

El Actuario: Ley de Prepagas y Valuación de los Compromisos según Resolución Técnica 23

Por **Eduardo Melinsky (*)** y **Fernando Martucci (**)**

La profesión de Actuario es una de las menos difundidas en el ámbito de la Ciencias Económicas y en el público en general. Sin embargo, su relación con la comunidad no es nueva, sino que se remonta a los inicios mismos de la organización de la propia profesión contable como tal en Argentina, desde la sanción del Decreto Poder Ejecutivo Nacional N° 5.103/45.

Recientemente ha sido sancionada la Ley 26.682 relacionada con la Medicina Prepaga, estableciendo requisitos de cálculos actuariales. Con anterioridad la FACPCE ha emitido la Resolución Técnica N° 23, estableciendo las normas contables relacionadas con “Beneficios a los empleados posteriores a la terminación de la relación laboral y otros beneficios a largo plazo”, donde también se hace referencia expresa a las valuaciones actuariales.

Dado que estas normas tienen un amplio alcance en el país y con respecto a un gran número de empresas, el propósito de este artículo es presentar los aspectos legales de las incumbencias del Actuario y profundizar en los aspectos técnicos relacionados con la Medicina Prepaga y los Beneficios a los Empleados.

A. Incumbencias del Actuario

Las incumbencias del actuario están detalladas en el artículo 16 del Estatuto Profesional de los Licenciados en Economía, Contador Público, Licenciado en Administración, Actuario y Equivalentes (Ley N° 20.488), según el siguiente detalle:

Artículo 16: Se requerirá título de Actuario o equivalente:

1.-Para todo informe que las compañías de seguros, de capitalización, de ahorro, de ahorro y préstamo, de autofinanciación (crédito recíproco) y sociedades mutuales, presenten a sus accionistas o asociados o a terceros, a la Superintendencia de Seguros u otra repartición pública, nacional provincial o municipal, que se relacione con el cálculo de primas y tarifas, planes de seguros, de beneficios, subsidios y reservas técnicas de dichas compañías y sociedades.

2.-Para dictamen sobre las reservas técnicas que esas mismas compañías y sociedades deben publicar junto con su balance y cuadros de rendimiento anuales.

3.-En los informes técnicos de los estados de las sociedades de socorros mutuos, gremiales o profesionales, cuando en sus planes de previsión y asistenciales, incluyan operaciones relacionadas con aspectos biométricos.

4.-Para todo informe requerido por autoridades administrativas o que deba presentarse a las mismas o en juicios, sobre cuestiones técnicas relacionadas con la estadística, el cálculo de las

probabilidades en su aplicación al seguro, la capitalización, ahorro y préstamo, operaciones de ahorro autofinanciado (crédito recíproco) y a los empréstitos.

5.-Para todo informe o dictamen que se relacione con la valuación de acontecimientos futuros fortuitos, mediante el empleo de técnicas actuariales.

6.-En asuntos judiciales cuando a requerimiento de autoridades judiciales deba determinarse el valor económico del hombre y rentas vitalicias.

7.-Para el planeamiento económico y financiero de sistemas de previsión social, en cuanto respecta al cálculo de aportes, planes de beneficios o subsidios, reservas técnicas o de contingencia.

Los apartados 1º, 4º y 6º responden a ámbitos tradicionales de actuación profesional del actuario, el 5º responde a un aspecto genérico que lo vemos relacionado directamente con la Ley 26.682, y el 7º es el que tradicionalmente corresponde al ámbito de las Cajas de Jubilaciones en particular, que a su vez se relaciona estrechamente con la Resolución Técnica N° 23.

El actuario posee formación académica en el ámbito de las ciencias económicas, con profundos contenidos en matemática financiera, estadística y asignaturas actuariales específicas relacionados con seguros (vida, patrimoniales, salud, etc.) y reaseguros, planes de jubilaciones, pensiones y salud, lo que posibilita su actuación profesional en todos los ámbitos en donde el riesgo y la incertidumbre tengan un papel preponderante.

A los fines específicos de este artículo, y en función de las incumbencias del actuario y su formación académica antes detallada, se presentan los siguientes capítulos destinados a:

- **La Ley de Prepagas:** a efectos de identificar en forma resumida y sencilla las principales tareas que el profesional actuario puede realizar dentro del ámbito de las empresas de medicina prepagas, teniendo en cuenta el componente de riesgo prestacional e incertidumbre que posee la naturaleza técnica de la actividad.
- **La Valuación de los Compromisos establecidos en la Resolución Técnica N° 23:** señalando los aspectos actuariales de las normas contables conforme con la Resolución Técnica N° 23, en relación a la valuación de los compromisos con el personal que otorgan las empresas por sus Convenios Colectivos de Trabajo, Convenios Específicos y/o Planes de Beneficios.

B. Ley de Prepagas y el Rol del Actuario

1. 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 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 y plazos de cobertura, entre otros.

