normativa especial separada del resto de seguros (Jiménez Martín, J., Gil Fana, J.A., Heras Martínez, A., 1998). De

hecho, se redacta una parte del articulado destinada específicamente a regular este tipo de seguro y sus bases técnicas. (Jiménez Martín, J., et al., 1998).

Las bases de cálculo de esta provisión matemática se desarrollan en el artículo 56 del Real Decreto 1348/1985 que, como veremos en los próximos apartados, mantiene su efectividad en base a la Disposición Transitoria Segunda del Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre para las pólizas emitidas con anterioridad al año 1999. Las provisiones matemáticas deben calcularse con las siguientes bases técnicas:

- Mismo tipo de interés y tabla de mortalidad que se ha utilizado en el cálculo de la prima que se recoja en la nota técnica, manteniendo el mismo criterio que las leyes anteriores.
- Basada en la prima de inventario devengada en el ejercicio, con lo que se incluyen los recargos destinados a la cobertura de gastos internos.
- Póliza a póliza
- Deberán recalcularse cuando se modifiquen los capitales o se reconozca una participación en beneficios al asegurado.

Esta ley nace, además, con el objetivo de sanear el mercado y lograr que las entidades tengan una posición de solvencia robusta para así proteger en mayor medida los intereses de los asegurados y sus derechos. Para ello, la Ley de 1984 introduce por primera vez el requisito de que las entidades cuenten con un Margen de Solvencia adicional a sus provisiones técnicas, que se define como un patrimonio propio no comprometido una vez deducidos los elementos inmateriales (Ley 33/1984, art. 25). La cuantía del Margen de Solvencia dependía del ramo de seguro y quedaba establecido reglamentariamente en los artículos 77 a 79 del Real Decreto 1348/1985.

La Ley de 1984 fue la que tuvo una vida más corta, estuvo en vigor hasta 1995, cuando se publicó la Ley 30/1995 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (LOSSP).

1.1.2. Normativa en vigor

La ley de ordenación más antigua que todavía tiene parte de su articulado en vigor es la Ley 30/1995 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (LOSSP). El reglamento de desarrollo de la ley, publicado en el Real Decreto 2486/98 de 20 de noviembre, también mantiene parte de su articulado en vigor, concretamente, los artículos referidos a la forma de cálculo de las provisiones técnicas. Esta ley se publica con tan poca diferencia temporal respecto a la anterior por dos motivos, que se recogen en su preámbulo:

1. Adaptar el Derecho público y privado a la rápida evolución de la actividad

aseguradora y al desarrollo de los planes y fondos de pensiones.

2. Homogeneizar las Directivas de Derecho Comunitarios publicadas hasta el momento e integrarlas en el ordenamiento jurídico español, a la vez que se converge con las normativas del resto de países de la Unión Europea.

Concretamente, con la ley se incorporan al Derecho español las directivas siguientes:

- Directiva 92/96/CEE, del Consejo, de 10 de noviembre de 1992, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al seguro directo de vida (Tercera Directiva de vida).
- Directiva 92/49/CEE, del Consejo, de 18 de junio de 1992, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al seguro directo distinto del seguro de vida (tercera Directiva de seguros distintos del seguro de vida).
- Segunda Directiva 90/619/CEE, del Consejo, de 8 de noviembre de 1990, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al seguro directo de vida.
- Directiva 90/618/CEE, del Consejo, de 8 de noviembre de 1990.
- Directiva 91/674/CEE, del Consejo, de 19 de diciembre de 1991, relativa a las cuentas anuales y a las cuentas consolidadas de las empresas de seguro.
- Directiva 95/26/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 junio de 1995.
- Tercera Directiva 90/232/CEE, del Consejo, de 14 de mayo de 1990, relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros sobre el seguro de responsabilidad civil derivada de la circulación de vehículos automóviles.

La labor de incorporación al ordenamiento jurídico español de todas estas directivas fue culminada por el Reglamento publicado tres años después, el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (ROSSP).

El principal cambio que introduce este Reglamento en el cálculo de las provisiones, es que separa las bases técnicas de cálculo de la prima de las bases técnicas utilizadas en el cálculo de la provisión matemática. Por primera vez el tipo de interés a utilizar para calcular la provisión no tiene por qué coincidir con el tipo de interés con el que se calcula la prima. La disposición transitoria segunda del reglamento matiza que este cambio aplica a las pólizas emitidas tras la entrada en vigor del reglamento, manteniéndose para las pólizas de cartera anteriores a 1999 el criterio común de todas las leyes de ordenación predecesoras: mismo tipo de interés para el cálculo de la prima y de la

provisión.

Concretamente, el tipo de interés a utilizar se regula de manera muy específica y detallada en el artículo 33 del Reglamento de 1998. El tipo dependerá de las características de la póliza, más concretamente su duración financiera y, especialmente, de los activos asignados a la cobertura de esas obligaciones. En función de si la compañía tiene activos específicos asignados a las provisiones o no, el tipo de interés a utilizar será diferente.

Por primera vez se interrelacionan los activos con los pasivos, representados por las provisiones, de tal manera que las características de los primeros condicionan el volumen de provisión que tendrá que mantener la entidad para que sea suficiente y adecuada para cubrir sus obligaciones. En apartados posteriores se profundiza en todas las opciones de tipos de interés para el cálculo de las provisiones que establece el Reglamento de 1998.

Gran parte del contenido de la Ley de 1995 y el Reglamento de 1998 quedaron derogados en 2015, con la entrada en vigor de las leyes que les sucedieron y que hoy en día están en pleno vigor: la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (en adelante LOSSEAR) y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (en adelante ROSSEAR). No obstante, los artículos 29 a 48 bis, que desarrollan el régimen de cálculo de las provisiones técnicas a efectos contables, se exceptúan y se mantienen en vigor por la disposición derogatoria única y la disposición adicional quinta del Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre.

La entrada en vigor de Solvencia II fue lo que propició el cambio de la normativa de ordenación en 2015. Si bien el contenido del Reglamento Delegado publicado en 2014 (Reglamento Delegado (UE) 2015/35 de la Comisión, de 10 de octubre de 2014 , por el que se completa la Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo sobre el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio) era de aplicación inmediata sin necesidad de incorporarlo al ordenamiento español, la Directiva Comunitaria (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) necesitaba de trasposición para su efectiva entrada en vigor.

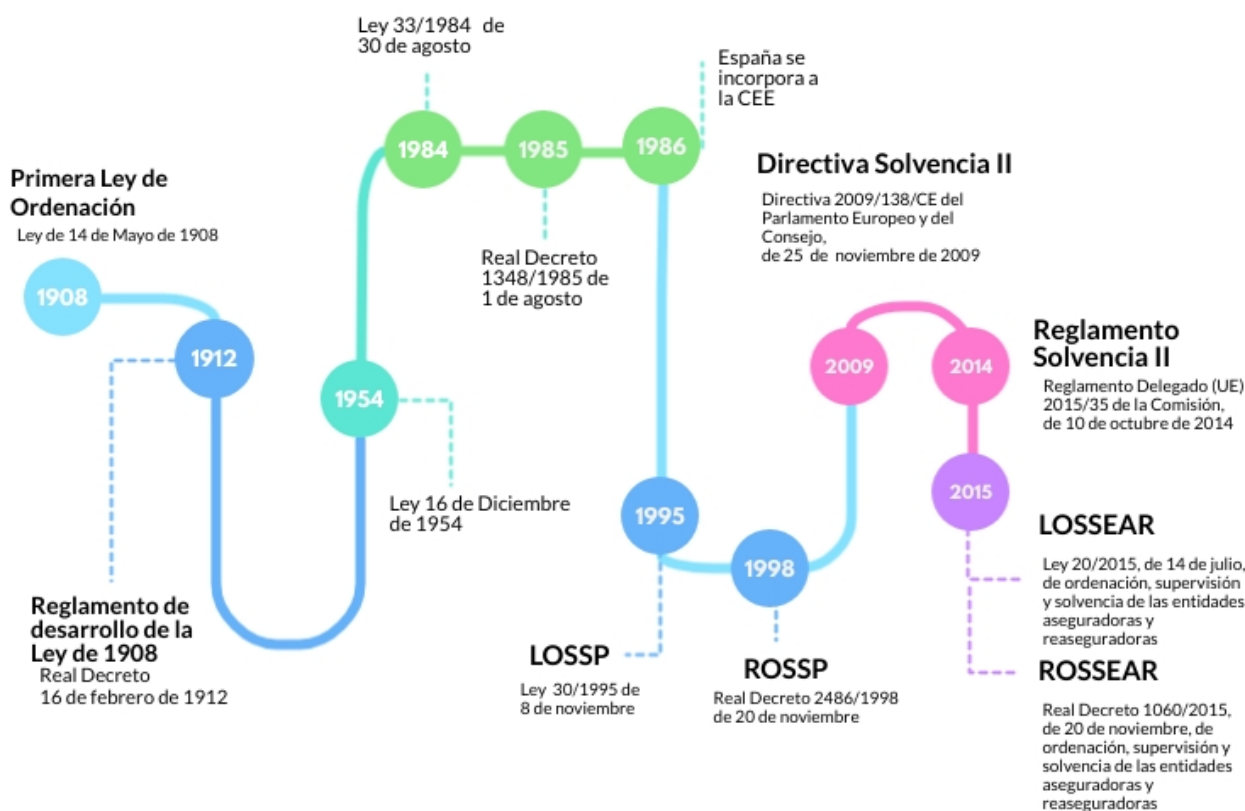
Esta trasposición al ordenamiento jurídico español se realizó con la promulgación de LOSEAR y ROSSEAR. El capítulo II se dedica al régimen de cálculo de las provisiones técnicas bajo Solvencia II y se profundizará en el régimen de Solvencia que se establece

tanto en el Reglamento Delegado como en la Ley de Ordenación. Sin embargo, se hace necesario mencionarla también en este capítulo porque supuso también cambios en el cálculo de las provisiones en el entorno contable.

De esta manera, se marca el segundo corte temporal en 2015, que condicionará la forma de cálculo de las provisiones técnicas contables y el tipo de interés a utilizar. Por lo tanto, y como veremos en los próximos apartados, a efectos del cálculo de las provisiones técnicas contables, clasificaremos las pólizas, basándonos en su fecha de emisión en tres grupos: anteriores a 1999, posteriores a 1999 pero anteriores a 2015 y posteriores a 2015.

La Figura 1 resume la evolución de la normativa de ordenación del sector asegurador desde la publicación de la primera Ley en 1908 hasta la actualidad.

Figura 1 Evolución de las Leyes de Ordenación



Fuente: elaboración propia

1.2. PRINCIPIOS DE CÁLCULO DE LAS PROVISIONES TÉCNICAS

El artículo 69 de la LOSSEAR, en su apartado cuarto, indica que el cálculo de las provisiones técnicas debe hacerse de una forma prudente, fiable y objetiva. Estos principios ya se reflejaban también en el Reglamento de 1998, en el artículo 29, donde se establece que las provisiones se deberán constituir y mantener por un importe

suficiente para garantizar, atendiendo a criterios prudentes y razonables, todas las obligaciones derivadas de los referidos contratos, así como para mantener la necesaria estabilidad de la entidad (Real Decreto 2486/1998, art. 29).

El principio de prudencia es el que se impone sobre todos los demás, especialmente en entornos de falta de información (Millán, A., 2000). Según el Plan General Contable de Entidades Aseguradoras (PGCEA), la entidad deberá ser prudente en las estimaciones y valoraciones a realizar en condiciones de incertidumbre. Ahora bien, la prudencia no justifica que la valoración de los elementos patrimoniales no responda a la imagen fiel que deben reflejar las cuentas anuales.

El negocio de los seguros es incierto por naturaleza, pues lo que se asegura es un riesgo que, por definición, ha de ser aleatorio. De ahí la gran importancia de este principio contable. En la contabilidad general, esto se traduce en que la entidad solo debe registrar las ganancias una vez se han producido, pero las pérdidas deberá registrarlas tan pronto como pueda anticiparlas, independientemente de que luego se produzcan o no. Aplicado a las provisiones técnicas, el principio de suficiencia supone que la base técnica que utilice la entidad debe ser aquella que, ante la falta de información cierta sobre el comportamiento del riesgo asegurado, le situé en el escenario más adverso posible Y esto es, en los seguros de vida, que utilice una tabla de mortalidad y un tipo de interés que le resulte en una provisión técnica más elevada y, por lo tanto, más prudente.

La fiabilidad de la información es otro de los requisitos que deben cumplirse en las valoraciones contables, tal y como establece el PGCEA. Se entiende que la información es fiable cuando está libre de errores materiales y es neutral, es decir, está libre de sesgos, y los usuarios pueden confiar en que es la imagen fiel de lo que pretende representar.

Por último, pero no menos importante, es necesario también hacer alusión al principio de suficiencia, que se suele aplicar a las primas, pero también por extensión aplica a las provisiones técnicas. La base técnica utilizada debe dar como resultado una prima suficiente para cubrir el riesgo asegurado y, en caso de que no lo sea, la entidad deberá dotar una provisión adicional de riesgos en curso. Si asumimos que esa misma base técnica es la que se lleva al cálculo de la provisión, esto se traduce en que los tipos de interés y tablas utilizadas para la valoración de las provisiones deben ser suficientes para cubrir las obligaciones derivadas del contrato.

También puede darse la situación en la que, transcurrido un tiempo, la entidad detecte que las bases técnicas que está utilizando para el cálculo de las provisiones no se

adecuan a la realidad del riesgo, lo que puede generar una insuficiencia de las provisiones. En ese caso, la entidad está obligada a realizar dotaciones adicionales y aumentar dichas provisiones, ya sea utilizando un tipo de interés más bajo o una tabla de mortalidad más conservadora y prudente.

1.3. DEFINICIÓN DE PROVISIÓN Y COMPONENTES

El cálculo de la provisión matemática nace cuando se rompe el equilibrio técnico o ecuación fundamental. Esta ecuación supone que, en el período de cobertura que se considere, las aportaciones que los asegurados han de efectuar al asegurador han de ser iguales a las prestaciones que el asegurador habrá de pagar a lo largo del mismo (Maestro, J.L., 1995).

En el momento en el que nace la póliza, la reserva es cero porque existe equivalencia total entre las obligaciones futuras del asegurado (las primas) y las obligaciones futuras del asegurador (las prestaciones). Esta ecuación, que iguala las obligaciones de ambas partes, es la que se utiliza para determinar la prima de riesgo del contrato en el momento inicial.

Sin embargo, tras la emisión de la póliza y el pago de la primera prima, esta equivalencia deja de cumplirse y se rompe el equilibrio. La diferencia en cualquier momento t entre el valor actual de las obligaciones del asegurador y el valor actual de las obligaciones del asegurado, representadas por las primas, es la provisión matemática en ese instante t .

La provisión matemática es la provisión asociada a los seguros de vida de duración superior a un año, pero existen otras provisiones para el resto de riesgos asociados a la actividad aseguradora. El conjunto de todas ellas es lo que se denominan provisiones técnicas. Aunque este trabajo se centra en el negocio de vida, a continuación, se hará una breve descripción de las provisiones técnicas que contempla la normativa contable.

Adicionalmente, las normas de ordenación incluían también el concepto adicional del margen de solvencia y fondo de garantía. Actualmente, este concepto ha dejado de existir en la contabilidad, pues ha sido sustituido por el capital de solvencia obligatorio (SCR o *Solvency Capital Requirement*). No obstante, se incluye en este apartado una descripción sobre el mismo.

1.3.1. Provisiones técnicas

Las provisiones técnicas reflejan, en el balance de la aseguradora, el importe de las obligaciones asumidas que se derivan de los contratos de seguro y reaseguro (Real Decreto 2486/1998, art. 29). La provisión matemática de los seguros de vida es la que mayor importe suele representar en el pasivo de la compañía, pues hace referencia a obligaciones normalmente a largo plazo. El resto de provisiones se asocian al negocio

de no vida, normalmente anual renovable, o a las prestaciones devengadas pendientes de pago, por lo que suelen ser de menor importe.

Así, en el entorno contable, podemos encontrar las siguientes provisiones técnicas asociadas a los contratos de seguro:

- Provisión para primas no consumidas o PPNC (Real Decreto 2486/1998, art. 30): esta provisión atiende al principio contable de devengo. Está constituida por la fracción de las primas devengadas en el ejercicio, que deba imputarse al período comprendido entre la fecha del cierre y el término del período de cobertura, es decir, correspondiente al ejercicio siguiente. En vida, se calcula esta provisión para los contratos cuyo periodo de cobertura es de un año o inferior, como los seguros de vida riesgo anuales renovables.
- Provisión para riesgos en curso (Real Decreto 2486/1998, art. 31): esta provisión complementa a la PPNC cuando ésta es insuficiente.
- Provisión matemática o de seguro de vida (Real Decreto 2486/1998, art. 32 a 37) representa la diferencia entre el valor actual actuarial de las obligaciones futuras del asegurador y las del tomador o, en su caso, del asegurado. En los siguientes apartados, se profundizará en la metodología de cálculo de esta provisión y en las bases técnicas permitidas en su valoración.
- Provisión de participación en beneficios y extornos (Real Decreto 2486/1998, art. 38): recoge el importe de los beneficios devengados en favor de los tomadores, asegurados o beneficiarios y el de las primas que proceda restituir a los tomadores o asegurados.
- Provisión de prestaciones (Real Decreto 2486/1998, art. 39): recoge el valor de las obligaciones por siniestros ocurridos, se hayan declarado o no a la entidad. Está formada por la provisión de prestaciones pendientes de liquidación o pago, la provisión de siniestros pendientes de declaración (IBNR) y la provisión de gastos internos de liquidación de siniestros (PGILS).
- Reserva de estabilización (Real Decreto 2486/1998, art. 45): de carácter acumulativo, esta provisión específica de algunos ramos tiene como finalidad alcanzar la estabilidad técnica de cada ramo o riesgo. Se calculará y dotará en aquellos riesgos que, por su carácter especial, nivel de incertidumbre o falta de experiencia así lo requieran, para hacer frente a las desviaciones desfavorables de la siniestralidad. Esta reserva es una manifestación clara del principio de prudencia que se ha descrito anteriormente.
- Provisión del seguro de decesos (Real Decreto 2486/1998, art. 46): su cálculo es similar al de la provisión de seguro de vida, pero debe contabilizarse por separado.

- Provisión del seguro de enfermedad (Real Decreto 2486/1998, art. 47): específica para los contratos de seguro de este ramo.

1.3.2. Margen de Solvencia

La primera referencia al margen de solvencia se hizo en la Ley de Ordenación de 1984 (Ley 33/1984 de 30 de agosto), que lo definía como una cuantía de fondos propios no comprometidos, cuyo objetivo es aumentar la solvencia de la compañía ante situaciones desfavorables que hicieran que las provisiones técnicas no fuesen suficientes para cumplir con sus obligaciones. La cuantía del Margen de Solvencia dependía del ramo de seguro y quedaba establecido reglamentariamente en los artículos 77 a 79 del Real Decreto 1348/1985 de desarrollo de la Ley. Para el ramo de vida, el mínimo del margen de solvencia era la suma de:

- El 4% de las provisiones matemáticas de seguro directo y de reaseguro aceptado por la entidad, ajustadas por la proporción de las provisiones netas de reaseguro sobre las brutas con un mínimo del 85%.
- El 0,3% de los capitales en riesgo, ajustados por la proporción de los capitales en riesgo retenidos sobre el total del capital con un mínimo del 50%.

El ROSSP (Real Decreto 2486/1998) también regula el margen de solvencia en el artículo 58. En este caso, se define el margen de solvencia como el patrimonio propio no comprometido suficiente para cubrir el conjunto de sus actividades en España y fuera de ella. El cálculo se hacía por separado para el negocio de vida y el negocio distinto de vida. El margen de solvencia requerido por el artículo 62 del ROSSP es similar al que ya se establecía en la anterior Ley de Ordenación.

Con la entrada en vigor en 2015 de LOSSEAR y ROSSEAR, el margen de solvencia contable desaparece y es sustituido conceptualmente por el cálculo del SCR de Solvencia II que se desarrolla en el capítulo II.

1.4. MÉTODOS DE CÁLCULO

El cálculo de la provisión matemática se realiza partiendo de la equivalencia financiero-actuarial, donde, como ya se ha indicado anteriormente, se calcula el valor actual actuarial de las obligaciones de cada una de las partes y por diferencia entre ellas se obtiene la provisión matemática. Para su cálculo, son necesarias unas hipótesis financieras, un tipo de interés, y unas hipótesis biométricas, esto es una tabla de mortalidad o supervivencia, con las cuales calcular ese valor actual actuarial. En el siguiente apartado, se profundizará en los tipos de interés aplicables al cálculo de la provisión y en las tablas de mortalidad.

La provisión se calcula individualmente para cada póliza y, en los casos de pólizas

colectivas de vida, se calcula igualmente de manera separada para cada uno de los asegurados del colectivo. La prima a utilizar, para el cálculo de la provisión dentro del valor actual de las obligaciones del asegurado, es la prima de inventario, que incluye los recargos de gestión interna. Cuando se hagan cálculos en períodos intermedios que no coincidan con la anualidad de la póliza, se calculará la reserva de ese periodo mediante interpolación lineal de las reservas de los vencimientos anterior y posterior, teniendo en cuenta la periodificación de la prima devengada (Real Decreto 2486/1998, art. 32).

A continuación, se describen los dos posibles métodos de cálculo de la provisión a los que el ROSSP hace referencia en el artículo 32: el método prospectivo y el método retrospectivo.

1.4.1. Método prospectivo

Es el método por el que se declina la norma. Se basa en tener en cuenta las obligaciones futuras y calcular su valor actual. Por un lado, se calculará el valor actual de las obligaciones del asegurador, descontando a valor presente la prestación convenida en el contrato al tipo de interés que corresponda. La prestación, además, se probabiliza utilizando la tabla de mortalidad, de tal manera que, si es una prestación vinculada a la supervivencia del asegurado (por ejemplo, un capital diferido o una renta actuarial), se multiplica por la probabilidad de que el asegurado esté vivo en el momento de recibir la prestación. Si, por el contrario, la prestación está vinculada al fallecimiento del asegurado, se multiplicará por la probabilidad de muerte que recoja la tabla.

Por otro lado, se calcula el valor actual de las obligaciones del asegurado, que consisten básicamente en el pago de la prima. Si es un seguro a prima única, este componente del cálculo de la reserva será cero, pues el asegurado ya no tiene obligaciones pendientes. Solo será necesario valorar las obligaciones del asegurado cuando se trate de seguros a prima periódica. Para esta parte del cálculo, se tomará la prima de inventario, es decir, la prima pura incrementada en los recargos de gestión interna. Al igual que con las prestaciones, las primas futuras serán descontadas al momento actual utilizando el tipo de interés que aplique y, además, se tendrá que tener en cuenta la probabilidad de supervivencia del asegurado en cada momento de pago de la prima.

La diferencia en valor actual de ambas partes dará como resultado la provisión matemática, que nunca puede ser negativa pues, por definición, representa una obligación para la entidad. Es decir, es la obligación neta del asegurador una vez descontados los derechos de cobro de prima futuros que espera recibir.

1.4.2. Método retrospectivo

El método retrospectivo se basa en las obligaciones pasadas para el cálculo de la

provisión. En este caso, la diferencia se hace en sentido contrario. En primer lugar, se calcula el valor de las primas pagadas por el asegurado en el momento actual, para lo cual es necesario capitalizarlas a un tipo de interés. Por otro lado, se calculará la acumulación de la prestación hasta ese momento con sus respectivos intereses. Por diferencia entre ambas, se obtiene la provisión matemática.

