

# Transferencia de riesgos en el seguro de salud

ALBERTO MERINO PALOMAR

Actuario Colegiado nº 2.287

Como concepto sencillo y desde el punto de vista tanto teórico como práctico, la siniestralidad es el producto de la frecuencia (probabilidad de ocurrencia del siniestro) y el coste medio (intensidad del siniestro). Estos son los dos elementos que configuran la siniestralidad y que, en un ramo como el de salud con primas muy elevadas pero márgenes muy estrechos, las compañías se esfuerzan en controlar, limitar o cuando menos reducir el nivel de aleatoriedad de los mismos, habida cuenta de que las tradicionales soluciones reaseguradoras para el ramo de salud (asistencia sanitaria) no suelen ir más allá, en muchos casos, de fórmulas *stop loss* para tasas de siniestralidad muy superiores a las que permitirían obtener un equilibrio técnico. Por tanto, la tradicional transferencia de riesgos al reasegurador adquiere aquí otros tintes y es protagonizada por otros actores.

Las transferencias de riesgos son, dentro del entorno del seguro de salud, mecanismos muy habituales en la gestión diaria de las prestaciones, y su finalidad es la de mitigar, en todo o en parte, la aleatoriedad de la siniestralidad de un ramo, limitando la probabilidad o la intensidad siniestral. Estas transferencias tienen lugar hacia dos actores: los proveedores sanitarios por un lado, y los asegurados por otro.

## TRANSFERENCIA DE RIESGOS A PROVEEDORES SANITARIOS: CÁPITA Y FORFAIT

A nadie se le escapa que un elemento clave en la gestión del seguro de salud es la parte operacional de gestión de proveedores sanitarios. Y a pesar de la existencia de grupos tanto hospitalarios como de otros tipos de prestadores (análisis clínicos, por ejemplo) y de determinadas concentraciones llevadas a cabo en los últimos años, hay muchos ejemplos de conciertos o acuerdos con proveedores que acaban suponiendo una transferencia de riesgos. El más antiguo y no por ello completamente en desuso es la *cápita* (de hecho, la *cápita* está considerada como el origen del seguro de salud, sobre todo en el ámbito rural), sistema por el que a un determinado facultativo (normalmente de medicina general, pero es aplicable a otras especialidades o a centros médicos con especialidades diversas) se le asigna un asegurado y se le paga un importe fijo mensual por cuantas visitas realice en dicho facultativo/centro. Es evidente que el riesgo de frecuentación del acto o actos por los que se abona la *cápita* se traslada al prestador del servicio, con lo que la gestión por parte de la aseguradora se limita a negociar la *cápita* con el prestador sanitario. La *cápita* sirve, pues, para actos sencillos de coste determinado, eliminando el riesgo de frecuencia.

Otro sistema de cierta extensión en el sector es el del *forfait*, que consiste en pagar un importe fijo por un acto

o conjunto de actos cuyo coste presenta una variación importante, como el caso de los análisis clínicos (el número y tipo de determinaciones a realizar pueden hacer variar el coste en proporción de 1 a 50) o de los *forfaits* de ginecología para embarazadas (que incluyen un mínimo de visitas y de ecografías y la asistencia al parto por parte de un facultativo). El caso de los *forfaits* sirve para actos de coste aleatorio y elimina (o mitiga en buena parte) la variabilidad del coste, pero no la frecuencia. No serviría, por tanto, para realizar una transferencia perfecta del riesgo, sino parcial. El caso más “extremo” de *forfait* lo podemos ver en los casos de intervenciones quirúrgicas: si los sistemas hospitalarios tradicionales se basaban en la facturación por conceptos (quirófano, anestesista, cirujano, medicación, cama,...), los *forfaits* aplican a toda la secuencia del proceso, eliminando la aleatoriedad de la duración de la estancia, de la medicación necesaria, complicaciones, etc., con lo que se elimina totalmente la incertidumbre del coste medio del siniestro.

## TRANSFERENCIA DE RIESGOS AL ASEGURADO: LA FRANQUICIA Y EL COPAGO

Aunque de configuración similar en cuanto a su concepto desde el punto de vista del cliente (pago de una cantidad por el uso de los servicios asociados a una póliza de salud), la franquicia y el copago tienen, en este ramo, un uso bastante diferencial. Si el copago suele asociarse a un importe

económico relativamente módico respecto del coste de la prestación, y suele figurar en póliza en una tabla bastante resumida de actos (agrupaciones de actos en especialidades, medios de diagnóstico, etc.), la franquicia, muy vinculada al seguro dental, suele estar vinculada a una relación pormenorizada de actos de salud bucodental y los importes de las mismas suelen ser elevados. Otra diferencia entre ambos es que, por regla general, el copago lo carga el asegurador al tomador de la póliza con una periodicidad pactada y *a posteriori*, mientras que la franquicia suele ser abonada por el tomador directamente al prestador del servicio en el momento de la prestación, tal y como ocurre frecuentemente en seguros como los de automóviles.

