

Ley de Prepagas y el rol del Actuario

Dr. Eduardo Melinsky

Dr. Fernando Martucci



Fuente: Revista Consejo – Nº 18 – Julio 2011 – ISSN 1851-6610

Profesional de Ciencias
Económicas de la Ciudad
Autónoma de Buenos Aires



El presente informe es un extracto del artículo “El Actuario: Ley de Prepagas y Valuación de los Compromisos según Resolución Técnica 23” ⁽¹⁾. En este capítulo se identifican, en forma resumida y sencilla, las principales tareas que el profesional actuario puede realizar dentro del ámbito de las empresas de medicina prepaga, teniendo en cuenta el componente de riesgo prestacional y la incertidumbre que posee la naturaleza técnica de la actividad.

EL ACTUARIO COMO ANALISTA TÉCNICO DEL RIESGO PRESTACIONAL

En términos de ingresos y egresos, las entidades que brindan coberturas de salud (ya sea vía coberturas de seguros individuales y/o colectivos, vía obras sociales, vía medicina prepagas u otros) reciben las cuotas de sus afiliados (ex ante) contra el compromiso futuro de brindar las prestaciones médicas (ex post), abonar los gastos de administración y obtener un margen razonable de ganancia (salvo entidades sin fines de lucro).

En este contexto, la determinación del nivel adecuado de las cuotas (de manera de permitir afrontar los compromisos contraídos) es una tarea esencial y prioritaria para toda entidad que desee brindar íntegramente las coberturas, obtener resultados razonables y estables y por lo tanto perdurar en el tiempo.

Teniendo en cuenta que las cuotas se perciben con anterioridad al pago de las prestaciones y que éstas son a futuro, de carácter contingente y con costos crecientes con la edad, es necesario realizar un análisis actuarial del riesgo prestacional de manera de obtener cuotas que permitan cubrir los costos futuros de las prestaciones médicas a otorgar en el futuro, los gastos de administración y un margen razonable de ganancia.

El análisis actuarial técnico del riesgo prestacional requiere definir el alcance y medidas de las prestaciones (cobertura y desarrollo de los productos), de la selección de los riesgos (suscripción) y de la estructura de la tarificación (cuotas según edad y antigüedad), entre otros aspectos. Estos temas pueden ser libremente definidos por las entidades prestatarias o estas pueden estar limitadas por leyes y/o reglamentos que establezcan condiciones específicas.

El alcance y medidas de las prestaciones incluyen la determinación de los servicios incluidos (por ejemplo: hospitalización, emergencia, consultas médicas), modalidades de las prestaciones (por ejemplo: reintegros, prestación directa, planes cerrados, planes abiertos), consideración de copagos, enfermedades preexistentes, período de espera y/o carencia, plazos de cobertura, entre otros.

La selección de riesgos está dada por la caracterización de la población cubierta y el grado de asegurabilidad o admisión acorde con la exposición a los riesgos que se pretende cubrir.

La estructura de tarificación está dada por la definición del nivel inicial y la estructura creciente de las cuotas conforme a la antigüedad, edad alcanzada y tramos considerados, por cada componente de los grupos familiares cubiertos.

El análisis actuarial de los riesgos prestacionales requiere modelos que combinen la estructura de las prestaciones cubiertas con aspectos relacionados con tasas de

utilización por edad, costos prestacionales, y los aspectos de fluctuación de tales variables, en función de sus aspectos probabilísticos, con la incorporación de los gastos conexos y con los estudios sobre el dimensionamiento organizacional y los convenios con prestadores a los fines de lograr eficiencia en las contrataciones (por ejemplo: la negociación anticipada de días-cama).

Así, estamos tratando con la valuación de acontecimientos futuros fortuitos o contingentes en materia de la cobertura de prestaciones de la salud con el empleo de técnicas actuariales, por lo que los aspectos señalados en los párrafos anteriores son de incumbencia esencialmente actuarial.

Es importante destacar que el proceso de análisis actuarial del riesgo prestacional requiere la intervención de todas las áreas de la entidad, ya que, además de la información estadística imprescindible para el análisis, es necesario contar con el plan estratégico de la entidad (definiciones a nivel gerencial y directivo), bases de datos, políticas de suscripción, información contable, entre otros temas.

LEY 26.682/2011 Y SU MENCIÓN DEL CÁLCULO ACTUARIAL

Acorde con lo expresado en el punto anterior, la Ley 26.682/2011 menciona en su artículo 17 que el valor de las cuotas debe estar fundado en un razonable cálculo actuarial de los riesgos, lo que implica que los actuarios deberán intervenir necesariamente en la determinación de las mismas.

Por otro lado, en los artículos 12 y 17 se establecen limitaciones a los valores de las cuotas. El artículo 12 imposibilita incrementar las cuotas para mayores de 65 años y 10 años de antigüedad y el artículo 17 impide establecer una variación mayor de tres (3) veces entre el precio de la primera y la última franja etaria.

Estas limitaciones a las cuotas implican una modificación sustancial en la concepción y determinación de ellas, teniendo en cuenta que hasta ahora las cuotas respondían a lo que actuarialmente se denomina “primas de riesgo anual”, donde la cuota de cada período (mes, año) está destinada a atender el costo promedio por afiliado en el período asegurado, sin necesariamente establecer provisiones respecto de situaciones posibles con costos promedios mayores que los ingresos por cuotas, en atención a la naturaleza creciente del costo por edad.