En definitiva, para cualquiera de los métodos, lo que se hace es comparar las obligaciones de ambas partes, ya sean las pasadas o las futuras, situadas en un mismo instante temporal, para lo cual es necesario utilizar la capitalización o el descuento financiero. De esto se deduce que uno de los factores más sensibles en el cálculo de la provisión matemática de vida es el tipo de interés utilizado. Por ello, es donde la normativa de cálculo de las provisiones técnicas pone especial atención.

El ROSSP establece que la provisión debe calcularse siempre por el método prospectivo, salvo en aquellos casos en los que las características del contrato no lo permitan. Este último sería el caso de los seguros referenciados a índices o con tipo de interés variable, en el que solo puede utilizarse el método retrospectivo, ya que resulta imposible determinar con certeza absoluta el tipo de interés a utilizar en los períodos futuros (Lozano Aragüés, R, 1998).

Desde una óptica matemática exclusivamente, el equilibrio de la operación financiera-actuarial resulta idéntico con independencia de que se utilice un sistema retrospectivo o prospectivo, por lo que la norma, aparentemente, se decanta por uno sin un motivo justificado (Lozano Aragüés, R, 1998).

1.5. BASES TÉCNICAS

Como ya se ha visto en el apartado anterior, el cálculo de la provisión matemática basado en las obligaciones futuras hace necesario el uso de hipótesis financieras y de hipótesis biométricas. Ambas van a condicionar el importe de la provisión resultante.

La normativa comunitaria en los últimos años ha puesto especial atención en que, tanto los tipos de interés como las tablas biométricas utilizadas en el cálculo, sean prudentes y adecuadas a la realidad de los riesgos y del entorno económico, de tal manera que la provisión resultante sea suficiente para cubrir las obligaciones y no se ponga en peligro la solvencia ni la estabilidad de la entidad.

También pone el foco en los gastos a tener en cuenta dentro de las provisiones. Como ya se ha dicho anteriormente, la base de cálculo de la provisión es la prima de inventario, que incluye los recargos de gestión interna con los que la compañía debe hacer frente a sus gastos internos. Como veremos a continuación, estos recargos también deben cumplir unos requisitos de suficiencia.

1.5.1. Tipo de interés

Cada cambio de norma se ha aplicado únicamente para las pólizas emitidas a partir de su entrada en vigor, manteniendo el cálculo de la cartera según la norma que hubiera vigente hasta ese momento. Esto hace que, para determinar el tipo de interés con el cual se tiene que calcular la provisión matemática, se tenga que tomar en cuenta la fecha de emisión de la póliza.

En base a esto, se distinguen tres grupos de contratos:

- Anteriores a 1999: regulados por la Disposición Transitoria Segunda del ROSSP.
- Posteriores a 1999 y anteriores a 2015: artículo 33 ROSSP.
- Posteriores a 2015: disposición adicional quinta ROSSEAR.

1.5.1.1. Anteriores a 1999

Para este primer grupo de contratos de cartera, el tipo de interés para el cálculo de la provisión se regula en la Disposición Transitoria Segunda del ROSSP (Real Decreto 2486/1998), cuyo literal en lo que afecta al tipo de interés es el siguiente:

“1. Los límites establecidos en el número uno del artículo 33 del presente Reglamento sobre el tipo de interés a utilizar en el cálculo de la provisión de seguros de vida, serán de aplicación para los compromisos que se asuman a partir de su entrada en vigor. Para los asumidos con anterioridad, sin perjuicio de lo indicado en los apartados siguientes, se continuará utilizando para el cálculo de la provisión de seguros de vida el mismo tipo de interés técnico que haya servido de base para el cálculo de la prima. A tal efecto, si tal tipo de interés supera los límites establecidos en el apartado 1 del artículo 33 de este Reglamento, las entidades aseguradoras deberán asignar inversiones a estos contratos, debiendo mantenerse el criterio de asignación salvo autorización expresa del Ministerio de Economía y Hacienda.

2. La modificación de los tipos de interés justificados por la existencia de inversiones afectas a la operación, sólo podrá realizarse cumpliendo lo establecido en el apartado 2, del artículo 33 de este Reglamento y en su normativa de desarrollo.

3. No obstante lo dispuesto en el apartado 1 anterior, será de aplicación para los compromisos existentes en cartera lo dispuesto en el último párrafo del apartado 1, del artículo 33 de este Reglamento (...).”

En definitiva, para todos aquellos contratos emitidos con anterioridad a la entrada en vigor del ROSSP en 1999, el tipo de interés para calcular la provisión será el mismo que se haya establecido en la base técnica para el cálculo de la prima, que es lo que

establecía el artículo 56 del Reglamento de 1985. Esta opción parece lógica si tenemos en cuenta que la entidad puede descontar sus obligaciones a un tipo más alto porque mantiene inversiones que a futuro le van a dar esa rentabilidad (Jiménez Martín, J., et al., 1998). Es por ello que la Disposición Transitoria Segunda añade el requisito de que la entidad asigne los activos a los compromisos de cartera para el caso en el que el tipo de interés de la prima supere el que se regula en el artículo 33 para la producción posterior a 1999 y que se desarrolla en el apartado siguiente.

Sin embargo, la evolución económica desde entonces ha demostrado que la rentabilidad de las inversiones puede reducirse en periodos relativamente cortos de tiempo, por lo que puede poner en peligro la solvencia de la entidad si sigue manteniendo sus provisiones al mismo tipo que ya no obtiene de sus activos. Esta situación estaba también prevista en el ROSSP, que en su artículo 71 establece que, si en dos años consecutivos no se consigue alcanzar con las inversiones el tipo técnico garantizado, se deberán modificar las bases técnicas y realizarse la dotación complementaria de provisiones que corresponda.

Esta regulación, que se refiere a tipos garantizados, afecta principalmente a las carteras de productos de ahorro tradicional, que en el momento era prácticamente la única modalidad de seguros de ahorro que se comercializaba y con tipos de interés elevados que llegaban hasta el 6%, tipo máximo establecido en el momento (Orden Ministerial de 7 de septiembre de 1987). Hoy en día, en algunas entidades, estas carteras de contratos todavía presentan un peso significativo en la cartera de vida, muchas de ellas con dotaciones complementarias de provisiones por la dificultad de conseguir, actualmente en el mercado, activos que ofrezcan esas rentabilidades. Por este motivo, entre otros, estos productos han dejado prácticamente de venderse hoy en día dejando paso a los productos de ahorro universal, con tipos garantizados por periodos más cortos de tiempo o, incluso, directamente con tipos de interés indizados o referenciados y a los productos riesgo tomador como los Unit Linked.

1.5.1.2. Posteriores a 1999 y anteriores al 2015

En este grupo de contratos entrarían todas aquellas pólizas emitidas desde la entrada en vigor del ROSSP en 1999 hasta la entrada en vigor del ROSSEAR en 2015. El tipo de interés para el cálculo de la provisión de estos contratos es el que resulte de la aplicación del artículo 33 del ROSSP, que traspone y adapta a la normativa española los criterios que determinaba la Tercera Directiva de Vida para el cálculo del tipo de interés a aplicar a las provisiones de seguros de vida.

La redacción del artículo 33 lleva a que tengamos que diferenciar entre: provisiones al

tipo de la DGS, provisiones *matcheadas* y provisiones para garantizados a menos de un año.

En el apartado primero del artículo 33, se establece el tipo de interés máximo que pueden utilizar las entidades para el cálculo de la provisión matemática. Todos los contratos emitidos a partir de 1999 deben calcular su provisión al tipo de interés que se regula en este apartado, excepto si tiene inversiones asignadas (productos *matcheados*) que se registrarán por el apartado segundo, o si la garantía de tipo de interés de la póliza se mantiene por un periodo de un año o menos, en cuyo caso se registrarán por el apartado tercero.

El ROSSP da dos opciones de tipo máximo para el cálculo de la provisión. Según el artículo 33 apartado 1 a), son las siguientes:

“1.º El 60 por 100 de los tipos de interés medios del último trimestre del ejercicio anterior al ejercicio en el que resulte de aplicación de los empréstitos materializados en bonos y obligaciones del Estado, incrementado en el 50 por ciento de la diferencia entre el tipo de interés publicado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones para el ejercicio anterior al ejercicio en el que resulte de aplicación y el tipo de interés que resulte de la curva *euroswap* en el punto de la curva 11 años a 31 de diciembre del ejercicio anterior al ejercicio en el que resulte de aplicación. El cálculo anterior no podrá exceder del 60 por 100 de los tipos de interés medios del último trimestre del ejercicio anterior al que resulte de aplicación de los empréstitos materializados en bonos y obligaciones del Estado a veinte o más años.

La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones publicará en su página web el tipo de interés resultante de la aplicación del criterio anterior.

2.º El tipo de interés publicado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones para el cálculo de la provisión de seguros de vida referente al ejercicio que corresponda a la fecha de efecto de la póliza, siempre que la duración financiera estimada al tipo de interés de mercado de los cobros específicamente asignados a los contratos, resulte superior o igual a la duración financiera de los pagos derivados de los mismos atendiendo a sus flujos probabilizados y estimada al tipo de interés de mercado. Si no se cumpliera esta condición, el tipo de interés máximo aplicable a la provisión de seguros de vida individual correspondiente al periodo que excede de la duración financiera de los activos, será el previsto en el párrafo 1.º anterior.

Para la determinación de la duración financiera de los cobros a la que se refiere

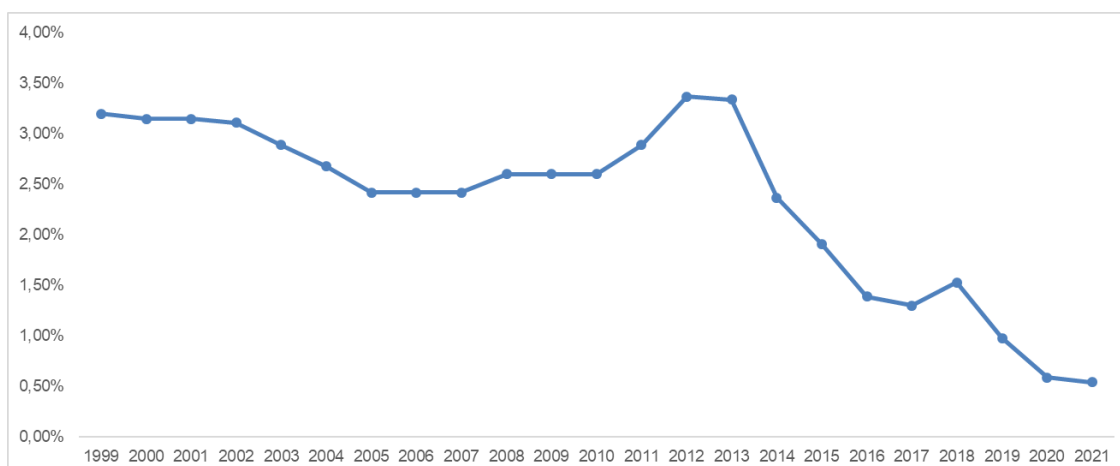
el párrafo anterior, se considerarán únicamente los flujos de los activos específicamente asignados que dispongan de vencimiento cierto y cuantía fija, o vencimiento cierto y cuantía determinable si su importe se referencia a variables financieras, así como, en caso de seguros a prima periódica, los flujos de cobro probabilizados por primas futuras. El valor de mercado de los activos no considerados en el cálculo de la duración financiera que hayan sido asignados específicamente a los compromisos cuya provisión de seguros de vida se calcule conforme a lo dispuesto en este apartado, no podrá exceder en más de un 20 por ciento del valor de mercado de la totalidad de los activos asignados. Las referencias hechas al valor de mercado de los activos han de entenderse comprensivas de dicho valor tal y como queda definido en el Plan de contabilidad de las entidades aseguradoras.”

El primer año de aplicación del ROSSP, 1999, el tipo de interés que la DGSFP publicó aplicando este método fue de un 3,2%. En ese momento, las carteras de pólizas de las entidades estaban afectas a valores históricos con rentabilidades superiores a este tipo de interés a medio plazo (Jiménez Martín, J. et al, 1998) y tenían tipos de interés en sus bases técnicas que llegaban hasta el 6%. De no existir la Disposición Transitoria Segunda del ROSSP y haberse decidido que este tipo de interés aplicase también a la cartera en vigor, la gran mayoría de entidades no podrían haber asumido el incremento de provisiones ni siquiera recurriendo a fondos propios (Jiménez Martín, J. et al, 1998). La consecuencia directa de la regulación del artículo 33.1.a) es que, desde 1999, el tipo de interés de cálculo de la provisión es variable, y que cada ejercicio la entidad deberá recalcular las provisiones de las pólizas que se rijan por este apartado con el nuevo tipo publicado (Lozano, R., 1998). La única excepción para que la entidad pueda mantener el tipo máximo de la fecha de efecto de la póliza es que cumpla las condiciones del artículo 33.1.a) 2º en cuanto a la duración financiera de los flujos.

En un entorno de reducción de tipos de interés, como es el que vivimos en los últimos años, esto supone un impacto negativo cada año en las cuentas de las entidades, que ven como las provisiones aumentan cada ejercicio por la reducción del tipo de interés máximo.

En la figura 2 puede observarse la evolución del tipo de interés máximo de la DGSFP para cada ejercicio desde la entrada en vigor del ROSSP (1999) hasta la actualidad. En línea con la evolución de los tipos de interés de mercado, el tipo de la DGSFP ha seguido una tendencia a la baja en los últimos ocho años, exceptuando el incremento de 2018, situándose en los dos últimos ejercicios en el entorno del 0,6%.

Figura 2 Evolución del tipo máximo de la DGSFP 1999 – 2021



Fuente: elaboración propia

La primera excepción a la aplicación del tipo máximo de la DGSFP son los contratos que tengan inversiones asignadas y que conste así en su base técnica. Estos contratos podrían calcular la provisión con el tipo de interés que representa la tasa interna de rentabilidad obtenida de esas inversiones (artículo 33.2. ROSSP). Para que pueda aplicarse la TIR de las inversiones como tipo de cálculo de la provisión debe cumplirse uno de estos casos:

- Que exista coincidencia suficiente, en tiempo y cuantía, de los flujos de cobro para atender al cumplimiento de las obligaciones derivadas de una póliza o un grupo homogéneo de pólizas, de acuerdo con su escenario previsto (casamiento de flujos).
- Que las relaciones entre los valores actuales de las inversiones y de las obligaciones derivadas de las operaciones a las que aquéllas están asignadas, así como los riesgos inherentes a la operación financiera, incluido el de rescate y su cobertura, estén dentro de los márgenes establecidos al efecto (casamiento por duraciones).

La entidad deberá comprobar que se mantienen estos requisitos. Si en algún momento el *matcheo* se incumple, las provisiones deberán recalcularse al tipo máximo establecido en el artículo 33.apartado primero.

Tampoco tendrán que utilizar el tipo máximo para el cálculo de la provisión aquellos contratos cuya garantía de tipo de interés sea inferior a un año. En este caso por aplicación del artículo 33.1. apartado c), la provisión se calculará al tipo de interés garantizado en cada periodo.

1.5.1.3. Posteriores a 2015

El último cambio normativo se produce en 2015 con la publicación de la LOSSEAR y el

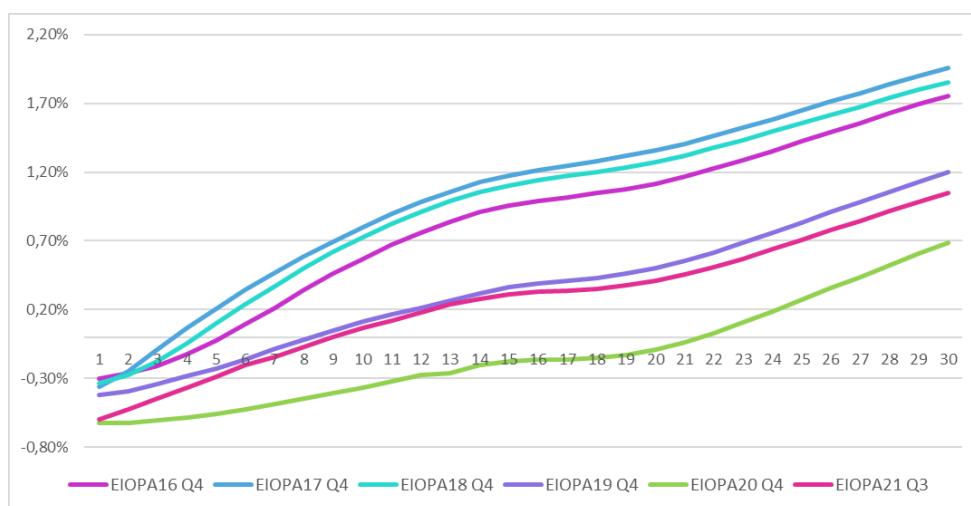
ROSSEAR. Al igual que su normativa predecesora, se opta por aplicar los cambios que introduce a la producción posterior a la entrada en vigor de la norma, manteniendo la cartera hasta el momento con el tipo de interés que le corresponda según el ROSSP.

La disposición adicional quinta del ROSSEAR regula el régimen de cálculo de las provisiones a efectos contables. En su apartado segundo, establece que, en cuanto al tipo de interés a utilizar para los contratos celebrados antes del 1 de enero de 2016, se seguirá aplicando el artículo 33 del ROSSP, pero que tienen la opción de adaptarse a los nuevos requisitos si así lo prefieren para lo cual contarán con un periodo de transición de 10 años.

El tipo de interés a aplicar, para las pólizas emitidas a partir del 1 de enero de 2016, es el que se establece en el apartado tercero de la disposición adicional quinta:

“Para los contratos de seguro de vida celebrados a partir del 1 de enero de 2016, sujetos a los apartados 1.a).1.º y 1.b).1.º del artículo 33 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán utilizar como tipo de interés máximo el resultante de la estructura temporal pertinente de tipos de interés sin riesgo prevista en el artículo 54, incluyendo el componente relativo al ajuste por volatilidad previsto en el artículo 57.”

Figura 3 Evolución de la curva de tipos EIOPA 2016 – 2021



Fuente: elaboración propia

La estructura de tipos de interés a la que hace referencia es la curva de tipos libre de riesgo que EIOPA publica mensualmente y que es la que se utiliza para el cálculo de las provisiones técnicas en el entorno de Solvencia II. En la figura 3, puede observarse la evolución de la curva de tipos de interés de EIOPA desde 2016 hasta la última publicada a cierre del tercer trimestre de 2021.

1.5.2. Tablas de mortalidad

El otro factor determinante del cálculo de la provisión son las hipótesis biométricas, que recogen la probabilidad de fallecimiento del asegurado.

La disposición adicional quinta del ROSSEAR (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre), que establece el régimen de cálculo de las provisiones técnicas a efectos contables, mantiene que las tablas de supervivencia y mortalidad a utilizar por las entidades aseguradoras y reaseguradoras para dicho cálculo sean las reguladas en el artículo 34 del ROSSP (Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre).

Los requisitos que, según el artículo 34 del ROSSP, tienen que cumplir las tablas de mortalidad son:

- a) Basar su derivación en la experiencia española o extranjera, siempre que se evidencie la bondad del ajuste a la población asegurable a la que se aplica, y ajustadas a tratamientos estadístico-actuariales generalmente aceptados (Real Decreto 2486/1998, art. 34 a).
- b) La probabilidad que recojan deberá encontrarse dentro de los intervalos de confianza generalmente admitidos para la experiencia española. Las probabilidades que contengan deberán tener en cuenta aquellos factores que, con base en datos actuariales y estadísticos pertinentes y fiables, se consideren determinantes de la evaluación del riesgo (Real Decreto 2486/1998, art. 34 b).
- c) Incluir recargos de seguridad que compensen la incertidumbre derivada del riesgo biométrico con un intervalo de confianza adecuado y suficiente (Real Decreto 2486/1998, art. 34 c).
- d) Que no hayan transcurrido más de 10 años del periodo central de las observaciones utilizadas para la derivación de la tabla (Real Decreto 2486/1998, art. 34 d). Para dar cumplimiento a este apartado, la DGS mediante Resolución indicará las tablas que cumplen con este requisito e incluso puede modificar el número de años.
- e) En el caso de seguros de supervivencia, que incorpore el efecto de la disminución de la mortalidad o aumento de la esperanza de vida (Real Decreto 2486/1998, art. 34 f). Esto es lo que se consigue con las tablas generacionales de mortalidad, en las cuales la tabla se ajusta en función del año de nacimiento o generación del asegurado.

Estos requisitos representan un mínimo a cumplir de manera que, si la entidad utiliza una tabla más prudente con la que el cálculo de la provisión resulte un importe más elevado, puede aplicarla, aunque incumpla alguna de las condiciones anteriores.

Los requisitos de las tablas biométricas del artículo 34 del ROSSP enumerados fueron actualizados recientemente con la publicación del Real Decreto 288/2021, de 20 de abril,

por el que se modifica el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; se da nueva redacción al artículo 34 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre; y se modifica el Reglamento para la aplicación de la Ley 87/1978, de 28 de diciembre, sobre Seguros Agrarios Combinados, aprobado por el Real Decreto 2329/1979, de 14 de septiembre. Concretamente el requisito c) de los recargos de seguridad no existía en la redacción original del ROSSP y, en lugar de 10 años, inicialmente se permitía que el periodo central de la observación tuviera 20 años de antigüedad. En el redactado original, tampoco se establecía la opción de que la DGSFP pudiera modificar este criterio temporal mediante resolución.

Otra novedad, incluida con la modificación de abril de 2021, es la potestad que se otorga a la DGSFP de publicar tablas biométricas de referencia y declarar cuales son admisibles y cuáles dejan de serlo (artículo 34.4. ROSSP, añadido mediante el RD 288/2021 de 20 de abril). En esta línea, la DGSFP conocedora de que se iba a producir este cambio normativo, publicó la Resolución de 17 de diciembre de 2020 mediante la cual declaraba como no admisibles las tablas GR95 y PER2000 para supervivencia y GK95 y PASEM2010 para riesgo, a la vez que publicaba las tablas de mortalidad PASEM2020 (General y específica para decesos) y de supervivencia PER2020 (individual y colectivo). Estas tablas tienen su versión de primer orden, que incluye recargos de seguridad para el cálculo de las provisiones a efectos contables, y la versión de segundo orden, para la mejor estimación de las provisiones técnicas de Solvencia II, que se desarrollan en el siguiente capítulo. Tras la publicación del Real Decreto 288/2021, la DGSFP publicó la Resolución de 2 de junio de 2021, declarando la admisibilidad de estas tablas por cumplir los nuevos requisitos del artículo 34.

Ahora bien, las entidades pueden optar por utilizar una tabla de mortalidad de referencia, admitida y publicada por la DGSFP, pero también cabe la opción de que utilicen como hipótesis biométrica su experiencia propia. Por experiencia propia se entiende, o bien realizar algún tipo de ajuste en determinado porcentaje a una tabla de referencia, o bien la derivación directamente de una tabla propia basándose en la experiencia real observada por la compañía. La opción de utilizar experiencia propia ya existía en el redactado original del ROSPP y se ha mantenido con la modificación de 2021, pero ampliándose los requisitos a cumplir para que esa experiencia propia sea admisible para el cálculo de las provisiones. Estos requisitos han sido establecidos, como no podía ser de otro modo por la DGSFP, que en la Resolución de 17 de diciembre de 2020, además de las nuevas tablas, publicaba la Guía Técnica 1/2020 por la que la Dirección General

de Seguros y Fondos de Pensiones hace públicos los criterios de supervisión, en relación con las tablas biométricas aplicadas por las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y determinadas recomendaciones para fomentar la elaboración de estadísticas biométricas sectoriales homogéneas basadas en metodologías sólidas y realistas. En ella, se recogen amplios requisitos de información a aportar acerca de las hipótesis utilizadas y de buen gobierno de los procedimientos de derivación de hipótesis biométricas y de control de su adecuación.