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

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

El **análisis actuarial de los riesgos prestacionales** requiere de 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 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 de 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.

2. Ley 26.682/2011 y su mención al 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 las mismas, 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 considerado, 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 bogar 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 en 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, deba hacer frente al aspecto natural de presentar costos crecientes por edad.

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

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

Respecto de las enfermedades preexistentes, las mismas puede establecerse sólo en función de la declaración jurada del usuario, no pueden ser utilizadas como criterio de rechazo y permite 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.

3. 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 a 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 conjuntamente 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,

atentos con las limitaciones mínimas establecidas por la ley y las decisiones a nivel gerencial y/o directivo de las empresas.

4. Anexo – Artículos 5, 10, 12 y 17 de la Ley 26.682

Artículo 5° — Objetivos y Funciones. Son objetivos y funciones de la Autoridad de Aplicación:
*m) Transferir en caso de quiebra, cierre o cesación de actividades de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley la cobertura de salud con sus afiliados a otros prestadores inscriptos en el Registro que cuenten con similar modalidad de cobertura de salud y cuota. La transferencia se acordará en el marco del Consejo Permanente de Concertación definido en el artículo 27 de la presente ley y se realizará respetando criterios de distribución proporcional según **cálculo actuarial**, debiendo contar con el consentimiento del usuario.*

ARTICULO 10. — Carencias y Declaración Jurada. Los contratos entre los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley y los usuarios no pueden incluir períodos de carencia o espera para todas aquellas prestaciones que se encuentran incluidas en el Programa Médico Obligatorio. Las otras modalidades prestacionales y los tiempos previstos en el contrato como período de carencia deben estar suficientemente explicitados en el contrato y aprobados por la Autoridad de Aplicación. Las enfermedades preexistentes solamente pueden establecerse a partir de la declaración jurada del usuario y no pueden ser criterio del rechazo de admisión de los usuarios. La Autoridad de Aplicación autorizará valores diferenciales debidamente justificados para la admisión de usuarios que presenten enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

ARTICULO 12. — Personas Mayores de 65 Años. En el caso de las personas mayores de sesenta y cinco (65) años, la Autoridad de Aplicación debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgo para los distintos rangos etarios. A los usuarios mayores a sesenta y cinco (65) años que tengan una antigüedad mayor a diez (10) años en uno de los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.

ARTICULO 14. — Cobertura del Grupo Familiar.

a) Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún (21) años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún (21) años, los hijos del cónyuge, los menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa, que reúnan los requisitos establecidos en este inciso;

b) La persona que conviva con el afiliado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo y sus hijos, según la acreditación que determine la reglamentación.

Las prestaciones no serán limitadas en ningún caso por enfermedades preexistentes ni por períodos de carencia ni pueden dar lugar a cuotas diferenciadas.

Artículo 17. — Cuotas de Planes. La Autoridad de Aplicación fiscalizará y garantizará la razonabilidad de las cuotas de los planes prestacionales.

*La Autoridad de Aplicación autorizará el aumento de las cuotas cuando el mismo esté fundado en variaciones de la estructura de costos y **razonable cálculo actuarial de riesgos**.*

Los sujetos comprendidos en el artículo 1° de la presente ley pueden establecer precios diferenciales para los planes prestacionales, al momento de su contratación, según franjas etarias con una variación máxima de tres (3) veces entre el precio de la primera y la última franja etaria.

C. Valuación de los Compromisos según Resolución Técnica 23

1. Objetivo

La determinación de los compromisos que la entidad adquiere a largo plazo por el servicio de sus empleados es de vital importancia en términos de gestión de la empresa, ya que permite cuantificar y asignar el costo de cada uno de los beneficios a cada ejercicio económico, anticipar situaciones desfavorables, y realizar, en caso de ser necesario, las modificaciones pertinentes.

2. Aspectos Básicos de la Resolución Técnica N° 23

La resolución ha sido emitida para profundizar el tratamiento de los “Pasivos por Costos Laborales” de la Resolución Técnica N° 17.

La misma fue elaborada por la Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas y sigue los lineamientos internacionales establecidos por la NIC 19, recomendándose su uso a partir del 1° de enero de 2006.

El objetivo de la misma es definir los criterios de medición y exposición aplicables a los beneficios a largo plazo que los empleadores otorgan a sus empleados con posterioridad a la terminación de la relación laboral, que surjan de acuerdos formalizados o no entre ellos.

La norma discrimina los beneficios en:

- **Beneficios post relación laboral:** son aquellos que se abonan una vez que el empleado cesa en el desempeño de sus funciones, como ser: beneficio de retiro (pagos periódicos o pagos únicos), seguros de vida, atención médica, tratamientos odontológicos, asistencia legal, pagos de servicios y otros beneficios.
- **Otros Beneficios a largo plazo:** retribuciones cuyo pago no ha de ser atendido dentro de los doce meses siguientes al período en el cual los empleados han prestado sus servicios, como ser: premios por antigüedad, beneficios especiales tras largos tiempos de servicios (ausencias remuneradas, vacaciones especiales, entre otros).