A partir de las limitaciones legales es necesario abogar por una reglamentación razonable y proceder a definir estructuras tarifarias consecuentes con la naturaleza del riesgo prestacional. Estos aspectos son asimilables a la práctica del seguro de vida respecto de “primas niveladas” y “reservas matemáticas” en los seguros con costos crecientes por edad, tratados con los contenidos de la matemática actuarial del seguro de vida y de utilización habitual en la regulación y práctica de la actividad aseguradora.

Otro tema a tener en cuenta es la incidencia patrimonial de la actual población que, al alcanzar las condiciones de 65 años de edad y 10 años de antigüedad, con cuotas que no podrían ser incrementadas en el futuro, debe hacer frente al aspecto natural de presentar costos crecientes por edad.

Los artículos 10 y 14 hacen mención específica de enfermedades preexistentes, períodos de carencia y períodos de espera.

Respecto a los períodos de carencia y/o espera, no pueden establecerse para las coberturas del plan médico obligatorio, pero sí pueden establecerse para las otras modalidades prestacionales (deben estar explícitamente detallados en el contrato).

Respecto a las prestaciones preexistentes, pueden establecerse sólo en función de la declaración jurada del usuario, no pueden ser utilizadas como criterio de rechazo y permiten utilizar cuotas diferenciales (debidamente justificadas).

Para la cobertura del grupo familiar, no pueden limitarse las prestaciones por enfermedades preexistentes, por períodos de carencia, y tampoco pueden dar lugar a cuotas diferenciadas.

Las limitaciones legales respecto de enfermedades preexistentes, por períodos de carencia y/o espera, presentan aspectos de agravamiento de los riesgos, modificando las pautas tradicionales de afiliación a medicina prepaga, con mayores costos para la entidad.

A los efectos de la estructura tarifaria deberán tenerse en cuenta estos mayores costos, identificando el motivo del ingreso de un afiliado a la empresa, ya que una situación es que se produzca por una decisión personal y voluntaria del afiliado (con el posible riesgo de antiselección que ello conlleva) y otra es que se produzca porque el afiliado cambió de trabajo (cambio de empleador) o por ser el primer ingreso al esquema de medicina prepaga (sin riesgo adicional de antiselección).

Por último se menciona que el artículo 5 de la Ley hace referencia también al cálculo actuarial, pero en este caso en relación con la transferencia de afiliados en caso de quiebra.

Como se puede apreciar, la Ley 26.682, cuya reglamentación está pendiente, tiene consecuencias en todos los procesos de tarificación y valuación de los planes de medicina prepaga y de las respectivas carteras, donde el alcance para los planes vigentes debe ser cuidadosamente ponderado por los aspectos técnicos señalados.

CONCLUSIONES

Por todo lo expuesto y acorde con la naturaleza del negocio, se entiende indispensable la actuación profesional del actuario en el ámbito de la medicina prepaga brindando asesoramiento técnico en todos los aspectos relacionados con los puntos tratados en este trabajo (valuación y análisis de la gestión del riesgo prestacional), situación que es refrendada en lo establecido por la Ley 26.682.

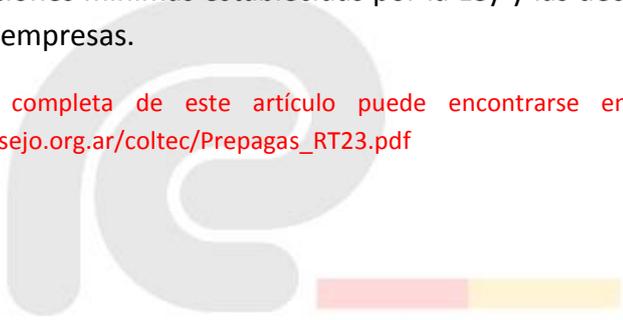
A título ilustrativo resumimos las tareas profesionales del actuario en el ámbito de la medicina prepaga:

Elaborar el fundamento técnico de los valores de las cuotas de los planes mediante un análisis actuarial del riesgo prestacional (explícitamente mencionado en la Ley).

- Asesorar en la determinación y valuación de los riesgos para aquellos grupos cuyas cuotas no podrán ser aumentadas en el tiempo.

- Valuación actuarial de la incidencia de las limitaciones en cuanto a variación de cuotas, incluyendo además aspectos relacionados con carencias y preexistencias.
- Análisis específico de las enfermedades preexistentes, permitiendo fundamentar y justificar la determinación de cuotas diferenciales.
- Participar en el desarrollo de las bases de datos, cuya información será esencial para obtener las estadísticas que permitan evaluar los aspectos antes detallados.
- Capacitar al personal de las empresas en los conceptos actuariales.
- Definir juntamente con la empresa los aspectos de alcance y nivel de cobertura, elaboración de políticas de suscripción, enfermedades preexistentes, períodos de espera y/o carencia, discriminación de cuotas por edad, tipos de beneficios, etc, atento a las limitaciones mínimas establecidas por la Ley y las decisiones a nivel gerencial y/o directivo de las empresas.

1- La versión completa de este artículo puede encontrarse en la web institucional, en la dirección http://www.consejo.org.ar/coltec/Prepagas_RT23.pdf



consejo

Profesional de Ciencias
Económicas de la Ciudad
Autónoma de Buenos Aires