En el seguro dental ha sido y es de uso frecuente la franquicia como elemento de minoración del riesgo. En muchas de las pólizas actualmente existentes hay dos tipos de actos de salud bucodental cubiertos:

- Actos gratuitos tales como higienes, extracción de cordales y otros actos simples y de tracto único; la aseguradora, para hacer frente a la siniestralidad derivada de los mismos, en ocasiones recurre al pago de una *cápita*, sobre todo si hablamos de proveedores exclusivos o casi exclusivos de servicios de salud bucodental.
- Actos franquiciados (la mayor parte de ellos, puesto que los gratuitos actúan comercialmente como *gancho* para el cliente), en los que el asegurador asume poco o nulo coste del acto realizado, que es sufragado en gran parte por el tomador, pero con un coste inferior al que tendría que abonar si no estuviera asegurado. Por tanto, se beneficia de una negociación unificada de proveedores que realiza en su nombre la aseguradora, pero la cobertura ofrecida por la compañía en los actos franquiciados es poco aseguradora, ya que toma tintes de intermediación en servicios de salud bucodental, una especie de club de compras que permite al asegurado, a cambio de una cuota, acceder a unos precios preferentes.

La consecuencia práctica de todo lo anterior: es tal el nivel de transferencia de riesgo que se da en el seguro dental que hoy en día hay redes (franquiciadas o no) de clínicas dentales que están ofreciendo coberturas casi idénticas a las de los seguros dentales con condiciones económicas similares, lo que nos da pie a entender que si el riesgo residual que se queda el asegurador es tan bajo como para que cualquier tercero no asegurador pueda asumirlo, se debería reorientar la visión de este tipo de seguros hacia coberturas más aseguradoras.

En segundo lugar, el copago, entendido como la aportación económica del asegurado para sufragar el coste de un acto sanitario asegurado en la póliza de salud, es un ele-

## El seguro de salud ha demostrado buenas dosis de imaginación en la transferencia de riesgos hacia los diferentes actores de la cadena de la operación aseguradora, dado que las soluciones ofrecidas por los reaseguradores tradicionales han sido, en muchos casos, poco satisfactorias para los aseguradores de directo

mento que se ha ido introduciendo por todas las compañías de manera generalizada desde principios del presente siglo, y aunque actualmente parece que pasa por horas bajas, indudablemente se ha hecho un hueco en el sector. El copago juega un triple papel en la gestión y la configuración del seguro de salud:

- Como elemento de control del gasto en prestaciones y por tanto de transferencia de una parte del riesgo (la intensidad del mismo), en tanto en cuanto el asegurado asume una parte (o la totalidad, según el caso, aunque esto último tiene dudosa cobertura legal) del coste que tiene un acto concreto para el asegurador; por tanto, reduce sistemáticamente la intensidad del siniestro.
- Como elemento coercitivo, ya que la perspectiva de asunción de un gasto mayor que la prima periódica abonada puede llevar al asegurado a no realizar el acto sanitario que tenía previsto, o bien a realizarlo a través del sistema público de salud; por tanto, también incide en la frecuencia siniestral.
- Como elemento de competitividad del producto, ya que la menor siniestralidad prevista por el seguro debido a los dos elementos que implican el copago (reducción de la intensidad y reducción de la frecuencia) se traduce en una prima más competitiva, más asequible y por tanto sirve para alcanzar una mayor universalización del seguro, siendo accesible para capas de población que no podrían costearse un seguro de prestación universal sin copagos.

En conclusión, el seguro de salud ha demostrado buenas dosis de imaginación en la transferencia de riesgos hacia los diferentes actores de la cadena de la operación aseguradora, dado que las soluciones ofrecidas por los reaseguradores tradicionales han sido, en muchos casos, poco satisfactorias para los aseguradores de directo. Todo ello ha culminado en un abanico de pequeñas transferencias de riesgo con diferentes formas que permiten estabilizar los resultados siniestros en un ramo con tradicionalmente resultados positivos pero márgenes estrechos, y con un control de la estabilidad de la siniestralidad muy desarrollado.