Con el Real Decreto 288/2021 de 20 de abril no solo se amplían los requisitos a cumplir por las tablas biométricas utilizadas para el cálculo de las provisiones contables, ya sean tablas de mercado o experiencia propia, sino que se establece la obligación de realizar un estudio de la adecuación de las tablas al comportamiento real de manera anual (artículo 34.4. ROSSP, modificado y ampliado por el RD 288/2021 de 20 de abril). Las entidades tendrán que realizar, todos los ejercicios contables, una comparación del comportamiento real del colectivo y del comportamiento esperado si se cumpliera la tabla de mortalidad en ese mismo colectivo. Si de esa comparación se desprende que la provisión es insuficiente, se deberá ajustar añadiendo los recargos necesarios a la tabla hasta que se llegue al nivel de confianza establecido. En cierto modo, la redacción original del ROSSP también recogía la obligación de realizar dotaciones adicionales por insuficiencia de tablas, pero en ningún momento se refería a intervalos de confianza y el requerimiento solo aplicaba al momento de cálculo de la provisión, no se establecía un control periódico.

1.5.3. Gastos

El ROSSP también se pronuncia acerca de los gastos a tener en cuenta en el cálculo de la provisión a efectos contables. Recordemos que la base de cálculo de la provisión matemática es la prima de inventario y que esta incluye los recargos de gestión interna que se hayan determinado en la base técnica de la póliza. Estos recargos deben ser suficientes para cubrir los gastos internos o de administración asociados a la póliza, extremo que deberá haberse demostrado en la nota técnica.

El artículo 35 del ROSSP establece que, si en dos años consecutivos la previsión realizada en la nota técnica se incumple y los recargos resultan insuficientes para cubrir los gastos reales, la provisión deberá recalcularse de tal manera que se corrija esta circunstancia. Solo se exceptúa de la aplicación de este aumento de provisión si se demuestra que los gastos son excepcionales y no recurrentes, de tal manera que a futuro no se mantenga ese nivel de gasto imputado. Para poder acogerse a esta excepción, la entidad deberá demostrar esta circunstancia a la DGSFP.

CAPÍTULO 2: LAS PROVISIONES TÉCNICAS EN EL MARCO EUROPEO: SOLVENCIA II

El segundo entorno de valoración de provisiones técnicas en el sector asegurador es el marco europeo de Solvencia II. La normativa que forma Solvencia II, y que se detallará en el primer apartado del capítulo, es de obligado cumplimiento para todas las entidades aseguradoras con domicilio en alguno de los países miembros de la Unión Europea. No obstante, también hay países que, pese a no pertenecer a la Unión, han adaptado los preceptos de Solvencia II a sus ordenamientos jurídicos, especialmente en Latinoamérica.

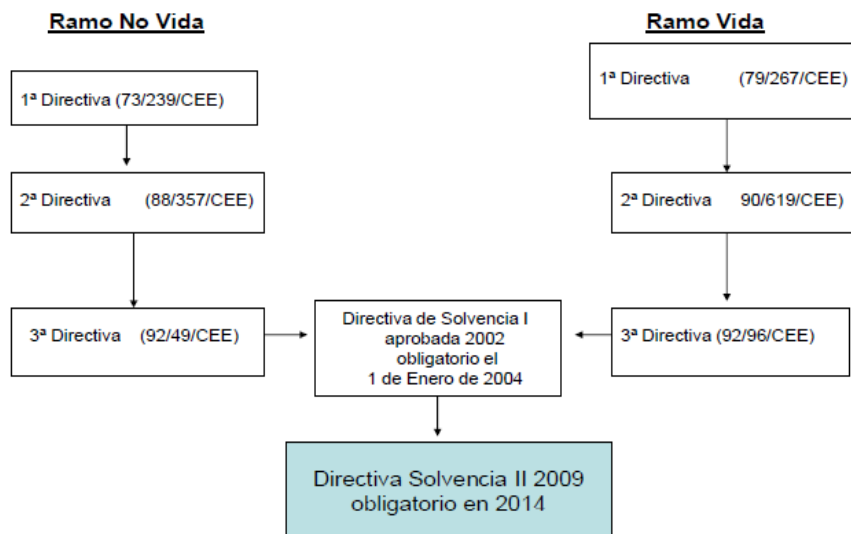
2.1. NORMATIVA APLICABLE

El proceso de preparación de lo que hoy conocemos como Solvencia II en Europa fue largo y complejo. En gran parte porque los retos a los que se enfrentaba también lo eran. Uno de los objetivos de Solvencia II era conseguir homogeneizar, entre los estados miembros de la Unión Europea, la legislación existente hasta el momento, de tal manera que todos los estados tuvieran un marco común. Mediante el requerimiento a las entidades de mayores exigencias de solvencia que asegurasen la estabilidad del sector se buscaba, fundamentalmente, mejorar la protección de los asegurados.

Los primeros pasos se dieron en 1973 con la publicación de la primera Directiva de No Vida (Primera Directiva 73/239/CEE del Consejo, de 24 de julio de 1973, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a la actividad del seguro directo distinto del seguro de vida, y a su ejercicio). En 1979, se publicaría la Primera Directiva para el negocio de Vida (Primera Directiva 79/267/CEE del Consejo, de 5 de marzo de 1979, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas, referentes al acceso a la actividad del seguro directo sobre la vida, y a su ejercicio). En total, se publicarían tres directivas para cada uno de los negocios, hasta que, en 2002, se publicarían las directivas que formarían Solvencia I: la Directiva 2002/13/CEE para no Vida y la Directiva 2002/83/CEE de Vida.

Solvencia I se centró fundamentalmente en intentar eliminar las divergencias entre las legislaciones de los países de la Unión Europea, especialmente en el acceso a la actividad aseguradora y su supervisión. Hasta este momento, la solvencia de la entidad se medía con ratios estáticos que no reflejaban la realidad de la situación actual de la entidad (Garayeta, A., Iturricastillo, I. y de la Peña, I., 2012).

Figura 4 Evolución de normativa hasta Solvencia II



Fuente: Gayareta, A. et al, 2012

En 2009 se publica la que será la normativa definitiva, 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 (en adelante Directiva de Solvencia II). Los importantes cambios que introducía en la valoración de la solvencia de las compañías y los nuevos y mayores requerimientos, en cuanto a publicación de información al mercado y estructura de gobierno, hicieron que su entrada en vigor se retrasara en varias ocasiones, hasta producirse finalmente el 1 de enero de 2016.

Como toda la normativa europea del ámbito financiero, el paquete normativo que forma Solvencia II se elaboró siguiendo el método Lamfalussy, bautizado así en nombre del presidente del comité asesor que lo creó, en marzo del 2001, Alexandre Lamfalussy. Se basa en cuatro niveles:

- Primer Nivel: se encuentran las Directivas y Reglamentos del Parlamento Europeo y del Consejo. Es la legislación marco en la que se establecen los principios básicos que posteriormente son desarrollados en los siguientes niveles. En este caso tendríamos la Directiva 2009/138/CE.
- Segundo Nivel: formado por las Directivas y Reglamentos emitidos por la Comisión Europea, que son normas de ejecución de los principios recogidos en las normas de primer nivel. En este nivel dentro del paquete de Solvencia II estaría el Reglamento Delegado 2015/35 de la Comisión de 10 de octubre de 2014, por el que se completa la Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo sobre el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio (en

adelante Reglamento de Solvencia II).

- Tercer nivel: guías y directrices de la autoridad de supervisión europea de seguros, en este caso EIOPA (*European Insurance and Occupational Pensions Authority*), que contribuyen a la aplicación coherente de las directivas, garantizando la cooperación eficaz entre las autoridades de supervisión nacionales y una convergencia de sus prácticas.
- Cuarto nivel: destinado al control, por parte de la comisión, de la transposición correcta y a su debido tiempo de la legislación europea en los derechos nacionales de cada estado miembro.

El Reglamento Delegado de segundo nivel es de aplicación directa. Sin embargo, la Directiva de primer nivel necesita de trasposición al ordenamiento jurídico para su plena efectividad. En España esta trasposición se llevó a cabo en 2015 a través de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR) y su correspondiente reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (ROSSEAR). En 2019 se inició un proceso de revisión de la norma, lo que se ha denominado la Reforma 2020 de Solvencia II. EIOPA, como supervisor europeo, ha sido el encargado de revisar el funcionamiento de la normativa para determinar si, tras 4 años en vigor, era el adecuado y permitía cumplir con los objetivos de transparencia y estabilidad del sector que se proponía (AFI, 2021). Las modificaciones que se proponen afectan fundamentalmente al método de extrapolación de las curvas de tipos de interés y al módulo de riesgo de mercado, para adaptarlo de manera que recoja más fielmente el impacto de las caídas de tipos que se han producido en los últimos años. Está previsto que el proceso de revisión finalice en el tercer trimestre de 2021 y se trasponga a las normativas nacionales en 2025, para su entrada en vigor a 1 de enero de 2026 (AFI, 2021).

2.2. PRINCIPIOS DE CÁLCULO DE LAS PROVISIONES TÉCNICAS

Solvencia II se base en tres pilares: el pilar cuantitativo, el pilar cualitativo y el pilar de disciplina de mercado. Esta estructura de pilares es muy similar a la que unos años antes se empleó en la reforma de la normativa del sector bancario, conocida como Basilea II. En el primer pilar, se establecen las exigencias de carácter financiero (Lozano, R, 2005), especialmente la forma de cálculo de las provisiones técnicas bajo Solvencia II y, posteriormente, en base a éstas, se calcula el nivel de capital requerido a la entidad en base a su perfil de riesgo. Este será, por tanto, el pilar en el que se

centrará el desarrollo de este capítulo.

El segundo pilar recoge todos los requerimientos de evaluación y control de los riesgos asumidos. La entidad deberá contar con un sistema de gobierno adecuado a sus características que le permita identificar, medir y controlar los riesgos, tanto presentes como futuros. Dentro de este sistema de gobierno, la normativa identifica las que son las funciones clave que toda entidad debe tener: función actuarial, control de riesgos, control interno y cumplimiento normativo (o *compliance*). Además, la entidad debe, anualmente, realizar una evaluación de sus riesgos y analizar si, a futuro, su nivel de solvencia y su capital son los adecuados, es lo que se denomina ORSA (acrónimo de *Own Risk and Solvency Assessment*). El objetivo es que la entidad cuente con los mecanismos suficientes para poder anticiparse a situaciones de crisis.

El tercer pilar desarrolla los requerimientos de información y transparencia, tanto con el mercado como con el supervisor. Anualmente, las entidades deben publicar un Informe de Situación Financiera y de Solvencia, conocido por sus siglas en inglés como SFCR (*Solvency and Financial Condition Report*), que contiene toda la información relativa a su perfil de riesgo, su nivel de solvencia y sus sistemas de gestión interna del riesgo, entre otra mucha información. Como información al supervisor, las entidades deben reportar trimestralmente todas las cifras de cálculo de provisiones técnicas y de capital de solvencia en las QRTs (*Quantitative Reporting Templates*), con las cuáles el supervisor puede conocer el perfil de riesgo de la entidad y si cumple los requerimientos de capital de solvencia; y, anualmente, deben elaborar un informe específico para el supervisor, el RSR (*Regular Supervisory Report*).

El cambio fundamental que introduce Solvencia II en 2016 es el paso de un enfoque estático de medición de riesgo a un enfoque dinámico, es decir, la medición de la solvencia cambia si cambia el entorno. Mientras que los modelos estáticos utilizan cifras dadas extraídas del balance o de la cuenta de resultados, los modelos dinámicos se basan en proyecciones de flujos de caja estimados en base a una serie de hipótesis realistas (Lozano, R., 2005).

La principal implicación de este nuevo enfoque es que cada entidad tendrá unos requerimientos de capital y de solvencia propios y únicos, en función de los riesgos que asuma y de las medidas que tome para mitigarlos. El principio fundamental que inspira Solvencia II es que a cada tipo de riesgo no puede corresponder siempre la misma necesidad de margen de solvencia, sino que estos requerimientos dependerán, además de la naturaleza de las operaciones realizadas por las entidades, de la configuración y de la eficacia de las estructuras de gestión y control interno de cada aseguradora (Lozano, R., 2005). Esta es una de las principales ventajas que presenta Solvencia II,

pues tiende a premiar a aquellas entidades que hagan las cosas bien, de tal manera que quien gestione mejor sus riesgos tendrá que asumir cargas de capital menores (UNESPA, 2005).

En definitiva, es un sistema de cálculo de necesidades de capital basado en la medición del riesgo (UNESPA, 2005). Esta medición está calibrada con la metodología VaR (*Value at Risk*), con un nivel de confianza del 99,5%. Esto significa que tiene en cuenta cualquier suceso adverso que pueda suceder con probabilidad hasta 1/200.

2.3. DEFINICIÓN DE PROVISIÓN Y COMPONENTES

Según la directiva de Solvencia II, el cálculo de las provisiones técnicas debe ser acorde con la valoración de los activos y de los demás pasivos, ser coherente con el mercado y ajustarse a la evolución internacional en materia de contabilidad y supervisión.

El punto de partida es transformar el balance contable en lo que se denomina el balance económico o balance de Solvencia II, donde todas las partidas, tanto del activo como del pasivo, están valoradas a mercado.

Valorar a mercado implica asignar el valor que tendría esa partida en una transacción de mercado entre partes debidamente informadas y en condiciones de independencia. Para las partidas del activo este requisito en el balance contable ya se cumple en muchos casos, pues las reglas de valoración contable de los activos en términos generales implican contabilizarlos por su valor de mercado. Sin embargo, en los pasivos, y especialmente en las provisiones técnicas de seguros, la valoración se complica, puesto que no existe un mercado en que se puedan intercambiar y, por lo tanto, no tienen un precio de transacción que se pueda asignar como valor de mercado, siendo necesario estimarlo.

Las provisiones técnicas bajo Solvencia II se definen como el importe actual que las empresas de seguros o de reaseguros tendrían que pagar si transfirieran sus obligaciones de seguro y reaseguro de manera inmediata a otra empresa de seguros o de reaseguros (Directiva 2009/138/CE, art.76.2.). El resultado de las provisiones técnicas será igual a la suma de la mejor estimación, conocido también como BEL por sus siglas en inglés (*Best Estimate Liability*), y del margen de riesgo (Directiva 2009/138/CE, art.77.1.).

Una vez determinado el importe de las provisiones técnicas a valor de mercado, estas son sometidas a diferentes shocks o pruebas de estrés con el objetivo de determinar el capital de solvencia obligatorio o SCR (*Solvency Capital Requirement*) que debe mantener la entidad para hacer frente a todas las pérdidas que puedan aparecer con un nivel de confianza del 99,5%.

2.3.1. Mejor estimación de las provisiones técnicas (BEL)

La mejor estimación se define en la normativa de Solvencia II como la media de los flujos de caja futuros ponderados por su probabilidad de ocurrencia, teniendo en cuenta el valor actual del dinero mediante la aplicación de la estructura temporal de tipos de interés pertinente (Directiva 2009/138/CE, art.77.2.). Esto es, que se calcula como el valor actual de los flujos de caja futuros relacionados con los contratos de seguro.

Esta mejor estimación debe basarse en información fiable y lo más actualizada posible. Para la proyección futura de los flujos deben utilizarse hipótesis realistas derivadas de acuerdo a métodos estadístico-actuariales adecuados. El cálculo debe realizarse bruto de reaseguro, es decir, separado de todos aquellos importes recuperables de los contratos de reaseguro.

Los flujos de caja a tener en cuenta en este cálculo se determinan en el artículo 28 del Reglamento Delegado, y son:

- Todos los pagos por prestaciones, tanto a tomadores como a beneficiarios, ya sean dinerarios o en especie.
- Todos los gastos en los que incurra la compañía para mantener las obligaciones de seguro.
- Las primas recibidas y cualquier otro ingreso derivado de esas primas, como, por ejemplo, el recargo de fraccionamiento.
- Pagos a intermediarios en relación con las obligaciones de seguro.
- Pagos realizados a empresas de inversión en relación a prestaciones vinculadas a índices o fondos.
- Pagos por salvamento y subrogación.
- Pagos por impuestos cobrados a los tomadores que se precisen para liquidar las obligaciones de seguro.

Estos flujos de caja deben ser probabilizados, tal y como se establece en la definición de la mejor estimación. Esto significa que en el cálculo hay que tener en cuenta todas las circunstancias que generan incertidumbre sobre los flujos y ajustarlos en base a ello. Esta incertidumbre puede afectar bien al momento de ocurrencia del flujo, bien a su importe, o bien puede estar derivada de decisiones tomadas unilateralmente por el tomador, como puede ser una anulación o un rescate.

Además de todas estas entradas y salidas de caja, la entidad también debe considerar las posibles opciones contractuales y garantías financieras que puedan existir en las pólizas y que pueda ejercer el tomador de manera unilateral. Esto es especialmente habitual en el negocio de vida, donde las pólizas de supervivencia suelen tener valores

garantizados, como el rescate total o parcial, la reducción o el anticipo y, en ocasiones, en el negocio de ahorro, también existen pólizas con participación en beneficios financiera. Que se produzcan o no estas salidas de caja dependerá del comportamiento del tomador y de la evolución del mercado financiero, por lo que la entidad, basándose en su experiencia, debe establecer hipótesis realistas que le permitan estimar estos pagos y tenerlos en cuenta en el cálculo de la mejor estimación.

Finalmente, todos estos flujos de caja, ya probabilizados, son descontados a una curva de mercado libre de riesgo, que como se verá en siguientes apartados, vendrá dada por el supervisor europeo y será la misma para todas las entidades.

Por lo tanto, al utilizar todas las entradas y salidas de caja posibles y descontarlas con una estructura de tipos de interés libre de riesgo, estamos ante una valoración a mercado, tal y como exige Solvencia II.

Para el cálculo de la mejor estimación es necesario tener en cuenta, además, dos aspectos importantes: la duración de los flujos a incluir en el cálculo, determinada por los límites del contrato, y el nivel de agregación al que se realiza, que son los denominados grupos homogéneos de riesgo.

2.3.1.1. Límites del contrato

En el cálculo de las provisiones técnicas bajo Solvencia II, se deben tener en cuenta todos los flujos de caja futuros derivados de las obligaciones presentes hasta la extinción de las mismas, excepto si existe un límite del contrato.

Un límite de contrato, según Solvencia II, se produce cuando (Reglamento Delegado UE 2015/35, art. 18):

- a) La entidad tenga el derecho unilateral a cancelar el contrato.
- b) La entidad tenga el derecho unilateral de rechazar las primas futuras.
- c) La entidad tenga el derecho unilateral de modificar las primas o las prestaciones a satisfacer, de tal manera que la prima refleje plenamente el riesgo.

Si se produce o puede producirse una de estas circunstancias, se considera que los flujos de caja posteriores a ese momento no forman parte del mismo contrato y, por lo tanto, no han de tenerse en cuenta en el cálculo de la mejor estimación. En el negocio de vida este suele ser el caso habitual de las pólizas de vida riesgo temporal anual renovable, en las que la entidad llegada la fecha de renovación y previo aviso al tomador con 2 meses de antelación, tiene la facultad unilateral de resolver el contrato.

2.3.1.2. Grupos homogéneos de riesgo

El artículo 80 de la Directiva 2009/138/CE establece que las obligaciones de seguro deben ser segmentadas en grupos homogéneos de riesgo y, como mínimo, al menos

por líneas de negocio, a la hora de calcular las provisiones técnicas.

El Reglamento Delegado 2015/35 desarrolla este concepto diferenciando entre el negocio de vida y el de no vida en los artículos 35 y 36 respectivamente. En el negocio de vida, el cálculo debe realizarse por defecto póliza a póliza, salvo que esto suponga una carga excesiva para la entidad. En ese caso, se podrán agrupar las pólizas en grupos homogéneos de riesgo que cumplan las siguientes condiciones:

- No existan diferencias significativas en los riesgos subyacentes de las pólizas de un mismo grupo en cuanto a su naturaleza o su complejidad.
- Que agrupar las pólizas no distorsione el riesgo subyacente ni los gastos proyectados.
- Que el resultado obtenido sea similar, aproximadamente, al calculado póliza a póliza, especialmente en cuanto a las opciones y garantías financieras.

Las líneas de negocio vienen establecidas en el Anexo I del Reglamento Delegado 2015/35 y se recogen en el Anexo A de este trabajo.

2.3.2. Margen de riesgo

El segundo componente de las provisiones técnicas es el margen de riesgo. La Directiva 2009/138/CE lo define como la cantidad que, añadida a la mejor estimación, garantice que el valor total de las provisiones técnicas sea equivalente al importe que la empresa de seguros necesitaría para poder asumir y cumplir con las obligaciones de la cartera de contratos. La regla general es que debe calcularse por separado de la mejor estimación y ser asignado a cada línea de negocio.

El margen de riesgo será igual al coste de financiación de los fondos propios necesarios para cubrir el capital de solvencia obligatorio. Parte de la premisa de que el hipotético comprador de la entidad de seguros tendrá que aportar o tener unos fondos propios inmovilizados, al menos por un importe equivalente al capital de solvencia obligatorio (SCR), y que, por lo tanto, el valor de mercado de las provisiones técnicas tiene que incluir el coste de capital que le generarán esos fondos propios.

La tasa del coste de capital a utilizar en el cálculo del margen de riesgo es la misma para todas las entidades y está fijada en un 6% (Reglamento Delegado UE 2015/35, art. 39).

2.3.3. Medida transitoria de provisiones técnicas

Para finalizar este apartado es necesario puntualizar la existencia de la medida transitoria de provisiones técnicas que contempla Solvencia II. Según la disposición transitoria segunda del ROSSEAR, existe un periodo transitorio de 16 años en el que las entidades pueden ir ajustando sus provisiones técnicas, de tal manera que el ajuste

sea del 0% en el año 2032 y el cálculo de las mismas se realice plenamente conforme a la normativa.

El importe del ajuste se calcula, a la fecha de entrada en vigor de Solvencia II, como la diferencia entre las provisiones técnicas de Solvencia II y las provisiones técnicas contables calculadas según el Reglamento de 1998. Esa diferencia se podrá ajustar al 100% en el primer año y linealmente se irá reduciendo este porcentaje hasta 2032.

La aplicación de la medida transitoria de provisiones técnicas es incompatible con la aplicación de la medida transitoria de tipo de interés que recoge la disposición transitoria primera del ROSSEAR. Además, está sujeta a autorización por la DGSFP, que podrá pedir su recalcular si varía el perfil de riesgo de la entidad. El ajuste por la transitoria y el impacto de no aplicar esta medida debe ser publicado anualmente en el Informe de Solvencia de las entidades que lo empleen.

A cierre de 2020, el total de entidades obligadas que aplicaban la medida transitoria de provisiones era de 118, de las cuales 19 eran españolas (EIOPA, 2020). El impacto de aplicar esta medida transitoria en el ratio de solvencia de las compañías españolas es muy elevado. La eliminación de esta medida transitoria supondría que el ratio de solvencia media, a cierre de 2020, de las 19 entidades que lo aplican, pasase de un 260% a un 199% (EIOPA, 2020).