La contabilización requiere la determinación del Valor Presente de las Obligaciones Futuras, las Pérdidas y Ganancias Actuariales, el Costo de los Servicios Pasados y el Valor Corriente de los Activos del Plan, como aspectos principales.

El **valor presente de las obligaciones futuras** se determina utilizando el Método de Unidades de Beneficios Proyectados (Projected Unit Credit), asignando los beneficios a cada uno de los años de servicios (pasados y presentes). Esto implica la consideración de supuestos actuariales (hipótesis demográficas y financieras) que deben ser objetivos

y consistentes entre sí. Dentro de las hipótesis demográficas pueden señalarse: las tasas de mortalidad, tasas de incidencia de invalidez, tasas de rotación del personal, tasa de utilización de servicios. Dentro de las hipótesis financieras pueden señalarse: la tasa de interés, el crecimiento de los salarios y de los beneficios (médicos, otros servicios).

La norma establece en su punto 6.2.3 que *“La valuación de obligaciones por beneficios post-relación laboral de **carácter significativo** deberá ser **efectuado por un actuario con experiencia en el tema**”*.

Las **pérdidas y ganancias actuariales** comprenden los ajustes entre los valores proyectados y los valores observados y los efectos de los cambios de los supuestos actuariales. Los conceptos que están sujetos a las pérdidas y ganancias actuariales están específicamente detallados en la norma.

La norma permite reconocer como mínimo, para los casos de beneficios post relación laboral, las ganancias y pérdidas actuariales que caen fuera del 10% del mayor entre el valor actual de los beneficios futuros y los activos del plan, pudiendo el empleador utilizar sistemas de reconocimiento acelerado incluyendo el reconocimiento inmediato.

Los **costos por servicios pasados** responden al incremento/reducción de los compromisos a causa de los servicios prestados por los empleados en períodos anteriores, ya sea por la introducción o eliminación de beneficios o la modificación de ellos.

El costo por servicios pasados de los “beneficio post relación laboral” se asigna linealmente en función del plazo promedio que reste hasta que el derecho a recibir los beneficios se perfeccione irrevocablemente, computado desde el momento en que el empleador introduce las modificaciones en el plan.

3. Convenios Colectivos de Trabajo

En los Convenios Colectivos de Trabajo pueden observarse algunos de los siguientes beneficios (dependiendo del convenio):

- Beneficios al momento del retiro: en general equivalentes a una cierta cantidad de sueldos
- Gratificaciones por Antigüedad: en general equivalentes a una cierta cantidad de sueldos al cumplimiento de una antigüedad mínima
- Beneficios de Salud: en general un porcentaje del costo de las coberturas de salud (medicina prepaga)
- Otros Beneficios: por ejemplo un porcentaje de los gastos de luz y gas

Los beneficios señalados y otros de características similares están comprendidos dentro de la norma antes mencionada.

La definición del carácter significativo de estos compromisos requiere necesariamente de una valuación actuarial de las obligaciones por beneficios definidos por parte del profesional actuario (valor presente de las obligaciones futuras) siguiendo los lineamientos técnicos actuariales establecidos en la resolución.

La experiencia indica que, conforme los beneficios que el Convenio Colectivo de Trabajo otorgue, el valor actual de los beneficios futuros posee una importancia significativa dentro de los balances de las compañías, situación que no debe ser dejada de lado al momento de la confección del Balance. Este aspecto se ve obviamente amplificado si existen planes de pensiones y/o beneficios complementarios adicionales a los establecidos en el Convenio Colectivo de Trabajo.

La importancia de estos compromisos dependerá también de la envergadura de la empresa, de la composición de la población en cuanto a edad y antigüedad, de la población pasiva que percibe beneficios, entre otros factores, siendo indispensable su cuantificación para determinar su significatividad.

4. Comentarios Finales

Por todo lo expuesto es necesario que los empleadores, auditores, síndicos y demás intervinientes en la confección de los balances verifiquen lo establecido por la Resolución Técnica Nro 23, analizando detalladamente los Convenios Colectivos de Trabajo (y/o planes de pensiones y/o otros convenios y/o practicas habituales no formalizadas) de cada una de las empresas identificando si existen beneficios sujetos a la aplicación de esta Resolución.

La exposición de los compromisos permitirá que los Balances reflejen más razonablemente la situación patrimonial de las empresas, cuantificar anualmente los compromisos que la entidad contrae, permitiendo asignar los compromisos en los años en los cuales los mismos se generan, anticipar situaciones de desequilibrio y realizar modificaciones (en caso de ser necesarias), con la debida antelación permitiendo que las mismas sean más efectivas y menos drásticas.

(*) Doctor en Ciencias Económicas (UBA), Actuario y Contador Público
Presidente de la Comisión de Actuación Profesional en Entidades Aseguradoras y ART
() Actuario (UBA)**