2.4. MÉTODOS DE CÁLCULO

Una vez valoradas las provisiones técnicas a mercado y siguiendo los principios establecidos en la normativa de Solvencia II, el siguiente paso es el cálculo del Capital de Solvencia Obligatorio. Este es el equivalente al margen de solvencia que se requería en el entorno contable hasta 2015, cuando con la trasposición de Solvencia II al ordenamiento jurídico español se vio sustituido por el capital de solvencia.

En la Directiva se define el capital de solvencia obligatorio como el valor en riesgo de los fondos propios básicos de una empresa de seguros o de reaseguros, con un nivel de confianza del 99,5 %, a un horizonte de un año (Directiva 2009/138/CE, art. 101.3.). Para su cálculo deben tenerse en cuenta todos los riesgos cuantificables a los que la entidad esté expuesta y, como mínimo, se tendrá en cuenta el riesgo de suscripción, el riesgo de mercado, el riesgo de crédito y el riesgo operacional.

Para el cálculo de este capital de solvencia obligatorio, la normativa de solvencia propone dos opciones: la fórmula estándar o el modelo interno (Directiva 2009/138/CE, art. 100).

2.4.1. Fórmula estándar

La fórmula estándar es un cálculo de necesidades de capital que se basa en la

realización de diferentes escenarios de estrés sobre las provisiones técnicas y, por acumulación mediante correlaciones de todos esos shocks, se obtiene el capital que la entidad necesitaría para hacer frente al aumento de las obligaciones que le supondrían todas esas situaciones adversas.

La composición del SCR en base a la fórmula estándar se define en los artículos 103 a 111 de la Directiva de Solvencia II. El cálculo específico de cada uno de los módulos y submódulos se desarrolla en los artículos 87 a 207 del Reglamento Delegado.

Figura 5 Fórmula Estándar para el cálculo del SCR



Fuente: elaboración propia

Bajo la fórmula estándar, el SCR es igual a la suma del SCR Básico, el capital por riesgo operacional y el ajuste por la capacidad de absorción de pérdidas de las provisiones y los impuestos diferidos. El SCR básico es la suma correlacionada de las cargas de

capital de cada uno de los módulos que lo componen: el capital por riesgo de mercado, el capital por el riesgo de suscripción de vida, el capital por el riesgo de suscripción de no vida, el capital por el riesgo de suscripción de salud, el capital por riesgo de contraparte y el capital por el riesgo de intangibles.

Cada uno de estos módulos es a su vez el resultado de la suma correlacionada de diferentes submódulos que tratan de recoger todos los riesgos de un mismo tipo que pueden afectar negativamente a la entidad. La figura 5 muestra gráficamente la estructura de cálculo de la fórmula estándar que propone Solvencia II.

2.4.2. Modelo interno

La alternativa a la fórmula estándar es que la entidad derive sus propios parámetros para calibrar el capital de solvencia aplicando un modelo interno. Este modelo interno puede ser total o parcial. En este último caso, el modelo interno se utilizaría solo para el cálculo de la carga de capital de un módulo o submódulo en concreto, y para el resto de cargas de capital se seguirían los parámetros de la fórmula estándar.

Estos modelos parciales deben ser presentados y aprobados por el supervisor nacional en un plazo de seis meses, en este caso la DGSFP, para lo cual la entidad debe presentar pruebas documentales de que el modelo cumple con todos los requerimientos que establece Solvencia II. Estos requerimientos son tan exigentes y rigurosos que, en la práctica, ha supuesto que sean muy pocas las entidades que apuesten por un modelo interno para el cálculo de capital de solvencia y, las que lo han hecho, ha sido con modelos parciales aplicados a un submódulo en concreto. Además, el hecho de que la entidad tenga aprobado el modelo interno por el supervisor no le exime de que, en cualquier momento, a instancias de este y con causa justificada, tenga que realizar también el cálculo mediante fórmula estándar para verificar la correcta medición del riesgo, por lo que, en la práctica, el modelo interno supone también una carga adicional de trabajo y de exigencias de reporte para las entidades que optan por su utilización, lo que desincentiva que se utilice.

Concretamente, a cierre de 2020, en Europa, de las más de 2.300 entidades obligadas a aplicar Solvencia II, solo 91 aseguradoras estaban aplicando un modelo interno parcial y 56 un modelo interno total (EIOPA, 2020).

2.5. BASES TÉCNICAS

Como ya se ha indicado en varias ocasiones a lo largo del capítulo, el régimen de cálculo de las provisiones técnicas de Solvencia II requiere que estas sean valoradas con hipótesis realistas y acorde al mercado. Por lo tanto, las hipótesis financieras y biométricas deberán adaptarse a este entorno.

2.5.1. Tipo de interés

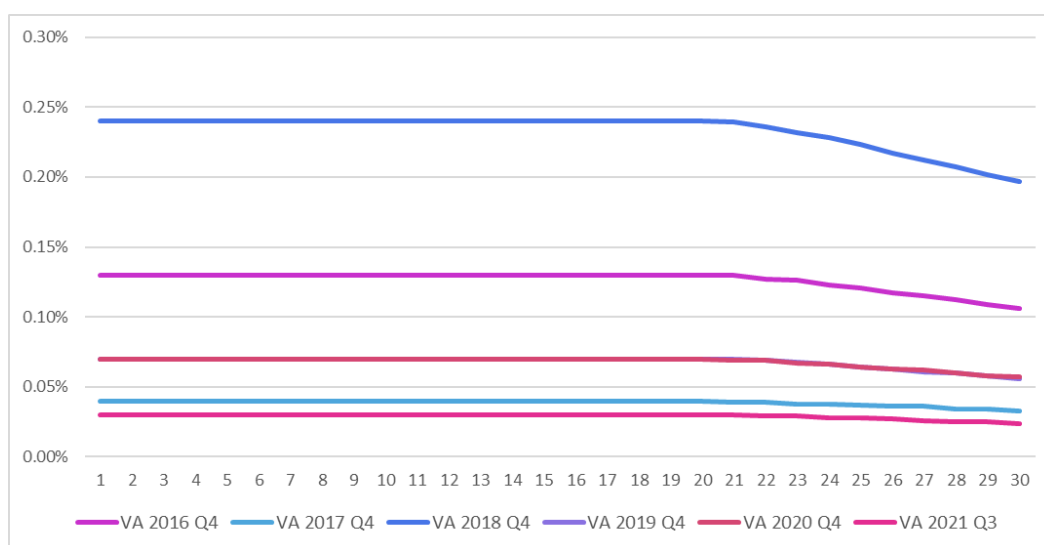
La curva de tipos de interés, que se utiliza para el cálculo de las provisiones técnicas de Solvencia II, es publicada mensualmente por EIOPA y es una curva libre de riesgo. Esta curva es la misma que se utiliza en el entorno contable para la valoración de las provisiones de las pólizas posteriores a 2015.

Los criterios que debe cumplir esta estructura temporal de tipos de interés son que sea accesible para las entidades y que se determine de un modo fiable sobre la base de instrumentos financieros negociados en un mercado profundo, líquido y transparente. La curva de tipos de interés se determina por cada moneda y para cada vencimiento. La figura 2 del capítulo 1 recoge la evolución de las curvas de tipos de interés a cierre de cada ejercicio desde la entrada en vigor de Solvencia en 2016 hasta la actualidad. Puede observarse como la curva ha ido cambiando a lo largo de los años según han ido evolucionando la situación económica y los mercados financieros, tocando tipos mínimos en el cierre del ejercicio 2020, donde la curva presentaba tipos negativos hasta el período 21.

Sobre esta curva base, las entidades tienen la opción de añadir un ajuste por volatilidad o un ajuste por casamiento que eleve el nivel de la curva de tal manera que el valor actual de las provisiones técnicas, la mejor estimación, sea menor que con una curva libre de riesgo pura.

El ajuste por volatilidad refleja el diferencial entre los tipos que pueden obtenerse de los activos de una cartera de referencia para la misma moneda y el tipo de interés libre de riesgo. Esta cartera de referencia debe ser representativa de los activos en los que invierten las empresas de seguros para cubrir las provisiones técnicas. Este ajuste es publicado por EIOPA mensualmente junto con la curva de tipos de interés libre de riesgo. A cierre de 2020, el 26% de las entidades europeas que aplican Solvencia II estaban utilizando el ajuste por volatilidad en el cálculo de sus provisiones técnicas y, concretamente en España, es utilizado por 80 entidades (EIOPA, 2020). La figura 6 muestra la evolución del ajuste por volatilidad a cierre de cada ejercicio desde 2016 hasta la actualidad.

Figura 6 Ajuste por volatilidad 2016 - 2021



Fuente: Elaboración propia

Alternativamente, la entidad podrá añadir a la curva libre de riesgo un ajuste por casamiento de flujos. La aplicación de este ajuste está condicionada a cumplir los siguientes requisitos:

- La entidad ha asignado una cartera de activos para cubrir la mejor estimación con flujos similares y la mantiene durante toda la vida de las obligaciones.
- La cartera de obligaciones a la que se han asignado los activos está perfectamente identificada y se gestiona de forma separada del resto de actividades.
- La cartera de activos asignada no puede utilizarse para cubrir pérdidas de otras actividades.
- Los flujos esperados de los activos replican los flujos esperados de los contratos de seguro.
- No se tienen en cuenta las primas futuras de los contratos de la cartera.
- Solo presenta riesgo de suscripción por longevidad, gastos, revisión y mortalidad.
- Los contratos no incluyen opciones para el tomador, con excepción del rescate si está limitado al valor de los activos asignados.
- Los flujos de los activos son fijos y no pueden verse alterados por el emisor.

Si se cumplen todos y cada uno de los requisitos, la entidad podrá ajustar la curva libre de riesgo para que refleje la rentabilidad que está obteniendo de la cartera de activos asignada.

Este ajuste fue diseñado especialmente para el mercado español y el mercado de Reino Unido, intentando simular los sistemas de casamiento de flujos que ya existían contablemente. De hecho, a cierre de 2020, y con la salida de Reino Unido de la UE,

solo existen 14 entidades que estén aplicando el ajuste por casamiento y todas ellas son españolas (EIOPA, 2020).

2.5.2. Tablas de mortalidad

Para el cálculo de las obligaciones derivadas de los contratos, la entidad deberá utilizar una hipótesis biométrica que refleje el comportamiento real observado en su cartera, que es lo que la normativa continuamente denomina hipótesis realista.

Como hipótesis realistas, tanto de mortalidad como de supervivencia, las aseguradoras pueden utilizar una tabla aceptada por la DGSFP para ello o bien aplicar una hipótesis de experiencia propia. Esto lleva a que las entidades tengan que realizar estudios de experiencia sobre sus carteras de asegurados para analizar el comportamiento real de su siniestralidad y comprobar en qué medida el comportamiento de su cartera se acerca o no a una determinada tabla de mortalidad.

Del mismo modo que sucedía en el ámbito contable, la DGSFP, mediante resolución, determina qué tablas son o no admisibles en el cálculo de las provisiones técnicas. Los requisitos para que una determinada tabla pueda ser admisible en el cálculo de las provisiones técnicas en el régimen de solvencia han sido recientemente modificados por el Real Decreto 288/2021, de 20 de abril.

Estos requisitos vienen determinados por el artículo 133 del ROSSEAR y son muy similares a los establecidos para el entorno contable, con la diferencia de que, para la mejor estimación, la tabla puede estar basada en observaciones de hasta 20 años en lugar de 10.

En la resolución del 17 de diciembre del 2020, la DGSFP declaró admisibles las tablas de mortalidad publicadas en su versión de segundo orden: las PER2020 para supervivencia y las PASEM2020 para mortalidad. En esta misma resolución, la DGSFP publicaba también la Guía técnica 1/2020 que contiene los criterios de supervisión de las hipótesis biométricas utilizadas por las entidades. Esta última resolución ha elevado los requerimientos de justificación e información en torno a las hipótesis realistas basadas en experiencia propia de la entidad. Todos estos requerimientos pueden consultarse en el Anexo B.

2.5.3. Gastos

Los gastos son uno de los flujos de caja que deben considerarse en el cálculo de la mejor estimación. La entidad debe incluir en el cálculo todos los gastos relacionados con la obligación de seguro en los que la entidad incurre para poder cumplirla. Estos gastos son, fundamentalmente, de dos tipos: los gastos de adquisición, que son todos aquellos gastos que la entidad tiene por poner una póliza a la venta, y los gastos de

mantenimiento o administración, que son en los que incurre en el día a día de la actividad para poder realizar el mantenimiento la gestión de su cartera de obligaciones. Además, la entidad debe considerar también los gastos de gestión de inversiones y los gastos de gestión de siniestros (Reglamento Delegado 2015/35, art. 31). Estos gastos deben ser cubiertos, a priori, con los recargos externos y los recargos internos de la base técnica respectivamente.

Es importante matizar en este punto la diferencia con los gastos que se consideran en las bases técnicas contables. En este caso, se hace referencia a los gastos reales de la entidad, que la entidad debe tener controlados y que, si la base técnica de la póliza es adecuada y suficiente, deben cubrirse con los recargos internos y externos que se incluyen en la base técnica y que se repercuten a los asegurados.

Si los recargos percibidos no son suficientes para cubrir los gastos reales, la mejor estimación de las provisiones técnicas será superior puesto que la entidad tiene una obligación mayor al tener que asumir el exceso de gastos con sus fondos propios.

Para computar los gastos en la estimación de los flujos de caja futuros, la entidad deberá asignarlos a su cartera de contratos de forma realista y objetiva y asumiendo que va a seguir operando a futuro.

Además de computarlos en el cálculo de las provisiones técnicas, la fórmula estándar de solvencia también contempla el riesgo de gastos dentro del módulo de suscripción. Parte del capital de solvencia obligatorio está destinado a cubrir el riesgo de que los gastos reales de la compañía se incrementen.

CAPÍTULO 3: LAS PROVISIONES TÉCNICAS EN EL MARCO INTERNACIONAL: IFRS 17

El tercer entorno de cálculo de provisiones técnicas que se analiza es el marco propuesto por IFRS 17, que entrará en vigor el próximo 1 de enero de 2023 y que, mientras son se trasponga, solo aplicará a las entidades con valores emitidos a cotización en un mercado regulado que tendrán que simultanear estos nuevos cálculos con los que realizan en los dos entornos anteriores.

3.1. NORMATIVA APLICABLE

IFRS 17 fue publicada en mayo de 2017 por el Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad, conocido por sus siglas en inglés como IASB. El nuevo estándar es fruto de más de 10 años de trabajo (desde la publicación en 2004 de la NIIF 4), con el objetivo final de crear una norma contable que homogeneice la información financiera de los contratos de seguro y aumente la utilidad y la comparabilidad de la misma entre jurisdicciones. Tras un proceso de enmiendas y revisión, finalmente, la entrada en vigor será el 1 de enero de 2023.

3.1.1. El IASB y los estándares contables internacionales

Las NIIF (Normas Internacionales de Información Financiera), también conocidas por sus siglas en inglés como normas IFRS (*International Financial Reporting Standard*), son los estándares internacionales de contabilidad que elabora y publica el órgano regulador de la Fundación IFRS, el Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad o IASB (*International Accounting Standard Board*).

La fundación IFRS nació en 2001, como continuación del denominado Comité de Normas Internacionales de Contabilidad o IASC por sus siglas en inglés, fundado en 1973. Tal y como se define en su web oficial, es una organización sin ánimo de lucro encargada de la elaboración de estándares contables internacionales de alta calidad, con el objetivo principal de incrementar la transparencia y la eficiencia entre los diferentes mercados financieros internacionales.

Según la fundación (*International Financial Reporting Standards Foundation, 2017*), las normas IFRS:

- Aumentan la transparencia al incrementar la comparabilidad internacional y la calidad de la información financiera suministrada a los diferentes interesados.
- Fortalecen la rendición de cuentas al reducir las diferencias de información entre los suministradores de capital, es decir, los inversores, y aquellas personas o entidades a las que han confiado su dinero.

- Contribuyen a la eficiencia económica, ya que ayudan a los inversores a identificar oportunidades y riesgos en todo el mundo y, como consecuencia, mejoran la asignación de capital.

Los estándares internacionales deben ser aplicados por todas aquellas empresas con obligación pública de rendir cuentas, entendiéndose por tales las sociedades cotizadas en las bolsas de valores y las instituciones financieras (IFRS, 2017). En España, esto afecta a Mapfre, a Grupo Catalana Occidente, los dos grupos con sede española cotizados en bolsa, y a la reciente incorporada al mercado bursátil español, Línea Directa. Adicionalmente, también será de aplicación a todas aquellas entidades que aun sin ser cotizadas, tengan valores de renta fija emitidos en un mercado regulado. Estas compañías deberán comenzar a aplicar IFRS 17 tan pronto como entre en vigor, para el resto no será de aplicación obligatoria hasta que se trasponga al ordenamiento jurídico español.

Además de las normas NIIF, la fundación IFRS también elabora y publica las interpretaciones SIC, como ampliación y desarrollo de las anteriores. El cuerpo que se dedica a la elaboración de estas interpretaciones no es el IASB sino el Comité de Interpretaciones. A lo largo de su historia, se han publicado un total de 41 normas NIC o IAS (anteriores a 2001) y 17 normas NIIF o IFRS (véase Anexo C).

3.1.2. El antecedente IFRS 4 y la transición a IFRS 17

El proyecto para la creación de un estándar contable internacional para contratos de seguro fue iniciado en 1997 por el IASC, y continuado posteriormente por el actual IASB a partir de su creación en 2001. Un proyecto tan ambicioso, que pretendía una homogeneización de multitud de prácticas contables, era difícil de abordar en poco tiempo, por ello se decidió dividir en dos fases, culminando la primera de ellas en 2004 con la publicación de la NIIF 4.

Esta norma, actualmente en vigor, se caracterizaba por permitir casi todas las prácticas contables nacionales que existían, con limitadas restricciones y mejoras sobre las mismas, y requerir la publicación y presentación de información adicional sobre los contratos de seguro mantenidos.

El hecho de que se permitiese la utilización de tan variadas prácticas contables hizo que el objetivo principal del consejo, que es la homogeneización y comparabilidad de la información financiera a nivel internacional, no se cumpliera. La información publicada por las entidades bajo la actual IFRS 4, aun siguiendo un mismo formato de presentación, no es comparable puesto que los criterios y las metodologías utilizadas para la contabilización de las actividades de seguro son diferentes entre jurisdicciones.

Los trabajos de preparación de la segunda fase se iniciaron en 2007, tan solo tres años después de la publicación de la primera norma, con el Documento de Discusión que recoge un primer enfoque preliminar del consejo sobre el modelo contable internacional que pretendía desarrollar. Posteriormente, se publicarían dos proyectos de Norma, en 2010 y en 2013 respectivamente. Sobre todos estos documentos, el consejo recibió un total de 607 cartas de comentarios (162, 251 y 194 respectivamente) (*International Accounting Standard Board*, 2017 b). Esta fase culminaría con la publicación en mayo de 2017 de la NIIF 17.

Desde la publicación de la norma, el IASB ha seguido trabajando en la misma, focalizándose sobre todo en las implicaciones que tendrá para las aseguradoras la transición de sus sistemas de contabilidad locales al nuevo estándar. En muchos casos, supondrá, además de cambios metodológicos, cambios en la organización y en los sistemas de las compañías para adaptar sus procesos y sus herramientas a las nuevas exigencias normativas. Por ello, en noviembre de 2018, el comité retrasaba un año la entrada en vigor de la norma, prevista inicialmente para el 1 de enero de 2021. Y, en junio de 2020, se volvía a retrasar otro año más, siendo actualmente la fecha de primera aplicación el 1 de enero de 2023 (AFI, 2020).

Aunque el estándar fue publicado en 2017, hoy en día sigue en proceso de revisión, la última propuesta de modificaciones se realizó en julio de 2021. El IASB, basándose en los comentarios recibidos de entidades y organismos del sector, ha propuesto modificaciones y enmiendas que buscan fundamentalmente hacer más fácil la transición y la primera aplicación de sus principios, así como intentar reducir los costes de la implementación. Las modificaciones que se plantean no van a afectar al cuerpo central del estándar ni a los requerimientos de cálculo y de presentación de la información, por lo que todo lo desarrollado de aquí en adelante será perfectamente válido cuando la norma, finalmente, comience a aplicarse.

3.2. PRINCIPIOS DE CÁLCULO DE LAS PROVISIONES TÉCNICAS

El objetivo principal de cualquier norma NIIF es “que las entidades proporcionen información relevante que represente fielmente esos contratos” (IASB, 2017 a, IN1). La disponibilidad de información relevante es fundamental para la toma de decisiones y para que los *stakeholders* puedan evaluar la situación financiera de la compañía.

Es esencial para estos grupos de interés que la información sea relevante, fiel y, además, comparable entre compañías y jurisdicciones. Ese es el otro objetivo principal que persigue el nuevo estándar contable, tratando de poner fin a la gran variedad de prácticas contables locales que se permiten aplicar hasta el momento bajo IFRS 4.

El primer aspecto diferencial de IFRS 17, respecto al resto de entornos, es su alcance. Mientras que, en el marco contable y en Solvencia II, la aplicación de los requerimientos se determina a nivel compañía; en IFRS 17, el alcance se determina a nivel de contrato de seguro. Esto implica que habrá entidades que, sin ser aseguradoras, tendrán que aplicar el estándar internacional si comercializan contratos de seguro a efectos de IFRS 17.

Dado que el ámbito de aplicación de IFRS 17 es el contrato y no la entidad, la norma se detiene a explicar detalladamente lo que se considera contrato de seguro a efectos de aplicación del estándar. En el Apéndice A, se define un contrato de seguro como un “contrato en el que una de las partes (la emisora) acepta un riesgo de seguro significativo de la otra parte (el tenedor de la póliza de seguro), acordando compensar al tenedor si ocurre un evento futuro incierto (el suceso asegurado) que afecta de forma adversa al tenedor de la póliza” (IASB, 2017 a).

El Consejo, en la elaboración de la norma, parte de la idea esencial de que “un contrato de seguro combina componentes de un instrumento financiero y de un contrato de servicios” (IASB, 2017 a, IN5). De ahí que uno de los puntos clave de la norma es la presentación separada de los ingresos por las actividades propias de seguro de las que no lo son.

La norma se basa en tres ideas clave recogidas en el párrafo IN5 de su introducción (IASB, 2017 a):

1. Combinar una metodología basada en la estimación de flujos de efectivo futuros descontados a valor actual, con el reconocimiento de los ingresos generados por el contrato a medida que se presta el servicio de seguro a lo largo de su duración.

Este es uno de los principales cambios que tienen que afrontar las compañías. Actualmente, los ingresos de seguros se reconocen automáticamente al inicio del contrato, en el momento que se cobra la prima, y los gastos por prestaciones cuando se producen los siniestros. Con el nuevo enfoque, las ganancias generadas por el contrato (siempre y cuando no sea oneroso como se verá más adelante) se reconocerán a medida que se vaya prestando el servicio a lo largo del periodo de cobertura y se vayan cumpliendo las obligaciones de seguro. Obedece, por tanto, a un principio de devengo de ingresos y gastos y no de caja o efectivo.

Esto supone un gran reto y va a requerir un gran esfuerzo para las compañías, tanto a nivel conceptual y metodológico como organizativo, ya que deberán adaptar sus sistemas informáticos y sus procesos para ser capaces de medir el valor de un contrato en base a todos los flujos de efectivo que genere, e ir actualizándolo a medida que se

presta el servicio.

2. Presentar por separado el resultado por ingresos y gastos procedentes de actividades propias de seguro del resultado financiero obtenido de las inversiones realizadas por esas actividades de seguro.

Este desglose de resultados permitirá evaluar qué parte del resultado de la entidad se debe a la actividad pura de seguro, y si con ello puede asegurar su continuidad y su estabilidad económica y financiera. O si, por el contrario, la verdadera fuente de ingresos de la compañía son los resultados financieros que obtiene de sus inversiones y no su actividad principal.

Este desglose proporciona mayor información útil a los *stakeholders* o grupos de interés.

3. La entidad debe elegir una opción de política contable para cada una de sus carteras. Concretamente, la compañía debe decidir si reconoce su resultado financiero por seguros en el periodo en el que está reportando o reconocer algunos de esos ingresos y gastos en otro resultado.

Destacar por último que IFRS 17 es una norma de principios, esto quiere decir que el estándar establece las bases sobre las que deben contabilizarse y valorarse los contratos de seguro y los criterios para ello, pero no establece el cómo las compañías deben aterrizar estos principios.

3.3. DEFINICIÓN DE PROVISION Y COMPONENTES

En IFRS 17, no se hace referencia a las provisiones o al pasivo, sino al valor en libros del contrato o del grupo de contratos. Para el IASB, el valor en libros de un contrato de seguro debe ser un reflejo de la obligación que tiene la entidad de prestar servicios en el futuro derivada de ese contrato, y ese importe debe ser como mínimo igual a los flujos de efectivo derivados del cumplimiento del contrato.

Todo el modelo de valoración y contabilización de los contratos de seguro propuesto por IFRS 17 gira en torno al concepto del margen de servicio contractual del seguro, en adelante CSM por sus siglas en inglés (*Contract Service Margin*).

La norma define el CSM como un “componente del valor en libros del activo o pasivo para el grupo de contratos de seguro que representa la ganancia no acumulada (no devengada) que la entidad reconocerá a medida que preste servicios bajo los contratos de seguro del grupo” (IASB, 2017 a, apéndice A). Es decir, en el momento de medición, representa el valor actual de los beneficios futuros que generará el contrato o el grupo de contratos a lo largo de su vida. El CSM no se recalcula, sino que se valora al inicio, en el reconocimiento de los contratos y, posteriormente, se va ajustando y liberando conforme a un patrón establecido por la compañía.

El valor en libros total de un grupo de contratos será igual al pasivo por la cobertura restante más el pasivo por reclamaciones incurridas. Estos componentes también se conocen por sus siglas en inglés como LRC (*Liability for Remaining Coverage*) y LIC (*Liability for Incurred Claims*) respectivamente.

El pasivo por la cobertura restante representa la obligación por la duración restante del contrato, es decir, por la parte no expirada hasta el momento. A su vez, se compone de:

- Los flujos de efectivo procedentes del cumplimiento o *Fulfillment Cashflows* (FCF por sus siglas en inglés), que tendrán en cuenta el valor temporal del dinero y el ajuste por riesgo.
- El margen de servicio contractual a esa fecha, que se calculará partiendo del CSM al inicio del periodo, ajustándolo y liberando el CSM por la cobertura ya vencida.

El pasivo por reclamaciones incurridas se relaciona con sucesos asegurados que ya han tenido lugar en la parte de contrato expirada y otros gastos de seguro incurridos. Es decir, hace referencia a las prestaciones y gastos reales a los que ha tenido que hacer frente la compañía en virtud del contrato y en el periodo que ha transcurrido desde el reconocimiento inicial hasta el momento de valoración en el que se encuentre.

3.3.1. Límites del contrato

Al igual que sucedía en Solvencia II, los flujos futuros que se incluyen en la valoración de los contratos bajo IFRS 17 se acotan a los límites del contrato. Se considera que los flujos de efectivo pertenecen al contrato siempre y cuando exista una obligación sustantiva de proporcionar servicios por parte de la entidad durante el periodo sobre el que se informa o la entidad pueda obligar al tomador al pago de la prima.

Los límites del contrato se recogen en el párrafo 34 de la norma (IASB, 2017 a), según el cual, la obligación sustantiva finaliza bien cuando la entidad puede reevaluar el riesgo de un tomador y establecer una nueva prima o ganancia acorde al mismo para un contrato en concreto, o bien cuando la entidad puede reevaluar el riesgo de una cartera y establecer una nueva prima acorde al nuevo riesgo de la cartera.

Los flujos pertenecen al contrato cuando nacen de derechos y obligaciones sustantivos recogidos en el contrato durante el periodo del que se informa. Esto sucede cuando, o bien la entidad puede obligar al tomador al pago de la prima, o bien cuando la entidad tiene la obligación sustantiva de prestar un servicio establecido en el contrato.

En el anexo D, se representa una propuesta de proceso de determinación de la pertenencia o no de los flujos de efectivo al contrato.

3.3.2. Agrupación de contratos

Otra de las grandes novedades y retos que plantea IFRS 17 es la agrupación de los

contratos. Mientras que solvencia se queda en el nivel de cartera y grupo homogéneo de riesgo como nivel de agregación para el cálculo de las provisiones técnicas, IFRS 17 hace referencia continuamente a los grupos de contratos. Estos grupos serán el resultado de aplicar tres niveles de desagregación: la cartera, la onerosidad y la añadida. En primer lugar, la entidad tiene que determinar sus carteras de contratos de seguro. La norma define cartera como un “conjunto de contratos sujetos a riesgos similares y que son gestionados conjuntamente” (IASB, 2017a). Este nivel de agregación podría ser equivalente al grupo homogéneo de riesgo de Solvencia II.

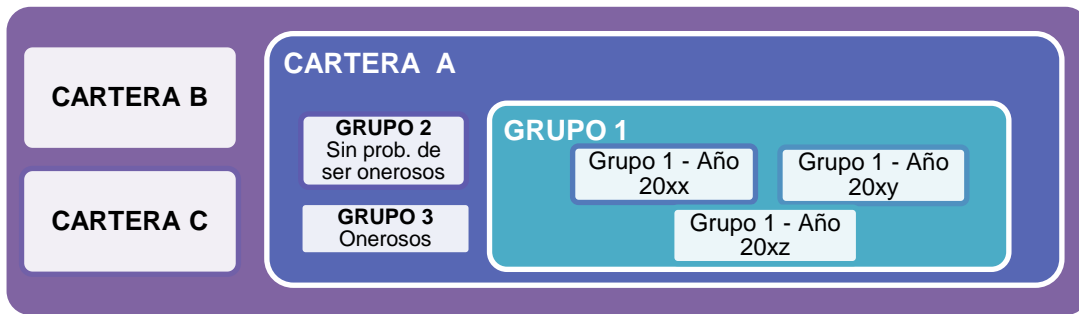
Una vez definidas las carteras de contratos, la entidad deberá subdividir cada una de ellas en tres grupos:

- Contratos que son onerosos en el momento del reconocimiento inicial.
- Contratos que en el reconocimiento inicial no son onerosos y, además, no tienen una probabilidad significativa de volverse onerosos, es decir, serían contratos que se estima que serán rentables hasta su vencimiento.
- Resto de los contratos de la cartera, es decir, aquellos contratos que no son onerosos en el reconocimiento inicial, pero se considera que si podrían volverse onerosos a lo largo de su duración.

Esta agrupación se realiza en el momento del reconocimiento inicial del contrato y se mantiene en el mismo grupo durante toda su duración o hasta que llegue el límite del contrato. Los principios marcados por la norma en este sentido son bastante amplios, por lo que dejan bastante discrecionalidad a las compañías a la hora de determinar el umbral a partir del cual consideran significativa la probabilidad de que un contrato se convierta en oneroso.

Lo que sí define expresamente la norma es lo que considera un contrato oneroso. Según el párrafo 47 del estándar, será aquel que “en la fecha de reconocimiento inicial, sus flujos de efectivo procedentes del cumplimiento (...) representan una salida neta” (IASB, 2017a). Es decir, un contrato será oneroso si, al calcular su CSM en el momento del reconocimiento inicial, el valor actual de sus flujos de efectivo de entrada menos sus flujos de efectivo de salida, ajustados por el riesgo no financiero, representan un valor negativo.

Figura 7 Agrupación de contratos en IFRS17



Fuente: elaboración propia

El último nivel de la agregación que exige la norma son las añadas. Dentro de un mismo grupo no puede haber contratos emitidos con más de un año de diferencia, de tal manera que la entidad tendrá que subdividir además cada uno de los grupos aplicando este principio.

Este es uno de los puntos que más opiniones contrarias ha suscitado en el mercado asegurador, por la complejidad que añade en los procesos. De hecho, en la última propuesta de reglamento de la Comisión Europea para la adopción del estándar, se incluye una exención opcional para no aplicar la distinción por añadas.

3.4. MÉTODOS DE CÁLCULO

IFRS 17 contempla tres métodos de cálculo del CSM y del valor en libros de los contratos de seguro. El modelo general es el denominado *Building Block Approach* (en adelante BBA). Como se verá a continuación, recibe esta denominación porque construye la valoración de las provisiones mediante bloques que se revisan y recalculan en cada periodo de valoración. Es el modelo que por defecto aplica a todos los contratos.

Además de del modelo de medición general por bloques (BBA), visto en los apartados anteriores, la norma contempla otros dos métodos de valoración y contabilización más simplificados: el método de asignación de la prima o *Premium Allocation Approach* (PAA) y el método específico para contratos con participación directa o *Variable Fee Approach* (VFA).

3.4.1. Modelo general: *Building Block Approach*

Para el IASB, el valor en libros de un contrato de seguro debe ser un reflejo de la obligación que tiene la entidad de prestar servicios en el futuro derivada de ese contrato.

El modelo general de medición que propone la norma ha recibido el nombre de modelo de medición por bloques o *Building Block Approach*, ya que parte de una valoración inicial y considera que, el valor en libros de un contrato, está formado por diferentes componentes o bloques que se van actualizando en cada fecha de medición, generando movimientos y liberaciones de activo y/o pasivo.

En el reconocimiento inicial, el CSM refleja los beneficios que la entidad espera obtener al cumplir con el contrato y prestar los servicios que en él se recogen. Esta ganancia, en lugar de reconocerse en el momento inicial con el cobro de las primas conforme al principio de caja como sucede actualmente, se irá reconociendo a lo largo de la duración del contrato o del grupo de contratos, a medida que la entidad vaya prestando el servicio y liberándose de sus obligaciones contractuales.

Sin embargo, si en lugar de una ganancia, la medición del contrato en el momento inicial recoge un valor negativo, esto es, el contrato es oneroso, esa pérdida se reconocerá automáticamente en la cuenta de resultados y no se difiere en el tiempo como en el caso del CSM positivo.

Según el párrafo 32 de la norma, en el momento inicial, el grupo de contratos de seguro se debe medir y contabilizar por el total de los siguientes conceptos:

- Los flujos de efectivo procedentes del cumplimiento.
- El margen de servicio contractual o CSM.

A su vez, los flujos de efectivo del cumplimiento incluyen:

- La estimación de los flujos de efectivo futuros dentro de los límites del contrato y relacionados con el cumplimiento del mismo.
La estimación de los flujos de efectivo futuros del grupo de contratos recogerá todos los flujos de entrada y de salida, con la condición de que estén relacionados con la prestación del servicio o el cumplimiento de la obligación del contrato. También se incluirán los flujos sobre los que la entidad tenga discrecionalidad, ya sea sobre su importe o sobre su momento de pago. Son los que recoge el párrafo B66 del apéndice B de la norma (IASB, 2017 a).
- Un ajuste por el valor temporal del dinero y el riesgo financiero relacionado con los anteriores flujos de efectivo futuros. En definitiva, el efecto del descuento al calcular el valor actual de los flujos de efectivo con la estructura de tipos de interés de mercado en el momento de la valoración.
- Otro ajuste para el riesgo no financiero. Este ajuste reflejará la compensación que la entidad requiere por soportar la incertidumbre acerca del importe y la fecha de ocurrencia de los flujos de efectivo.

En definitiva, el CSM será igual al valor de los flujos de efectivo del cumplimiento, resultante de añadir al valor presente de los flujos de efectivo futuros del contrato un ajuste por riesgo no financiero.

De esta manera, como decíamos anteriormente, en el reconocimiento inicial, la entidad no podrá reconocer ganancia alguna por el contrato o por el grupo de contratos, ya que

contabilizará un pasivo por los flujos de efectivo del cumplimiento y un margen de servicio contractual por el mismo importe.

Tras el reconocimiento inicial, el valor en libros total de un grupo de contratos será igual al pasivo por la cobertura restante más el pasivo por reclamaciones incurridas que se definían en el apartado anterior. En cada periodo de medición, será necesario recalcular los flujos de efectivo del cumplimiento y ajustar el CSM del grupo de contratos para, en base a ello, calcular la liberación correspondiente al periodo transcurrido y el nuevo CSM al final del periodo que se quedará contabilizado en libros.

Toda esta valoración posterior de los diferentes componentes del valor en libros del contrato se hace con lo que se denomina la tasa de descuento *lock-in*, es decir, la curva de descuento asignada al grupo de contratos en su reconocimiento inicial. Esto implica que, en la valoración del movimiento del CSM, no se incluirán ajustes por cambios en el descuento, estos se llevan al resultado financiero que se presenta de forma separada del resultado del seguro.

3.4.2. Modelo simplificado: *Premium Allocation Approach*

Las especialidades del enfoque de asignación de prima respecto al modelo general se recogen en los párrafos 53 a 59 de la norma. Este enfoque simplificado de medición se puede aplicar a grupos de contratos que cumplan una de las siguientes condiciones:

1. Se espera que el resultado de la medición del pasivo por la cobertura restante (LRC) usando este enfoque sea similar al que resultaría aplicando el modelo general.
2. La duración de la cobertura de cada uno de los contratos del grupo, teniendo en cuenta la aplicación de los límites del contrato, es máximo un año.

En el reconocimiento inicial, la medición del importe en libros del pasivo es mucho más sencilla. Simplemente, será igual a las primas recibidas menos los flujos de efectivo por la adquisición del seguro. La entidad que aplique este enfoque podrá optar, alternativamente, por reconocer los gastos de adquisición iniciales como un gasto, en cuyo caso, no será necesario descontarlos en el momento del reconocimiento inicial del valor en libros.

En las posteriores valoraciones, el PAA simplifica la presentación del valor en libros del grupo de contratos. El importe del pasivo por la cobertura restante (LRC) se presenta como una cifra neta, sin desglosar entre los flujos del cumplimiento y el CSM, como se requiere en el modelo general.

El pasivo por reclamaciones incurridas bajo el PAA se valora igual que en el modelo general.

En la práctica, una vez entre en vigor la norma, este será el enfoque seguido en el

negocio de no vida, en el que la gran mayoría de las pólizas son renovables anualmente. En vida, sin embargo, se podrá aplicar este enfoque, a priori, únicamente a los contratos de riesgo renovables (TAR) y en los ramos de salud y decesos (asumiendo que los asimilamos al negocio de vida), dependiendo de las modalidades del producto y de los límites de los contratos en cada caso. En definitiva, en el negocio de vida, las compañías deberán realizar un estudio previo para determinar qué método de medición es aplicable en cada caso, pues dependerá de cada compañía y de las características de cada producto.

3.4.3. Variable Fee Approach

El modelo modificado para la medición de los contratos con participación directa es el que se denomina *Variable Fee Approach* o VFA, que recibe este nombre porque se adapta la medición del CSM del modelo general para reflejar la naturaleza variable de los pagos (KPMG, 2017).

La norma considera que son contratos con participación directa, aquellos que:

- Suponen para el tomador la participación directa en parte de un conjunto de elementos subyacentes identificados claramente.
- La entidad, en base al contrato, espera pagar al tomador un importe que equivale a la participación en esos elementos subyacentes a valor razonable, es decir, no hay una garantía ni en cuanto al capital a pagar ni en cuanto a la rentabilidad a obtener.
- El importe a pagar al tomador varía con cambios en el valor razonable de los elementos subyacentes.

La estructura de la composición del valor en libros del grupo de contratos es exactamente la misma que en el modelo general, y la secuencia para la medición del CSM a posteriori es también similar. La única especialidad, en el cálculo, es que sustituye los intereses generados por el CSM en cada periodo por el concepto de participación de la entidad en el cambio del valor razonable de los subyacentes. Es decir, que parte del cambio de valor de esos elementos, sea una ganancia o una pérdida, corresponde a la entidad y no al tomador del contrato.

En el negocio de vida, un ejemplo de contrato que cumpliría con estas condiciones sería un seguro tipo *Unit Linked*. Estos contratos son seguros de vida vinculados a unidades de cuenta, mediante los cuales se ofrece al tomador la inversión en varios fondos sin garantía alguna de rentabilidad y un capital adicional en caso de fallecimiento. El tomador, cuando decida rescatar su inversión, recibirá el importe a valor de mercado en ese momento, quedándose únicamente la entidad aseguradora con los recargos o comisiones cobrados por el contrato. Es, en definitiva, un producto financiero en el que

el riesgo de la inversión lo asume el tomador, pero con una garantía por fallecimiento, que es lo que lo convierte en un producto asegurador.

3.5. BASES TÉCNICAS

3.5.1. Tipo de interés

La tasa de descuento utilizada debe reflejar todas las características de los flujos de efectivo y liquidez de los contratos de seguro y el valor temporal del dinero, debiendo ser coherente con los precios de mercado observables en el momento de la medición si los hubiera. Es decir, la entidad deberá utilizar para la medición de los flujos de efectivo del cumplimiento, en el momento del reconocimiento inicial, tasas de descuento que reflejen condiciones de mercado actuales, poniéndose en el papel de un participante del mercado.

Una vez estimados los flujos de efectivos futuros para toda la duración del contrato o del grupo de contratos, la entidad deberá descontar de los mismos el efecto del valor temporal del dinero. Para ello utilizará una tasa de descuento que cumpla las condiciones descritas en el párrafo 36 de la norma (IASB, 2017a).

Para la determinación de la curva, así como para otras cuestiones, la norma no determina una metodología específica. Se establecen únicamente los principios que tienen que regir en la estimación de la curva de descuento, y hace referencia de manera muy simplificada a dos enfoques alternativos para la construcción de la curva, que han recibido el nombre de enfoque de abajo hacia arriba (*Bottom-up*) y enfoque de arriba hacia abajo (*Top-down*).

El estándar contable establece como principio fundamental que, en la estimación de la curva, solo podrán incluirse lo que denomina factores relevantes, y que serán factores que surjan de: las características de los flujos, el valor temporal del dinero o las características de liquidez de los contratos.

En la medida que existan precios de mercado observables para instrumentos de similares características a los contratos, las tasas de descuento serán consistentes con los mismos. Sin embargo, la realidad es que los contratos de seguros, por los riesgos tan especiales que recogen, no tiene un mercado en el que encontrar una valoración para los mismos. En esta situación, al no existir precio de mercado observable, la entidad deberá hacer una estimación de las tasas de descuento a aplicar. La norma no requiere de una técnica de estimación determinada, pero sí indica que, la entidad, cuando estime el descuento, deberá, al igual que con los flujos de efectivo, utilizar toda la información relevante que tenga disponible y a su alcance, sin coste y esfuerzo desproporcionado. Además, maximizará los datos de entrada observables, es decir,

utilizará el máximo de información posible.

La tasa de descuento estimada no podrá ser contradictoria con datos de mercado disponibles, ni con el resto de estimaciones de los parámetros distintos de mercado que utilice la entidad. Adicionalmente, aunque no exista un instrumento de las mismas características en mercado, la entidad deberá buscar el más similar que encuentre, con precio de mercado observable, y evaluar las características comunes con los contratos de seguro para hacer los ajustes oportunos aplicando su propio juicio.

La norma establece que las tasas de descuento utilizadas deberían ser diferentes para aquellos flujos que varían en función de la rentabilidad de elementos subyacentes y los que no. Si los flujos de efectivo varían, deberán utilizarse tasas de descuento para los mismos que recojan esa variabilidad y si, por el contrario, los flujos no dependen de elementos subyacentes, las tasas no tienen que recoger ese componente de variación. Sin embargo, la entidad no está obligada bajo IFRS 17 a separar los flujos de efectivo entre los que varían y los que no (IASB 2017 a, párrafo B77). Es una decisión que debe tomar la entidad a la hora de enfrentarse a la aplicación de la norma. En el caso de que decida aplicar una misma curva de descuento para todos los flujos, estas tasas de descuento deben ser apropiadas a los flujos en su conjunto. La norma cita como ejemplos para este caso la modelización estocástica o las técnicas de medición de riesgo neutro.

3.5.1.1. *Enfoque Bottom-up*

Siguiendo el primer enfoque propuesto por la norma (IASB 2017 a, párrafo B80), *Bottom-up*, la curva de descuento se construiría a partir de una curva libre de riesgo a la cual la entidad deberá añadir un ajuste por liquidez. Este ajuste serviría para eliminar las diferencias de liquidez existentes entre los activos utilizados para construir la curva de riesgo neutro seleccionada y los contratos de seguro a valorar (KPMG, 2017). Habitualmente, las curvas libres de riesgo se construyen en base al valor de activos líquidos, como los bonos, que tienen un mercado de referencia profundo en el que pueden intercambiarse con facilidad. Sin embargo, si algo caracteriza a las obligaciones de un contrato de seguro es su iliquidez. No existe un mercado de referencia en el que se intercambien contratos de seguro, por ello, es necesario aplicar ese ajuste de liquidez a la curva libre de riesgo para que sea apropiada para la valoración y medición de las obligaciones de seguro.

Esta forma de construcción de la curva de descuento es similar a la curva libre de riesgo con *volatility adjustment* de EIOPA, utilizada en la valoración de las obligaciones de seguro bajo Solvencia II. Sin embargo, en Solvencia II, no se hace un ajuste específico

por liquidez a la curva libre de riesgo sino por volatilidad.

3.5.1.2. Enfoque Top-Down

El enfoque *Top-down* parte de la curva de rentabilidad implícita de una cartera de activos de referencia en mercado, y le detrae los ajustes necesarios para eliminar de la misma todos los factores no relacionados con el seguro, excepto la liquidez que bajo este enfoque no precisa ajuste. Básicamente, deberán eliminarse, de la curva de rentabilidad de la cartera, las primas de riesgo por el riesgo crediticio.

En cuanto a la cartera de referencia, la norma no indica nada al respecto de su composición. Sin embargo, cuanto más parecidos sean los activos incluidos en la cartera a las obligaciones de seguro, menores ajustes serán requeridos para llegar a la curva de descuento a emplear en la medición. Esta metodología que parte de una cartera de referencia, es asimilable al *matching adjustment* de Solvencia II.

Ante flujos de efectivo que no varíen en función de elementos subyacentes, ambos enfoques deberían llegar a un mismo resultado. Sin embargo, en el propio texto de la norma, se reconoce que, en la práctica, es probable que afloren diferencias de resultado entre los dos enfoques, fruto de las limitaciones existentes a la hora de determinar los ajustes necesarios a las curvas.

3.5.2. Tablas de mortalidad

Como ya se ha indicado antes, las hipótesis relacionadas con variables de mercado deben ser coherentes con los precios de mercado observables a la fecha de valoración o medición. En cuanto a las hipótesis de variables distintas a las de mercado, la entidad puede utilizar tanto datos externos como internos, es decir, su propia experiencia, dando mayor relevancia a uno u otro en función de las circunstancias. Esas hipótesis sobre variables distintas de mercado no podrán entrar en ningún momento en contradicción con las estimaciones de variables de mercado.

Es por ello que lo habitual, en este caso, será que las entidades basen la proyección de sus flujos de efectivo del cumplimiento en las mismas hipótesis biométricas que utilicen para el cálculo de los flujos de la mejor estimación.

Al finalizar el periodo de informe, la entidad deberá revisar obligatoriamente estas hipótesis y actualizarlas, de tal manera que se asegure de que, en cada periodo, las estimaciones son corrientes y actuales y reflejan fidedignamente las condiciones del periodo sobre el que está informando.

Además, las hipótesis no tienen por qué coincidir con la última experiencia observada de la entidad. Tienen que incluir también experiencia anterior (histórico) y cualquier otra información sobre tendencias, es decir, cambios que puedan surgir previsiblemente en

un futuro y que afecten a sus estimaciones.

3.5.3. Gastos

Como parte de los flujos a considerar en la medición de los flujos de efectivo del cumplimiento (FCF), deben incluirse aquellos flujos de gastos que estén directamente relacionados con el cumplimiento de los contratos de seguro (párrafo B65) y asignarlos específicamente a cada grupo de contratos. Los flujos de gastos que no se puedan atribuir directamente al cumplimiento de los contratos, como, por ejemplo, los costes de formación, se reconocerán en la cuenta de resultados cuando incurran y no se contemplarán dentro del CSM.

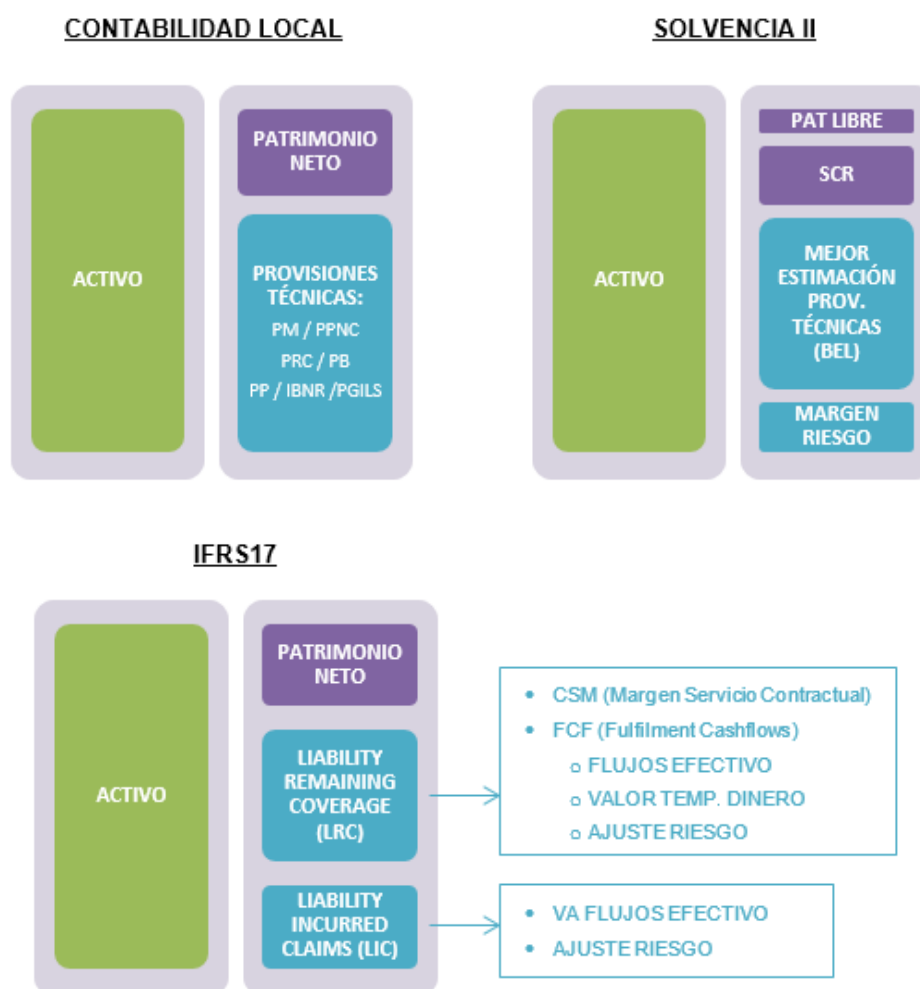
En cuanto a los gastos de adquisición, la entidad puede optar por distribuirlos proporcionalmente en las renovaciones futuras, reconociendo la parte pendiente de asignar a las renovaciones futuras como un activo. La otra opción que plantea la norma es la de asignarlos directamente como un flujo de salida al inicio, esta es la opción similar al tratamiento en Solvencia II.

CAPÍTULO 4: COMPARACIÓN DE LOS TRES ENTORNOS

4.1. COMPOSICIÓN DEL PASIVO Y ESTRUCTURA DEL BALANCE

En primer lugar, se comparará la composición del pasivo en el balance que resulta de cada uno de los tres entornos. Estos balances también son diferentes en cuanto a la forma de valoración de sus partidas. En la contabilidad local actual, el balance está valorado siguiendo los criterios del Plan General Contable y es un balance estático, que representa la imagen de la entidad en un momento determinado. Las provisiones y el pasivo de este primer balance representan las obligaciones de la entidad en el momento de su elaboración. Tanto en Solvencia II como en IFRS 17, el balance está calculado siguiendo criterios de mercado tanto para el pasivo como para el activo. Además, es un balance dinámico, puesto que, en la valoración de las provisiones técnicas, se contemplan los flujos futuros de caja de todas las obligaciones presentes de la entidad, y estos flujos están proyectados o estimados conforme a hipótesis realistas.

Figura 8 Comparación de estructura del pasivo



Fuente: elaboración propia

La principal diferencia que se observa en el pasivo del balance, es que, en el entorno contable, las provisiones técnicas son un único bloque que representa la mayor parte del pasivo del balance mientras que, en Solvencia II y en el entorno de IFRS 17, las provisiones técnicas tienen en cuenta, además de los flujos de efectivo futuros descontados al momento presente, un componente de ajuste por riesgo no financiero. Este componente en Solvencia II es el margen de riesgo o *Risk Margin* y, en IFRS 17, es el ajuste por riesgo no financiero o *Risk Adjustment*. Aparece en ambos entornos al ser un concepto típico de valoraciones a mercado, donde se parte de la idea de que se valora como si existiese un comprador para esas obligaciones. Este comprador tiene que asumir un coste de capital por los fondos propios que necesita para cubrir esas obligaciones, por lo que exigirá un extra de rentabilidad para que la transacción sea viable y esto es lo que recoge el margen de riesgo. En Solvencia II este *Risk Margin* es un componente diferenciado de la mejor estimación, mientras que, en IFRS 17, se incluye dentro del LRC y el LIC.

Si nos centramos ahora en comparar las provisiones bajo Solvencia II y bajo IFRS 17, a priori, puede parecer que son diferentes estructuralmente, pues donde tenemos la mejor estimación de provisiones técnicas como un todo, en IFRS 17, se diferencia entre el pasivo correspondiente a las coberturas futuras (LRC) y el pasivo correspondiente a las coberturas ya prestadas (LIC). Este último pasivo, sería el equivalente conceptualmente a la provisión de prestaciones (incluyendo PGILS e IBNR) en el entorno contable. En Solvencia II, no se diferencia entre la cobertura ya prestada y la pendiente de prestar, las provisiones de prestaciones se añaden como más obligación dentro del BEL o mejor estimación.

Sin embargo, si se profundiza en la composición del LCR, podemos ver como la suma de los flujos de efectivo y el ajuste por valor temporal del dinero de IFRS 17 serían muy similares al BEL de Solvencia II. Ambos representan el valor actual de los flujos futuros de las obligaciones calculados con hipótesis realistas. Si en ambos entornos los límites del contrato, las hipótesis realistas utilizadas para proyectar los flujos y la curva de tipos de interés de mercado utilizada es la misma, entonces podemos decir que son equivalentes. En los siguientes apartados se analizarán las similitudes y diferencias de cada uno de los componentes de la provisión.

4.2. FLUJOS DE EFECTIVO DE LAS OBLIGACIONES

En cuanto a los flujos de efectivo que se utilizan para el cálculo de la provisión, de nuevo vemos que Solvencia II e IFRS 17 están muy alineadas, y que las principales diferencias son con el cálculo del entorno contable.

En el cálculo contable actual de la provisión, se tienen en cuenta los flujos de las obligaciones del asegurado y asegurador calculados conforme a la nota técnica. Se tiene en cuenta única y exclusivamente la prestación convenida en el contrato, ya sea un pago único por fallecimiento o por supervivencia o un pago periódico por una renta. Sin embargo, tanto en Solvencia II como en IFRS 17, estos flujos son realistas, es decir, tienen en cuenta todas las obligaciones a las que tiene que hacer frente la entidad en relación al contrato y no solo las recogidas en la nota técnica. Por ejemplo, en los flujos de cálculo de la provisión contable, no se tienen en cuenta los posibles rescates que pueda realizar el tomador, ni los gastos reales de la compañía, ni los pagos de comisiones. Todos estos conceptos, en los otros entornos, si se consideran dentro de los flujos de caja a incluir en el cálculo de la mejor estimación y del CSM respectivamente, porque son salidas de efectivo que la entidad tiene que asumir para mantener y dar cumplimiento a las obligaciones contraídas en ese contrato.

Podemos decir en este caso que los flujos empleados para la valoración de las provisiones técnicas bajo Solvencia II y los flujos para la valoración del pasivo bajo IFRS 17 pueden ser los mismos y calcularse utilizando las mismas hipótesis realistas. Matizar únicamente que el tratamiento de los gastos en IFRS 17 es más restrictivo que en Solvencia II, por lo que probablemente flujos de gastos que, en Solvencia II, sí se consideran dentro de la mejor estimación, en IFRS 17 no se tengan en cuenta en el cálculo del CSM porque la norma exige que estén directamente relacionados con el cumplimiento del contrato.

Ahora bien, es necesario diferenciar las consecuencias que puede tener, en cada uno de los entornos, que las hipótesis realistas no se ajusten correctamente a la realidad. En Solvencia II, el impacto de unas hipótesis realistas diferentes a la realidad se ve en el ratio de solvencia. Si la entidad sobreestima sus obligaciones, por ejemplo, por tener unas hipótesis de mortalidad o de gastos muy elevadas, eso repercutirá en el ratio de solvencia, haciéndolo menor de lo que debería ser. Y, al contrario, una subestimación de las obligaciones mejorará el ratio de solvencia ficticiamente.

Sin embargo, bajo IFRS 17, un mal ajuste de las hipótesis realistas hará que el CSM calculado en el reconocimiento inicial para el grupo de contratos no se adecúe a la realidad. En valoraciones posteriores, se ajustará el CSM y se enfrentarán los flujos realistas estimados con los reales sucedidos en el periodo, de tal manera que, si los flujos reales son superiores a los estimados, el CSM se reducirá, produciéndose una menor liberación en el periodo y, por tanto, un menor ingreso. En definitiva, bajo IFRS 17, una inadecuada estimación de las hipótesis realistas empleadas en el cálculo de los flujos de las obligaciones repercutirá directamente en la cuenta de resultados de la

compañía.

4.3. LÍMITES DEL CONTRATO

Otro aspecto a tener en cuenta es el periodo a considerar para el cálculo de la provisión. En el entorno contable, la duración empleada en el cálculo de la provisión es la que tenga el contrato, de tal manera que, si es un contrato de duración inferior a un año, por ejemplo, un seguro vida riesgo renovable anualmente, se calculará provisión de primas no consumidas y, si es superior al año, se calculará provisión matemática con la duración del contrato.

Por el contrario, tanto en Solvencia II como en IFRS 17, aparece el concepto de límite del contrato, que no tiene por qué coincidir con la duración definida en la póliza. Como se ha visto en los capítulos 2 y 3, tanto Solvencia II como IFRS 17, consideran que los flujos pertenecen al contrato cuando la entidad puede obligar al tomador al pago de la prima. IFRS 17 añade además que también se considerarán flujos dentro de los límites del contrato cuando la entidad tiene una obligación de prestación de servicio de seguro pendiente de cumplir con el tomador. Ambas normativas consideran que el contrato finaliza cuando la entidad puede reevaluar el riesgo y modificar acorde a ello las primas.

Si bien el concepto de la aplicación de los límites del contrato es muy similar en ambos entornos, es necesario destacar que, mientras en Solvencia II solo se hace referencia a la reevaluación del riesgo a nivel de la cartera, en IFRS 17, se hace referencia tanto a nivel de cartera como a nivel de contrato individual.

Podría darse, entonces, un caso en el que en cada uno de los entornos la duración a considerar para el cálculo de la provisión sea diferente. Por ejemplo, en el caso de un seguro vida riesgo temporal anual renovable en el que la entidad, en el condicionado de la póliza, renuncia expresamente a la facultad de resolución unilateral del contrato con 2 meses de preaviso e incluye la tabla de primas a pagar hasta la edad máxima de permanencia que fije.

Esta póliza, a efectos contables, tendrá una PPNC asociada porque es un producto de duración anual. Sin embargo, bajo Solvencia II y bajo IFRS 17, el límite del contrato será la edad máxima de permanencia en póliza, dado que no va a poder modificar las primas, porque las ha fijado en el clausulado de la póliza, ni podrá resolver unilateralmente el contrato, porque ha renunciado a ese derecho expresamente en la póliza.

Supongamos ahora que, en esa misma póliza, se añade una cláusula bajo la cual la entidad se reserva el derecho a modificar las primas de la cartera de contratos si se observan desviaciones en el riesgo de la cartera que hagan insuficientes las primas. En ese caso, aplicando los límites del contrato bajo IFRS 17, solo se podrán considerar los

flujos del primer año. Bajo Solvencia II al tratarse de un seguro de vida en el que no es posible repetir la evaluación de riesgo inicial realizada al asegurado, solo aplicaría límite de contrato de un año si la reevaluación de las primas se hace a nivel contrato y no a nivel cartera (Reglamento Delegado 2015/35, art. 18). En este caso por lo tanto como la reevaluación es a nivel cartera, sí podrían proyectarse primas en Solvencia II.

4.4. VALOR TEMPORAL DEL DINERO: TIPOS DE INTERÉS

El tipo de interés, utilizado para la valoración de las provisiones, es seguramente el punto más divergente de los tres entornos, junto con el nivel de agregación del cálculo, que se desarrolla en el apartado siguiente. Aunque, para contratos emitidos después de 2015, la convergencia en este aspecto es mayor en los tres entornos de valoración.

Desde la entrada en vigor de Solvencia II y la trasposición al ordenamiento jurídico con LOSSEAR y ROSSEAR en 2015, las provisiones contables se calculan empleando la curva de tipos de interés libre de riesgo de EIOPA, que es la misma curva que se utiliza en la valoración de la mejor estimación de Solvencia II y la que perfectamente pueden utilizar las entidades para la valoración de IFRS 17 cuando esta entre en vigor. Como se veía en el apartado 3.5.1, la curva de EIOPA con ajuste de volatilidad era asimilable al enfoque *Bottom-Up* de derivación de la curva en IFRS 17. Por ello, y de cara a simplificar la casuística en las compañías, la tendencia de mercado que se espera, en relación a las curvas de IFRS 17, es que las entidades tiendan a utilizar las mismas curvas que en Solvencia II.

Sin embargo, si nos centramos en carteras anteriores a 2015, las divergencias comienzan a hacerse más evidentes. Estas carteras, contablemente, se regían por el antiguo reglamento de ordenación de 1998 (ROSSP), de donde nacía la distinción entre cartera anterior a 1999 y posterior a 1999. En el caso de los contratos anteriores a 1999, la divergencia entre el entorno contable es absoluta, puesto que, la provisión matemática, se calcula al tipo de interés de la nota técnica y, la mejor estimación y la provisión de IFRS 17, utilizarán la curva de mercado para descontar las obligaciones. Actualmente, con el entorno de tipos bajos en el que nos situamos, la diferencia entre los tipos de interés de estos productos, que podían llegar hasta el 6%, y la curva de mercado es muy significativa. Es por ello que, estas carteras antiguas, generan, en Solvencia II, unas obligaciones muy altas, penalizando en la mayoría de las ocasiones a las entidades.

En las carteras del periodo intermedio, entre 1999 y 2015, la divergencia en los tipos de interés también es importante, pero será menos significativa por varios motivos. En primer lugar, porque el tipo de interés máximo de la DGSFP, en definitiva, se deriva

utilizando tipos de interés de una curva *euroswap* y ha ido evolucionando también a la baja conforme han ido bajando los tipos de mercado. En segundo lugar, porque las entidades tenían la opción de adaptarse y, en un periodo transitorio de 10 años, calcular las provisiones de estas carteras de forma similar a las posteriores a 2015, utilizando la curva de mercado. Las entidades que optasen por esta opción, en lugar de por aplicar el tipo de la DGS, tendrán parte de esa divergencia ya cubierta en forma de dotaciones de provisiones.

Cuando entre en vigor IFRS 17, en enero de 2023, se habrán consumido ya 7 años de ese periodo transitorio. Una vez se produzca también la trasposición al ordenamiento jurídico español y el entorno IFRS 17 reemplace al entorno contable actual, este periodo transitorio dejará de tener aplicación, puesto que, en este entorno, todas las provisiones se valoran con criterios de mercado.

4.5. AGRUPACIÓN DE CONTRATOS

El otro aspecto que presenta mayores diferencias entre los tres entornos es el nivel al que deben calcularse las provisiones técnicas.

En la contabilidad local, el cálculo y contabilización de la provisión se realiza póliza a póliza. En Solvencia II la mejor estimación puede calcularse tanto póliza a póliza como a nivel de grupo homogéneo de riesgo, y se presenta agregada por líneas de negocio. Por último, en IFRS 17, el CSM y las provisiones (LRC y LIC) se calculan a nivel de grupo de contratos, que se determina en función de la cohorte, la onerosidad y la añadida. El nivel más alto de agregación sería el de Solvencia II, con el grupo homogéneo de riesgo. Este nivel puede asimilarse a la cartera en IFRS 17, que es el primer nivel al que se determina el grupo y, tras el cual, se añaden dos desgloses más, la onerosidad y la añadida.

El nivel de agrupación de contratos es especialmente relevante en IFRS 17, puesto que las pólizas se asignan en su reconocimiento a un grupo de contratos y no pueden reasignarse. Además, para ese grupo se calcula un CSM inicial al tipo de interés que le corresponda en ese momento. Ese tipo se convertirá en el tipo que la norma denomina *lock-in* y que acompañará al grupo de contratos en las valoraciones posteriores, ya que será el que se utilice para el cálculo de la acreditación de intereses.

Las diferencias comentadas entre los tres entornos complican el volumen de información que debe gestionar la entidad, especialmente en esta fase inicial antes de la trasposición al ordenamiento jurídico español, en el que, para el caso de las entidades obligadas a aplicar las normas NIIF, van a convivir los tres entornos.

CONCLUSIONES TÉCNICAS

Tras analizar los tres entornos de cálculo de las provisiones técnicas a los que se enfrentarán las entidades a partir de 2023, se puede concluir que la labor de adaptación realizada en los últimos años por las entidades para cumplir con los requerimientos de Solvencia II y para calcular las provisiones a curva en el entorno contable, facilitará la labor de implementación de los cálculos bajo IFRS 17.

Aunque es cierto que operativamente es un reto a nivel de procesos y de adaptaciones de sistemas informáticos, las entidades ya han implementado para cumplir con las exigencias de Solvencia II una serie de cálculos y procesos que podrán aplicar de forma análoga o con pequeñas modificaciones a los cálculos en el entorno de IFRS 17. Existen por tanto sinergias entre los dos entornos de valoración que harán que la transición sea algo más sencilla.

En primer lugar, las hipótesis realistas que aplican en la valoración de Solvencia y que les pueden servir también para los cálculos de flujos de caja futuros bajo IFRS 17. Poder utilizar las mismas hipótesis facilitará las nuevas valoraciones contables, ahora bien, las entidades deberán poner especial atención en que estas hipótesis se adecuen a la realidad de su negocio ya que una desviación de las estimaciones tendrá repercusión en la cuenta de resultados y no solo en el ratio de solvencia.

La similitud en cuanto los tipos de interés de mercado a utilizar entre las pólizas posteriores a 2015, las provisiones técnicas de Solvencia II y las provisiones de IFRS 17 también es uno de los puntos que facilitará la adaptación y que hará que manejar los tres entornos simultáneamente sea algo más fácil para las entidades. Además, las entidades que optasen por adaptar las carteras anteriores a 2015 al cálculo de provisión a curva, aunque no hayan completado el periodo transitorio de adaptación de 10 años, ya contarán con una serie de dotaciones de provisiones realizadas que reducirán el impacto de aplicación de IFRS 17 cuando esta se trasponga y reemplace a la contabilidad actual.

Por último, otro aspecto ya implementado por Solvencia II y que se puede extrapolar a las valoraciones de IFRS 17 son los límites del contrato, otro punto a favor que facilitará la adaptación.

En sentido contrario, las divergencias encontradas en cuanto a los niveles de agrupación de los contratos para el cálculo, es uno de los aspectos que complicará la gestión de los tres entornos. El nivel de detalle que requiere IFRS 17, si se mantiene el criterio original de la agrupación por añadas, obliga a la entidad a adaptar todos sus sistemas y a gestionar grandes volúmenes de información puesto que a medida que pase el tiempo

los grupos de contratos crecerán exponencialmente. La posibilidad de que la Comisión Europea en el Reglamento de trasposición al ordenamiento jurídico europeo contemple una excepción al cálculo por añadidas, facilitaría el trabajo de adaptación y reporte de las entidades.

En definitiva, podemos decir que la implementación de IFRS 17 supone en líneas generales llevar los cálculos dinámicos de Solvencia II a la contabilidad real y que el trabajo realizado por las compañías desde 2016 hasta ahora facilitará esta transición en el entorno contable.

REFERENCIAS LEGALES

Ministerio de Fomento (14/05/1908). *Ley relativa a la inscripción en el registro que al efecto se establece de las Compañías, Sociedades, Asociaciones y, en general, todas las entidades que tengan por fin realizar operaciones de seguro*. Publicada en «Gaceta de Madrid» núm. 136, de 15 de mayo de 1908, páginas 789 a 792. Disponible en: <https://www.adalidperez.com/ley-general-de-seguros-1908/>

Ministerio de Fomento (16/02/1912). *Real decreto aprobando con carácter definitivo el Reglamento para la aplicación de la Ley de 14 de Mayo de 1908, sobre Registro e inspección de las Empresas de Seguros*. Publicado en «Gaceta de Madrid» núm. 47, de 16 de febrero de 1912, páginas 463 a 469. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1912-1306>

Ministerio de Hacienda (16/12/1954). *Ley de 16 de diciembre de 1954 sobre ordenación de los Seguros privados*. BOE núm. 353 de 16 de diciembre de 1954. Disponible en: <https://documentacion.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/consulta/registro.do?id=138749>

Consejo de las Comunidades Europeas (24/07/1973). *Primera Directiva 73/239/CEE del Consejo, de 24 de julio de 1973, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a la actividad del seguro directo distinto del seguro de vida, y a su ejercicio*. Diario Oficial Comunidad Europea núm. 288, de 16 de agosto de 1973. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A31973L0239>

Consejo de las Comunidades Europeas (05/03/1979). *Primera Directiva 79/267/CEE del Consejo, de 5 de marzo de 1979, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas, referentes al acceso a la actividad del seguro directo sobre la vida, y a su ejercicio*. Diario Oficial Comunidad Europea núm. 63, de 13 de marzo de 1979. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX%3A31979L0267>

Jefatura del Estado (2/08/1984). *Ley 33/1984, de 2 de agosto, sobre ordenación del seguro privado*. BOE núm. 186, de 4 de agosto de 1984, páginas 22736 a 22747. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-17437>

Ministerio de Economía y Hacienda (01/08/1985). *Real Decreto 1348/1985, de 1 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de ordenación del seguro privado*. BOE núm. 185, de 3 de agosto de 1985, páginas 24662 a 24663. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-16318>

Consejo de las Comunidades Europeas (10/11/1992). *Directiva 92/96/CEE 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)*. Diario Oficial Comunidad Europea núm. 360, de 9 de diciembre de 1992. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-1992-81979>

Jefatura del Estado (8/11/1995). *Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados*. Texto consolidado. BOE núm. 268, de 09 de noviembre de 1995. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/30/con>

Ministerio de Economía y Hacienda (20/11/1998). *Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados*. BOE núm. 282, de 25 de noviembre de 1998. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1998-27047>

Ministerio de Economía y Hacienda (23/12/1998). *Orden de 23 de diciembre de 1998 por la que se desarrollan determinados preceptos de la normativa reguladora de los seguros privados y se establecen las obligaciones de información como consecuencia de la introducción del euro*. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1998, páginas 44501 a 44506. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-30164>

International Accounting Standards Board, (2004). *Contratos de Seguro*.(NIIF 4). Disponible en: <https://www.ifrs.org/issued-standards/list-of-standards/ifrs-4-insurance-contracts/>

Ministerio de Economía y Hacienda (16/02/2007). *Real Decreto 239/2007, de 16 de febrero, por el que se modifica el Reglamento de ordenación y supervisión de los seguros privados, aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, y el Reglamento de mutualidades de previsión social, aprobado por el Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre*. BOE núm. 43, de 19 de febrero de 2007, páginas 7084 a 7104. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-3433>

Ministerio de Economía y Hacienda (24/07/2008). *Real Decreto 1317/2008, de 24 de julio, por el que se aprueba el Plan de contabilidad de las entidades aseguradoras*. BOE núm. 220, de 11 de septiembre de 2008, páginas 36885 a 37072. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-14805>

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea (25/11/2009). *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*) (Texto pertinente a efectos del EEE). Diario Oficial de la Unión Europea de 17 de diciembre de 2009. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex%3A32009L0138>

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea (10/10/2014). *Reglamento Delegado (UE) 2015/35 de la Comisión, de 10 de octubre de 2014, por el que se completa la Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo sobre el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio (Solvencia II)* Texto pertinente a efectos del EEE. Diario Oficial de la Unión Europea de 17 de enero de 2015. Disponible en:

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A32015R0035>

Jefatura del Estado (14/07/2015). *Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras*. BOE núm. 168, de 15 de julio de 2015. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-7897>

Ministerio de Economía y Competitividad (20/11/2015). *Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras*. BOE núm. 288, de 2 de diciembre de 2015, páginas 113617 a 113816. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-13057>

International Accounting Standards Board, (2017 a). *Contratos de Seguro*.(NIIF 17). Disponible en: <https://www.ifrs.org/issued-standards/list-of-standards/ifrs-17-insurance-contracts/>

International Accounting Standards Board, (2017 b). *Fundamentos de las conclusiones de la NIIF 17 Contratos de seguro* . Disponible en: <https://www.ifrs.org/issued-standards/list-of-standards/ifrs-17-insurance-contracts/>

International Accounting Standards Board, (2017 c). *Ejemplos ilustrativos de la NIIF 17 Contratos de seguro*. Disponible en: <https://www.ifrs.org/issued-standards/list-of-standards/ifrs-17-insurance-contracts/>

Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital (17/12/2020). *Resolución de 17 de diciembre de 2020, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, relativa a las tablas de mortalidad y supervivencia a utilizar por las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y por la que se aprueba la guía técnica relativa a los criterios de supervisión en relación con las tablas biométricas, y sobre determinadas recomendaciones para fomentar la elaboración de estadísticas biométricas sectoriales*. BOE núm. 338, de 28 de diciembre de 2020, páginas 121566 a 121602. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-17154

Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital (20/04/2021). *Real Decreto 288/2021, de 20 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; se da nueva redacción al artículo 34 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre; y se modifica el Reglamento para la aplicación de la Ley 87/1978, de 28 de diciembre, sobre Seguros Agrarios Combinados, aprobado por el Real Decreto 2329/1979, de 14 de septiembre.* BOE núm. 95, de 21 de abril de 2021, páginas 45140 a 45158. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-6310>

Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital (2/6/2021). Resolución de 2 de junio de 2021, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se declara la admisibilidad de tablas biométricas en el ámbito de los seguros privados, previstas en la Resolución de 17 de diciembre de 2020, relativa a las tablas de mortalidad y supervivencia a utilizar por las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y por la que se aprueba la guía técnica relativa a los criterios de supervisión en relación con las tablas biométricas, y sobre determinadas recomendaciones para fomentar la elaboración de estadísticas biométricas sectoriales. BOE núm. 139, de 11 de junio de 2021, páginas 71861 a 71862. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-9781

International Financial Reporting Standards Fundation, 2021. *Proyecto de Norma PN/2021/8. Aplicación Inicial de las NIIF 17 y NIIF 9—Información Comparativa. Modificación propuesta a la NIIF 17.* Disponible en: <https://www.ifrs.org/content/dam/ifrs/project/initial-application-of-ifrs-17-and-ifrs-9-comparative-information-amendment-to-ifrs-17/ed2021-8-initial-app-ifrs17-ifrs9-ci-es.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

Analistas Financieros Internacionales (AFI) (2021). *Revisión de Solvencia II: Cambios en las medidas de garantías a largo plazo y en la fórmula estándar*. Nota Regulatoria N° 18, de 25 de enero de 2021. Disponible en:

<https://www.afi-research.es/InfoR/descargas/2055621/1601155/Revision-de-Solvencia-II-Cambios-en-las-medidas-de-garantias-a-largo-plazo-y-en-la-formula-estandar.pdf>

Analistas Financieros Internacionales (AFI) (2021 b). *Enmiendas a la IFRS 17. Modificaciones del IASB del pasado 25 de junio*. Nota Regulatoria N° 16, de 21 de julio de 2021. Disponible en:

<https://www.afi-research.es/InfoR/descargas/1994936/1612403/Enmiendas-a-la-IFRS-17-Modificaciones-del-IASB-del-pasado-25-de-junio.pdf>

Comisión Europea (2007). *Revisión del proceso Lamfalussy Mayor convergencia en la supervisión. Comunicación de la Comisión de 20 de noviembre de 2007*.

Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:l32056&from=SK>

European Insurance and Occupational Pensions Authority (2018). *EIOPA'S analysis of IFRS 17 Insurance Contracts*. (EIOPA-18-717). Disponible en:

https://eiopa.europa.eu/Publications/Reports/EIOPA-18-717_EIOPA_Analysis_IFRS_17_18%2010%202018.pdf

European Insurance and Occupational Pensions Authority (2020). *Report on long-term guarantees measures and measures on equity risk 2020*. Disponible en:

https://www.eiopa.europa.eu/document-library/report/report-long-term-guarantees-measures-and-measures-equity-risk-2020_en

European Insurance and Occupational Pensions Authority (2021). *Monthly Technical Information*. Disponible en: https://www.eiopa.europa.eu/tools-and-data/risk-free-interest-rate-term-structures_en [Consultado 10/10/2021]

Garayeta Bajo, A., Iturricastillo Plazaola, I., De La Peña Esteban, J.I. (2012). *Evolución del capital de solvencia requerido en las aseguradoras españolas hasta Solvencia II*. Revista Anales del Instituto de Actuarios Españoles, 3ª época, 18, 2012/ págs. 111-150. Disponible en:

https://actuarios.org/wp-content/uploads/2017/02/anales2012_5.pdf

International Financial Reporting Standards Foundation, 2017. *Quiénes somos y qué hacemos*. Disponible en: <https://www.ifrs.org/-/media/feature/about-us/who-we-are/who-we-are-spanish-v2.pdf>

Jiménez Martín, J., Gil Fana, J.A., Heras Martínez, A. (1998). La provisión matemática en el reglamento de ordenación y supervisión de los seguros privados.. Revista Anales del Instituto de Actuarios Españoles N°4 págs. 31-52. Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Jose-Fana-2/publication/242687354_LA_PROVISION_MATEMATICA_EN_EL_REGLAMENTO_DE_ORDENACION_Y_SUPERVISION_DE_LOS_SEGUROS_PRIVADOS/links/547722f00cf2778985b0a3e4/LA-PROVISION-MATEMATICA-EN-EL-REGLAMENTO-DE-ORDENACION-Y-SUPERVISION-DE-LOS-SEGUROS-PRIVADOS.pdf

KPMG (2017). *IFRS17 Insurance Contracts. First Impressions*. Disponible en: <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2017/05/insurance-contracts-new-standard-first-impressions-ifs17-ifs4-180517.html>

Lozano Aragués, R. (1998). Análisis de la regulación relativa a la provisión de seguros de vida establecida en el reglamento de ordenación y supervisión de los seguros privados. Revista Anales del Instituto de Actuarios Españoles N°4 págs. 11-29. Disponible en:

https://app.mapfre.com/documentacion/publico/en/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1054567

Lozano Aragués, R. (2005). *Las implicaciones de Solvencia II en el sector asegurador español*. Revista Estabilidad Financiera del Banco de España N° 9, Noviembre de 2005. Disponible en:

https://www.bde.es/f/webbde/GAP/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/RevistaEstabilidadFinanciera/05/Fich/03_SolvenciaII_asegurador.pdf

Maestro Martínez, J.L. (1995) *Consideraciones sobre la provisión matemática: Una visión contable*. Revista Previsión y seguro. Madrid nº 45, Abril 1995 ; págs. 9-26. Disponible en:

https://app.mapfre.com/documentacion/publico/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1017152

Millán Aguilar, A. (2000). *Información, provisiones técnicas y principios contables en el reaseguro aceptado*. Disponible en:

https://app.mapfre.com/documentacion/publico/pt/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1036177

UNESPA (2005). *Solvencia II. De un vistazo*. Informes y publicaciones de UNESPA, 2005. Disponible en: <https://www.unespa.es/que-hacemos/publicaciones/informes/>

ANEXOS

ANEXO A: LÍNEAS DE NEGOCIO SEGÚN SOLVENCIA II

Anexo I del Reglamento Delegado (UE) 2015/35

A. Obligaciones de seguro distinto del seguro de vida

- 1) Seguro de gastos médicos: obligaciones del seguro de gastos médicos cuando la actividad subyacente no se ejerce sobre una base técnica similar a la del seguro de vida, distintas de las obligaciones incluidas en la línea de negocio 3.
- 2) Seguro de protección de ingresos: obligaciones del seguro de protección de ingresos cuando la actividad subyacente no se ejerce sobre una base técnica similar a la del seguro de vida, distintas de las obligaciones incluidas en la línea de negocio 3.
- 3) Seguro de accidentes laborales: obligaciones de seguro de enfermedad correspondientes a accidentes y daños laborales y enfermedades profesionales cuando la actividad subyacente no se ejerce sobre una base técnica similar a la del seguro de vida.
- 4) Seguro de responsabilidad civil de vehículos automóviles: obligaciones de seguro que cubren todas las responsabilidades derivadas de la utilización de vehículos terrestres automóviles (comprendida la responsabilidad del transportista).
- 5) Otro seguro de vehículos automóviles: obligaciones de seguro que cubren todo daño o pérdida sufridos por vehículos terrestres (incluido el material rodante ferroviario).
- 6) Seguro marítimo, de aviación y transporte: obligaciones de seguro que cubren todo daño o pérdida sufridos por vehículos marítimos, fluviales y lacustres, así como por aeronaves; y el daño o pérdida sufridos por mercancías transportadas o equipajes, independientemente del medio de transporte. Las obligaciones de seguro que cubren la responsabilidad civil derivada de la utilización de aeronaves y vehículos marítimos, fluviales y lacustres (comprendida la responsabilidad del transportista).
- 7) Seguro de incendio y otros daños a los bienes: obligaciones de seguro que cubren todo daño o pérdida sufridos por bienes distintos de los incluidos en las líneas de negocio 5 y 6 debido a incendio, explosión y elementos naturales, incluidos tormentas, granizo o heladas, energía nuclear, hundimiento de terreno y cualquier otro suceso, como el robo.
- 8) Seguro de responsabilidad civil general: obligaciones de seguro que cubren todas las responsabilidades distintas de las propias de las líneas de negocio 4 y 6.
- 9) Seguro de crédito y caución: obligaciones de seguro que cubren la insolvencia, el crédito a la exportación, el crédito a plazos, el crédito hipotecario, el crédito agrícola y la

caución directa e indirecta.

10) Seguro de defensa jurídica: obligaciones de seguro que cubren los gastos de defensa jurídica y las costas judiciales.

11) Seguro de asistencia: obligaciones de seguro que cubren la asistencia a personas que se encuentren en dificultades durante desplazamientos o ausencias de su domicilio o su lugar de residencia habitual.

12) Pérdidas pecuniarias diversas: obligaciones de seguro que cubren los riesgos del empleo, la insuficiencia de ingresos, el mal tiempo, la pérdida de beneficios, la persistencia de gastos generales, los gastos comerciales imprevistos, la pérdida de valor venal, la pérdida de alquileres o rentas, las pérdidas comerciales indirectas distintas de las mencionadas más arriba, cualquier otra pérdida pecuniaria no comercial, así como cualquier otro riesgo de seguro distinto del de vida no cubierto por las líneas de negocio 1 a 11.

B. Obligaciones de reaseguro proporcional distinto del de vida

Las líneas de negocio 13 a 24 deben incluir las obligaciones de reaseguro proporcional correspondientes a obligaciones incluidas en las líneas de negocio 1 a 12, respectivamente.

C. Obligaciones de reaseguro proporcional distinto del de vida

25) Reaseguro no proporcional de enfermedad: obligaciones de reaseguro no proporcional correspondientes a obligaciones de seguro incluidas en las líneas de negocio 1 a 3.

26) Reaseguro no proporcional de responsabilidad civil por daños: obligaciones de reaseguro no proporcional correspondientes a obligaciones de seguro incluidas en las líneas de negocio 4 a 8.

27) Reaseguro no proporcional marítimo, de aviación y transporte: obligaciones de reaseguro no proporcional correspondientes a obligaciones de seguro incluidas en la línea de negocio 6.

28) Reaseguro no proporcional de daños a los bienes: obligaciones de reaseguro no proporcional correspondientes a obligaciones de seguro incluidas en las líneas de negocio 5, 7 y 9 a 12.

D. Obligaciones de seguro de vida

29) Seguro de enfermedad: obligaciones de seguro de enfermedad cuando la actividad subyacente se ejerce sobre una base técnica similar a la del seguro de vida, distintas de las obligaciones incluidas en la línea de negocio 33.

30) Seguro con participación en los beneficios: obligaciones de seguro con participación en los beneficios distintas de las obligaciones incluidas en las líneas de negocio 33 y 34.

31) Seguro vinculado a índices y a fondos de inversión: obligaciones de seguro con prestaciones vinculadas a índices y a fondos de inversión distintas de las obligaciones incluidas en las líneas de negocio 33 y 34.

32) Otro seguro de vida: otras obligaciones de seguro de vida distintas de las obligaciones incluidas en las líneas de negocio 29 a 31, 33 y 34.

33) Rentas derivadas de contratos de seguro distinto del de vida y correspondientes a obligaciones de seguro de enfermedad

34) Rentas derivadas de contratos de seguro distinto del de vida y correspondientes a obligaciones de seguro distintas de las obligaciones de seguro de enfermedad.

E. Obligaciones de reaseguro de vida

35) Reaseguro de enfermedad: obligaciones de reaseguro correspondientes a obligaciones incluidas en las líneas de negocio 29 y 33.

36) Reaseguro de vida: obligaciones de reaseguro correspondientes a las obligaciones incluidas en las líneas de negocio 32 y 34.

ANEXO B: GUÍA TÉCNICA 1/2020 DGSFP

Guía técnica 1/2020 por la que la DGSFP hace públicos los criterios de supervisión en relación con las tablas biométricas aplicadas por las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y determinadas recomendaciones para fomentar la elaboración de estadísticas biométricas sectoriales homogéneas basadas en metodologías sólidas y realistas.

I. Finalidad y ámbito de aplicación

Tanto el régimen europeo de solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras (Solvencia II), como la norma internacional de información financiera de operaciones de seguro (NIIF 17-IFRS17), presentan al sector asegurador dos nuevos marcos, de solvencia y contable, con una estructura conceptual similar, que en algunos elementos difiere de la anteriormente existente, en particular en lo que atañe a la cuantificación separada de la mejor estimación de las provisiones técnicas y del margen para riesgos no financieros.

Bajo este nuevo esquema conceptual, la renovación de las tablas biométricas debía contemplar tanto los aspectos cuantitativos, como los de carácter cualitativo, entre los que se encuentran los referidos a buen gobierno, transparencia ante terceros, así como los relativos a una conducta de mercado apropiada, objeto del contenido de la presente guía técnica.

El contenido de esta guía técnica se aplicará teniendo en cuenta el principio de proporcionalidad. Este principio no justifica la falta de aplicación total o parcial de la guía técnica, sino que se refiere a la forma en la que se alcanzarán sus objetivos.

La guía técnica está dirigida tanto a las entidades aseguradoras y reaseguradoras, como a cualquier otra entidad o persona física que efectúe alguna de las labores encomendadas en la normativa vigente sobre aspectos que, directa o indirectamente, se basen en las hipótesis biométricas aplicadas por las entidades.

Esta guía técnica no establece obligaciones nuevas para las entidades aseguradoras y reaseguradoras, sino que aclara las obligaciones regulatorias vigentes, en particular en materia de buen gobierno, transparencia y conducta de mercado.

Asimismo, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones formula en esta guía técnica determinadas recomendaciones bajo el entendimiento de que las mismas son compatibles con las mejores prácticas sectoriales. A medida que dichas prácticas actuariales evolucionen es deseable que así lo hagan estas recomendaciones, por lo que la contribución de la profesión actuarial es un elemento clave para mantener en el tiempo la relevancia de las recomendaciones.

II. Criterios de supervisión en relación con las tablas biométricas aplicadas por las entidades aseguradoras y reaseguradoras

A. Contenido de las bases técnicas y de la documentación adicional relativo a las hipótesis biométricas

1. Con el fin de implementar un adecuado sistema de gobierno, las entidades aseguradoras y reaseguradoras deben documentar los procesos de gobierno relativos a las hipótesis biométricas aplicadas en su actividad, los aspectos metodológicos de dichas hipótesis y los resultados de la aplicación de ambos.

La documentación puede referirse específicamente a las hipótesis biométricas o bien formar parte de la documentación relativa a las provisiones técnicas.

En todo caso, la documentación deberá hacer explícitos, de forma clara y completa, los contenidos relativos a las hipótesis biométricas.

2. La documentación citada en el número anterior estará compuesta, al menos, por los siguientes documentos, que deberán ser consistentes entre sí:

- a) las bases técnicas reguladas por los artículos 118 y siguientes del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, que deberán incluir la justificación de las hipótesis biométricas a efectos de solvencia (tablas biométricas de segundo orden) y a efectos contables (tablas biométricas de primer orden);
- b) la documentación de la valoración de las provisiones técnicas exigida por el artículo 265 del Reglamento Delegado (UE) 2015/35 de la Comisión, de 10 de octubre de 2014 por el que se completa la Directiva 2009/138/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre el acceso a la actividad de seguro y de reaseguro y su ejercicio (Solvencia II);
- c) la documentación relativa a la validación de la valoración mencionada en la letra anterior, exigida por el artículo 264 del Reglamento Delegado (UE) 2015/35 de la Comisión, de 10 de octubre de 2014;
- d) la documentación complementaria implantada al efecto en los procesos y procedimientos desarrollados por la entidad.

Las entidades aseguradoras deben verificar que las hipótesis biométricas aplicadas en la tarificación son consistentes con las hipótesis biométricas aplicadas en la valoración de las provisiones técnicas a efectos contables, a efectos de solvencia y para la gestión de riesgos. La entidad deberá disponer para ello de procedimientos y documentación que justifiquen la conciliación entre las hipótesis biométricas aplicadas a todos los efectos.

El requisito de «consistencia» no es sinónimo de igualdad, pero exige que en caso de existir diferencias entre las hipótesis biométricas aplicadas a unos y otros efectos, las diferencias estén identificadas y su origen e importe justificado.

Si las hipótesis biométricas aplicadas a la tarificación quedasen desfasadas, las bases técnicas deberán actualizarse para recoger la conciliación entre las hipótesis biométricas originales y las hipótesis actualizadas, tratándose la diferencia entre ambas como fuente de resultado técnico conforme a la normativa vigente.

3. Al objeto de garantizar que las bases técnicas son completas, estas deberán contener tanto las tablas biométricas de estimación central (tablas de segundo orden) aplicables a la valoración de la mejor estimación de provisiones técnicas a efectos de solvencia, como las tablas de primer orden (aplicables al cálculo de las provisiones técnicas a efectos contables).

Las tablas biométricas de primer orden resultan de incorporar a las tablas biométricas de segundo orden los recargos técnicos que reflejen los riesgos de modelo, nivel, volatilidad, tendencia, incertidumbre paramétrica, riesgos de base y en general cualquier otro riesgo biométrico que sea considerado por el mercado para transferir carteras o asumir riesgos.

Las bases técnicas deberán especificar explícitamente el método de estimación y el importe de cada uno de dichos recargos técnicos, justificando su adecuación conforme a la normativa vigente.

4. La documentación debe contener los criterios de identificación de carteras de asegurados biométricamente homogéneas.

5. Cualquier otro ajuste sobre las hipótesis biométricas distinto de los mencionados en el número 3, tanto a efectos de tarificación como de valoración de las provisiones técnicas, debe identificarse explícitamente, con indicación expresa de la naturaleza del ajuste, en concordancia con lo exigido por el artículo 118 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre.

Entre otros extremos, las bases técnicas deben diferenciar cualquier tipo de gasto o recargo añadido a las prestaciones comprometidas o esperadas.

B. Tratamiento de las tablas biométricas en la estructura y procesos de buen gobierno de las entidades aseguradoras y reaseguradoras

6. Para disponer de un adecuado sistema de gobierno las entidades aseguradoras y reaseguradoras deben identificar en su modelo de negocio, de forma explícita y tanto en términos cualitativos como cuantitativos, su nivel de apetito al riesgo biométrico, diferenciando al menos los riesgos de longevidad, mortalidad, invalidez, morbilidad y

ejercicio de las opciones del tomador.

El modelo de negocio abarcará tanto la aceptación de los riesgos biométricos mediante operaciones de seguro directo o reaseguro aceptado, como la forma y límites de la cesión de dichos riesgos a través del reaseguro o formas alternativas de transferencia de riesgos.

7. En el caso de contratos de seguro a medio y largo plazo, el modelo de negocio adoptado por la entidad contemplará acciones claras y concretas a aplicar para proteger de forma eficaz los intereses de los tomadores, asegurados y beneficiarios, cuando la cesión del riesgo biométrico, aisladamente o en conjunción con otros componentes, comporte un cambio sustancial en el perfil de riesgo de la entidad, en las inversiones afectas o en las expectativas de los tomadores, asegurados y beneficiarios y que, de haber sido conocida por el tomador, hubiera resultado un elemento sustancial para decidir la contratación o no del seguro.

8. El órgano de administración de la entidad deberá considerar, al menos anualmente, la importancia del riesgo biométrico asumido y del riesgo retenido, incluyendo el análisis de sensibilidad suficiente ante desviaciones desfavorables de cualquiera de los componentes de las hipótesis biométricas.

9. En concordancia con lo indicado en el número anterior, las entidades aseguradoras y reaseguradoras deberán contar con procedimientos que garanticen, por un lado, la identificación temprana de la necesidad de actualizar las tablas biométricas aplicadas a cualquier efecto, y, por otro lado, la actualización de dichas hipótesis de forma adecuada, sólida y realista y en el menor plazo posible. Lo anterior tendrá las siguientes consecuencias en el sistema de gobierno de este ámbito de la actividad de la entidad:

- a) Las entidades documentarán los procesos de monitorización continuada de las hipótesis biométricas, identificando las funciones responsables de ellos y la participación de la función actuarial y la función de gestión de riesgos. Deberán detallar las acciones para asegurar la calidad del dato, los sistemas de procesos de información específicos, el control interno de tales procesos, las metodologías aplicadas para derivar la mortalidad real y esperada del colectivo asegurado y comparar ambas, y los procesos de documentación e información sobre las conclusiones de la monitorización continuada. También se documentará la coordinación con las actividades de auditoría interna de la referida monitorización continuada.
- b) El nivel de detalle de la monitorización se determinará atendiendo a la homogeneidad biométrica de las carteras que se consideren como agrupadas a estos efectos,

teniendo en cuenta lo indicado en el número 4.

- c) En todo caso, deberá efectuarse un análisis específico de los contratos de seguro de mayor importe económico, bien por razón de las primas, de la suma asegurada o de la provisión matemática acumulada, documentándose los criterios seleccionados para la realización de los análisis efectuados.
- d) La ejecución, los resultados, la información sobre el procedimiento de monitorización de las tablas biométricas, así como las decisiones y su implantación, deberán ser documentadas de forma completa y clara por la función actuarial. Se considerará como buena práctica que su revisión sea objeto de auditoría interna al menos cada tres años.

10. A efectos de tarificación, y con el objeto de proteger los derechos de los tomadores, asegurados y beneficiarios y dotar de transparencia a las bases técnicas, las entidades deberán aplicar los siguientes criterios:

- a) Las hipótesis biométricas reflejarán el comportamiento biométrico esperado del colectivo durante el período de cobertura.
- b) En el caso de seguros en los que la prima de riesgo se ha calculado con tablas de primer orden resulta pertinente el otorgamiento de una participación en beneficios biométricos.
- c) Las hipótesis biométricas aplicadas a los procesos de tarificación habrán de tener en cuenta, además de los criterios de equidad y suficiencia, al menos, los principios de no discriminación por razón de género, VIH y factores genéticos.

11. Dado que el marco de solvencia se fundamenta en una visión integral, prospectiva y económica de la entidad aseguradora, las entidades deberán tener en cuenta con suficiente anticipación el impacto de los riesgos asociados a las hipótesis biométricas en las políticas de capital, en particular en la toma de decisiones sobre cualquier forma de distribución de resultados.

12. De acuerdo con la normativa aplicable, la entidad aseguradora debe tener documentado e implementado un proceso de calidad del dato específico que garantice un control interno de la información sobre experiencia biométrica de los colectivos asegurados. Entre otras verificaciones este proceso deberá garantizar:

- a) que las bases de experiencia histórica capturan todos los asegurados;
- b) que las bases de experiencia histórica permiten la trazabilidad de la situación biométrica de cada asegurado en cada momento y dicha trazabilidad puede ser procesada de forma eficiente;
- c) que los registros cumplen las condiciones lógicas y de consistencia, tales como las

siguientes:

- i. la fecha de nacimiento del asegurado es menor que la fecha de efecto de la póliza,
 - ii. todos los registros referidos a un mismo asegurado reflejan el mismo sexo,
 - iii. todos los registros referidos a un mismo asegurado reflejan la misma fecha de nacimiento,
 - iv. todos los registros referidos a un mismo asegurado cuando el asegurado haya fallecido, reflejan la misma fecha de fallecimiento,
 - v. para un asegurado que haya fallecido no existen registros que reflejen pólizas en vigor con posterioridad a la fecha de fallecimiento.
- a) diferentes años naturales, contienen la información de forma que el comportamiento biométrico entre períodos sea comparable;
- d) que las bases de experiencia permiten de forma eficiente la diferenciación de los grupos de asegurados biométricamente diferentes;

13. Los procesos de obtención de estadísticas deberán garantizar un fiel reflejo de las exposiciones y fallecimientos del colectivo asegurado en el período de observación. En particular, dichos procesos deben evitar el cómputo múltiple de asegurados con varias pólizas, la falta de cómputo de la exposición entre pólizas diferentes y la agrupación de asegurados. La monitorización de las tablas deberá ser consistente con el sistema de cuantificación aplicado para la determinación de las exposiciones y fallecimientos en el período de observación.

C. Tablas biométricas de experiencia propia determinadas a partir de correcciones sobre tablas sectoriales

14. Cuando la entidad haga uso de tablas sectoriales sobre las que hayan aplicado correcciones o ajustes, serán técnicamente relevantes los criterios que, con respecto a los requisitos actuariales de las tablas de experiencia propia, dicte la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Adicionalmente, para alcanzar una justificación sólida y realista de las tablas de experiencia propia derivadas a partir de tablas sectoriales, la entidad deberá estar en condiciones de explicar y justificar la adecuación de la metodología empleada en la selección de la tabla biométrica de referencia, y, en particular:

- a) Que la entidad conoce las hipótesis o métodos utilizados en la elaboración de las tablas, la población de la que se extrae la información y su período de observación.
- b) Las razones para seleccionar la tabla sectorial elegida, explicitando las alternativas planteadas, incluyendo un análisis de la sensibilidad de los resultados obtenidos empleando otras tablas biométricas de referencia.

- c) Los criterios de selección aplicados.
- d) Que el fin del período de observación de la tabla sectorial permite capturar todo el comportamiento biométrico relevante de acuerdo con la naturaleza de las obligaciones de seguro contraídas por la entidad aseguradora con el grupo de asegurados correspondiente.
- e) Que la naturaleza de los riesgos considerados en la tabla sectorial es suficientemente similar a los riesgos de las obligaciones de seguro contraídas por la entidad aseguradora con el grupo de asegurados correspondiente. A estos efectos se tendrá en cuenta, al menos, los tipos de productos comercializados y los segmentos de clientela objetivo de dichos productos.
- f) Que no existen diferencias sustanciales entre la mortalidad, y en su caso tendencia, del grupo de asegurados de la entidad aseguradora y la mortalidad, y en su caso tendencia, de la población de la tabla sectorial, una vez aplicadas las correcciones o ajustes estimados por la entidad aseguradora.
- g) Que no existen otros aspectos de la metodología o datos de experiencia de la tabla sectorial que puedan resultar inconsistentes con las características del comportamiento biométrico del grupo de asegurados durante el período de proyección de las obligaciones de seguro.

D. Entidades aseguradoras o grupos de asegurados cuya base estadística no es suficiente para derivar hipótesis biométricas

15. En el caso de entidades aseguradoras o de grupos de asegurados en los que no es técnicamente posible realizar análisis fiables y objetivos para derivar tablas de experiencia propia, por ejemplo a causa del tamaño del colectivo asegurado o de la volatilidad de su experiencia biométrica, la entidad aseguradora deberá valorar las provisiones técnicas de seguros de vida a efectos contables y a efectos de solvencia aplicando tablas al menos tan prudentes como las tablas declaradas de uso admisible por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Por tanto, a efectos de supervisión, no se considerará adecuado el uso de tablas que conduzcan a provisiones técnicas inferiores a las que se derivan de las tablas mencionadas.

Sin perjuicio de lo anterior, el contenido de esta guía técnica será aplicado a todo tipo de actividad aseguradora o reaseguradora.

E. Buenas prácticas en materia de información a terceros y a la autoridad supervisora en lo relativo a las tablas biométricas

16. Al objeto de ofrecer toda la información sustancial ante terceros y ante la Dirección

General de Seguros y Fondos de Pensiones, y permitir una adecuada comparabilidad, las entidades aseguradoras deberán proporcionar la siguiente información relativa a las hipótesis biométricas aplicadas a efectos contables:

- a) Distribución de las provisiones técnicas en función de las hipótesis biométricas utilizadas en su valoración como un apartado dentro del informe periódico de supervisión.
- b) Comparación entre el valor de las provisiones técnicas basadas en las tablas biométricas utilizadas para el cálculo de la prima y el valor de las provisiones técnicas obtenido mediante tablas realistas, dentro de la información de la Memoria de las cuentas anuales y del Informe sobre la situación financiera y de solvencia.
- c) Información cuantitativa y cualitativa descriptiva de todos los aspectos de importancia sustancial relativos a los recargos técnicos considerados para derivar las hipótesis biométricas de primer orden; e información sobre el nivel de confianza obtenido, diferenciando, en su caso, el aplicado para el tanto de mortalidad base y el obtenido para la tendencia. Todo ello deberá constar en un apartado dentro del Informe periódico de supervisión.
- d) Información sobre el impacto de los recargos técnicos, por ejemplo mediante la comparación entre el valor de las provisiones técnicas basadas en tablas biométricas de primer orden y el valor de las provisiones técnicas basadas en tablas biométricas de segundo orden, dentro del Informe sobre la situación financiera y de solvencia.
- e) Información sobre la suficiencia o insuficiencia de las hipótesis biométricas a la vista de la experiencia acumulada en los términos señalados en el artículo 34.2 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, dentro de la información de la Memoria de las cuentas anuales y del Informe sobre la situación financiera y de solvencia.
- f) Cambios de valor de las provisiones técnicas derivados de cambios en las hipótesis biométricas aplicadas en su validación, dentro de la información de la Memoria de las cuentas anuales y del Informe sobre la situación financiera y de solvencia.

F. Aplicación del principio de prudencia contable al tratamiento de las revisiones de hipótesis biométricas

17. El artículo 34.2 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, y el principio contable de prudencia del marco conceptual del Plan de contabilidad de las entidades aseguradoras, aprobado por el Real Decreto 1317/2008, de 24 de julio, exigen que sólo sean contabilizados como beneficios, las desviaciones favorables de las hipótesis biométricas obtenidas hasta la fecha de cierre del ejercicio.

A tales efectos se considera que las comparaciones entre las provisiones contables antes y después de la revisión de hipótesis biométricas han de distinguir los asegurados de seguros de longevidad y los asegurados de seguros de vida-riesgo. Dentro de cada una de estas dos categorías se agruparán los contratos de seguro de características similares cuyas primas se hayan basado en las mismas tablas biométricas. El principio de prudencia contable no permite la compensación de desviaciones positivas y negativas entre las agrupaciones de asegurados resultantes de las dos clasificaciones mencionadas.

III. Recomendaciones para fomentar la elaboración de estadísticas biométricas sectoriales homogéneas basadas en metodologías sólidas y realistas

A. Recomendaciones referentes al sistema de gobierno

1) La elaboración de estadísticas biométricas debe ser parte esencial del sistema de gestión de riesgos de cada entidad aseguradora que asuma riesgos biométricos sustanciales. En consecuencia,

a) la información original sobre la que se construyen las estadísticas biométricas debe responder a un marco de calidad del dato de alto estándar, y su necesaria categorización como variable ética.

b) los controles internos aplicados al efecto deben estar inventariados,

c) los resultados obtenidos en cada elaboración de las estadísticas deben ser documentados de forma completa y trazable.

Entre otros extremos la calidad del dato debe prevenir que para el mismo asegurado existan registros (pólizas o suplementos) con diferente fecha de nacimiento, género o fecha del evento asegurado.

2) La entidad debe tener implementado un proceso de validación de las estadísticas biométricas efectivamente independiente de su proceso de elaboración. El proceso de validación debería abarcar tanto las fuentes de información interna como las fuentes de información externa y la metodología de cómputo de exposiciones, eventos asegurados y magnitudes económicas relevantes.

3) Los aspectos precedentes deben estar documentados y la documentación debiera establecer el vínculo operativo con los procesos de validación de hipótesis biométricas y cálculo de las provisiones técnicas.

B. Recomendaciones metodológicas

4) Se recomienda que las estadísticas biométricas se elaboren desagregando la cartera total de la entidad en colectivos biométricamente homogéneos. En definitiva, las estadísticas biométricas deben prevenir la mezcla de colectivos con comportamientos

biométricos sustancialmente diferentes.

A estos efectos se recomienda que la entidad establezca una clara definición de los factores que definen la homogeneidad de un colectivo asegurado. Dichos factores deben aplicar el principio de sustancia (biometría del colectivo asegurado) sobre forma (calificación legal de los contratos de seguro, categorías de información o calificación comercial).

En particular, se recomienda que se elaboren estadísticas biométricas diferentes para los colectivos en los que, al menos, se cumpla alguna de las siguientes condiciones:

- a) Cuando los criterios de selección sean sustancialmente diferentes.
 - b) Cuando los segmentos de clientes objetivo en la comercialización sean diferentes.
 - c) Cuando la sensibilidad de las primas o de las provisiones técnicas a cambios en las hipótesis biométricas sea sustancialmente diferente.
 - d) Cuando el comportamiento de los colectivos sea normalmente distinto y se mantenga así en el tiempo.
- 5) Se recomienda que el cómputo de exposiciones o de eventos asegurados incluya la condensación previa en un solo registro de todas las exposiciones/eventos relativos a una misma persona. En consecuencia, no se estima recomendable
- a) ni el cómputo de expuestos/eventos por pólizas,
 - b) ni mediante comparación de las masas de expuestos en dos fechas diferentes del tiempo.
- 6) Se recomienda que el periodo de cómputo de exposiciones no sea superior al mensual, por tanto, tabulando los meses en que cada persona se encuentra expuesta o ha sufrido el evento cubierto.
- 7) En atención al significado actuarial de los tantos de mortalidad de las tablas biométricas, se recomienda que el cómputo de edades se haga por edad anual completada. Ello supone que se asigna la exposición/evento de una persona en un mes a la edad anual entera completada en dicho mes. En consecuencia, los cálculos basados en edad actuarial no son recomendables ya que pueden sobrestimar la mortalidad.
- 8) Se recomienda que las estadísticas biométricas se diferencien en función de variables que resulten actuarialmente significativas en la elaboración de modelos, tratando de identificar las causas primarias del riesgo, sin perjuicio de respetar estrictamente en los procesos de tarificación los principios de no discriminación por razón de género, VIH y factores genéticos.
- 9) En los casos en los que el cómputo esté basado en la edad actuarial, se recomienda

que las exposiciones en cada mes/quincena/semana/día diferencien para cada asegurado los que pertenecen a la generación más antigua y los que pertenecen a la siguiente generación de las dos posibles conforme al criterio de edad completada.

Por tanto, la conjunción de las anteriores recomendaciones se resume en que la metodología evalúe cada exposición/evento conforme a cuatro dimensiones:

- a) período cronológico de observación (como máximo mensual, por tanto mes/quincena/semana/día),
- b) edad completada,
- c) generación de las dos posibles en cada mes de observación,
- d) diferenciación en función de variables que resulten actuarialmente significativas.

10) Se recomienda que las estadísticas biométricas incluyan el valor de la provisión matemática en la última fecha de observación en el caso de seguros de ahorro y el capital asegurado en el caso de seguros de riesgo.

11) Se recomienda que no se aplique ajuste alguno para tener en cuenta eventos asegurados ocurridos y no conocidos (IBNR). Tan solo en el año coincidente con el ejercicio contable, se podrán tener en cuenta los efectos del IBNR, siempre que se demuestre estadísticamente la necesidad de su inclusión y la adecuada asignación del mismo por variables biométricas de contraste.

12) En el caso de seguros sobre dos cabezas (generalmente rentas con reversión no causada), se recomienda que la metodología evite el cómputo de la exposición/evento de la segunda cabeza a menos que se disponga de un alto grado de certeza sobre la calidad de dicho dato.

13) Se recomienda que además de los cuadros estadísticos resumen (por ejemplo exposiciones acumuladas presentadas en tres dimensiones: edad anual entera, año observado y género) se conserven las bases de datos correspondientes con los registros de asegurados ya condensados (un solo registro por asegurado), con todos los datos relevantes, en particular:

- a) datos biométricos (fecha de nacimiento y género),
- b) datos contractuales (fecha de efecto de la póliza más antigua del asegurado y último día de efecto de la póliza más moderna, fecha de ocurrencia del evento asegurado, situación actual del asegurado),
- c) datos identificativos respetando la normativa sobre protección de datos personales,
- d) datos económicos (provisión matemática o capital asegurado y fecha de referencia de tales magnitudes).

ANEXO C: LISTADO DE NORMAS NIIF /NIC

Normas IFRS / NIIF

NIIF 1: Adopción por primera vez de las Normas Internacionales de Información Financiera

NIIF 2: Pagos basados en acciones

NIIF 3: Combinaciones de negocios

NIIF 4: Contratos de seguro (será derogada por NIIF 17)

NIIF 5: Activos no corrientes mantenidos para la venta y actividades ininterrumpidas

NIIF 6: Exploración y evaluación de recursos minerales

NIIF 7: Instrumentos financieros. Información a revelar.

NIIF 8: Segmentos de operación

NIIF 9: Instrumentos financieros

NIIF 10: Estados financieros consolidados

NIIF 11: Acuerdos conjuntos

NIIF 12: Información a revelar sobre participaciones en otras entidades

NIIF 13: Valoración valor razonable o *Fair Value*

NIIF 14: Cuentas de diferimientos de Actividades reguladas

NIIF 15: Ingresos procedentes de contratos con clientes

NIIF 16: Arrendamientos

NIIF 17: Contratos de seguro

Normas IAS / NIC

NIC 1: Presentación de estados financieros

NIC 2: Existencias

NIC 7: Estado de flujos de efectivo

NIC 8: Políticas contables, cambios en las estimaciones contables y errores

NIC 10. Hechos posteriores a la fecha de balance

NIC 11. Contratos de construcción

NIC 12. Impuesto sobre beneficios

NIC 14. Información financiera por segmentos

NIC 16. Inmovilizado material

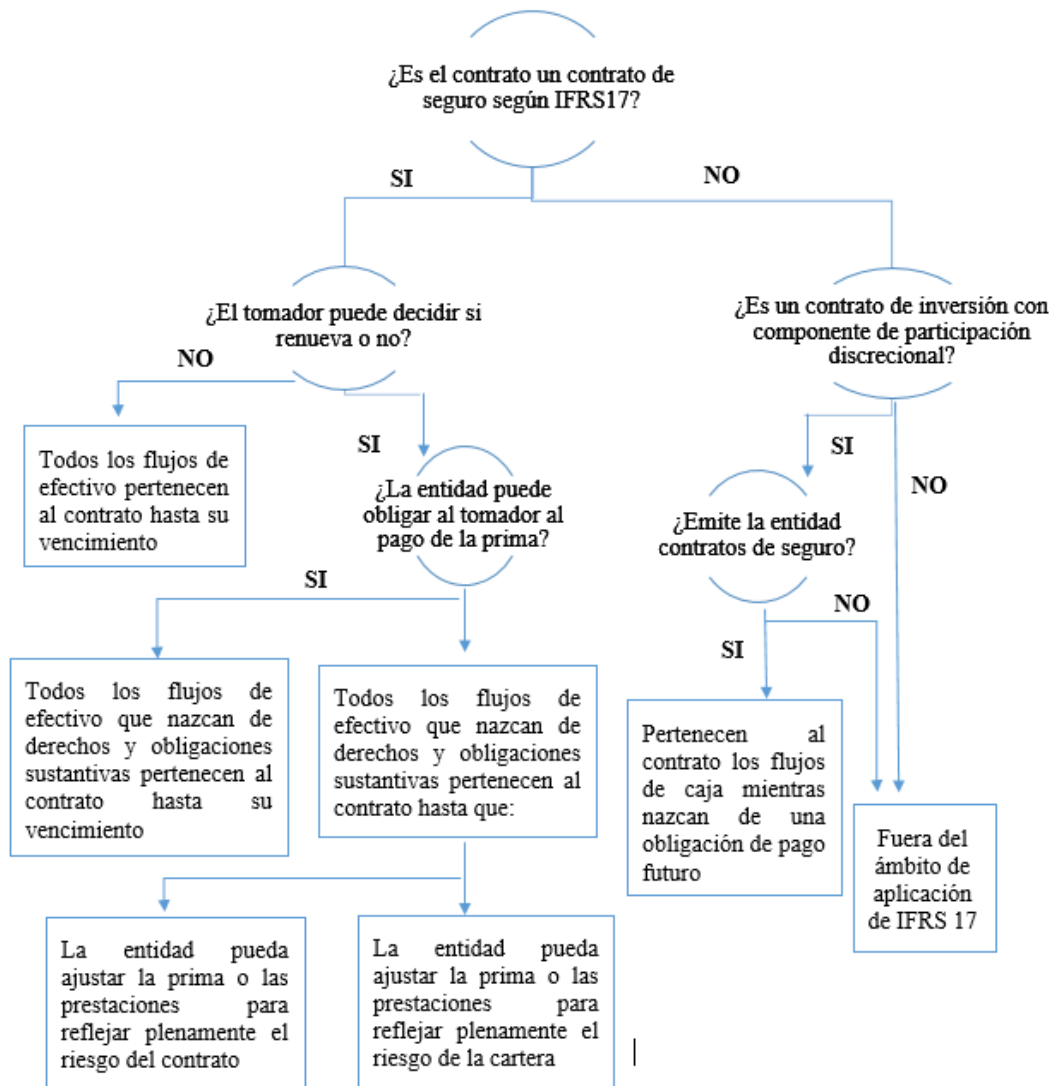
NIC 17. Arrendamientos

- NIC 18. Ingresos ordinarios
- NIC 19. Retribuciones a empleados
- NIC 20: Contabilización de subvenciones oficiales e información a revelar sobre las ayudas públicas
- NIC 21: Efectos de las variaciones en los tipos de cambio de la moneda extranjera
- NIC 23: Costes por intereses
- NIC 24. Información a revelar sobre partes vinculadas
- NIC 26: Contabilización e información financiera sobre los planes de prestaciones por jubilación
- NIC 27. Estados financieros separados
- NIC 28: Inversiones en entidades asociadas y Joint Ventures
- NIC 29: Información financiera en las economías hiperinflacionarias
- NIC 32: Instrumentos financieros. Presentación
- NIC 33: Ganancias por acciones
- NIC 34: Información financiera intermedia
- NIC 36: Deterioro de valor de los activos
- NIC 37: Provisiones, activos y pasivos contingentes
- NIC 38: Activos intangibles
- NIC 39: Instrumentos financieros: Reconocimiento y valoración
- NIC 40: Inversiones inmobiliarias
- NIC 41: Agricultura

La lista completa de estándares publicados y la información sobre cada uno de ellos se encuentra en:

<https://www.ifrs.org/issued-standards/list-of-standards/>

ANEXO D: DETERMINACIÓN DE LOS LÍMITES DEL CONTRATO EN IFRS17



Fuente: elaboración propia a partir de EIOPA (2018)