

Reto Tarifación - Seguro de Salud

Módulo 4. Aplicaciones de la analítica en las finanzas

2024-05-09

1. Contexto

El contexto para el seguro de salud es basado en la “Guía del Seguro de Salud” elaborada por la Federación de Aseguradores Colombianos (FASECOLDA), dirigida al público en general y elaborada para explicar de manera sencilla los aspectos fundamentales de este seguro.

1.1. ¿Qué son Planes Voluntarios de Salud?

Es un plan no obligatorio que incluye coberturas asistenciales de servicios en salud para complementar las del POS, mejorando el servicio y la calidad. Este plan es financiado completamente por el tomador/asegurado con recursos diferentes a los aportes obligatorios.

Dentro de las modalidades de planes voluntarios están las siguientes:

- Pólizas de seguros de salud (emitidas por compañías de seguros).
- Planes de Medicina Prepagada (emitidos por entidades de Medicina Prepagada).
- Planes de atención complementaria (emitidas por las EPS).

Para tener en cuenta: *Es obligatorio estar afiliado al Plan Básico de Salud (en el Régimen Contributivo) para poder asegurarse en un Plan Voluntario de Salud.*

1.2. ¿Qué es una Póliza de Seguros de Salud?

Es un contrato que se hace entre un cliente (tomador del seguro) y una compañía de seguros (aseguradora), en donde la compañía se compromete a cubrir los gastos médicos contratados en los que se incurran, en pro de la recuperación del estado de salud de los asegurados en la póliza.

Los contratos de seguros son vigilados y regulados por la Superintendencia Financiera, y quien autoriza su comercialización.

Las aseguradoras por lo general ofrecen a sus clientes, la opción de escoger libremente el profesional o la institución médica de su preferencia, para acceder a los servicios médicos.

1.2.1. ¿Por qué es importante adquirir un Seguro de Salud?

Contratar una póliza de seguros de salud otorga beneficios adicionales y diferenciales al sistema obligatorio, sin que esto involucre gastos extraordinarios que puedan afectar el patrimonio familiar.

1.2.2. ¿Qué eventos están cubiertos bajo una póliza de Salud?

Las pólizas de salud cuentan con:

- Gastos Hospitalarios
 - Habitación individual
 - Unidad de Cuidados Intensivos
 - Atención del parto
 - Atención del recién nacido
 - Visitas médicas por tratamiento médico hospitalario
 - Consultas pre y post hospitalarias
 - Otros servicios hospitalarios
- Honorarios Médicos
 - Honorarios quirúrgicos
 - Honorarios de anestesiólogo
- Coberturas ambulatorias
 - Consulta médicas (general y especialistas)
 - Laboratorio clínicos
 - Exámenes especializados de diagnóstico
 - Terapias
 - Tratamiento ambulatorio por Cáncer y/o Sida
 - Cirugías ambulatorias
- Cobertura internacional

1.2.3. ¿Qué eventos NO están cubiertos bajo una póliza de Salud?

En los planes voluntarios de salud comúnmente se excluyen las preexistencias, que corresponden a patologías que hayan iniciado con anterioridad a la fecha de inicio del contrato y que hayan quedado así definidas en el mismo.

Algunas exclusiones pueden ser:

- Cirugías estéticas
- Procedimientos odontológicos
- Tratamientos de fertilidad
- Chequeos ejecutivos
- Cirugías bariátricas
- Diabetes

1.2.4. ¿Quiénes pueden asegurarse bajo una póliza de Salud?

Puede asegurarse toda persona residente en el territorio colombiano y que sea afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud cuyo estado de salud esté dentro de los parámetros de asegurabilidad de la compañía.

De acuerdo con el número de asegurados se encuentran en el mercado tres clases de pólizas:

- Pólizas Individuales
- Pólizas Familiares
- Pólizas Colectivas

1.2.5. ¿Qué son las limitaciones de cobertura?

Existen dos clases de limitaciones de cobertura: Una en tiempos y otra en servicios.

Las limitaciones de cobertura de tiempo, son llamados periodos de carencia y son tiempos de espera que deben pasar en el contrato para activar el beneficio. Por ejemplo, la atención al parto.

Según el tipo de póliza y las coberturas contratados, se pueden tener limitaciones en algunos servicios como, por ejemplo, un número máximo de terapias por año. Así mismo se pueden tener límites de valores asegurados.

1.2.6. ¿Cuánto cuesta un Seguro de Salud?

El precio que se paga por el seguro, o valor de la prima de una póliza de seguros de salud está determinado principalmente por las siguientes variables:

- Los beneficios contratados.
- Características de riesgo demográfico.
- Tipo de contrato.

2. Reto

En seguros el **riesgo** se define como la posibilidad de que se presente una pérdida o un daño a una persona, un bien o al patrimonio. Es importante tener en cuenta que esta pérdida o daño debe ser cuantificable en dinero. Para el caso específico del **seguro de salud** el riesgo está dado por la ocurrencia de un evento que necesita intervención médica, como una enfermedad, un accidente, exámenes de diagnósticos o partos.

Usted es científico de datos en “UdeA Insurance” y se le ha pedido que ayude al departamento de actuaria. Este ha estado recopilando datos históricos sobre los costos asociados a reclamaciones de servicios de salud. Les gustaría poder predecir las utilidades y los costos de servicios de salud, y así determinar el precio de un seguro de salud. Su tarea es utilizar los datos disponibles para construir un modelo de tarificación y un ayuda ventas. Recuerde que el departamento de actuaria tendrá más confianza en su trabajo si los resultados tienen sentido, para que no solo considere la precisión predictiva.

Las bases de datos entregadas son las siguientes:

Para la realización de este reto se entregarán las siguientes bases de datos, pertenecientes a los periodos de enero de 2018 a diciembre de 2019:

- Base de datos con la población expuesta (BD_Expuestos.txt)
- Base de datos del costo y conteo de las reclamaciones (BD_Siniestros.txt)
- Base de datos con las características sociodemográficas (BD_Sociodemograficas.txt)

Para mayor información:

<https://www.fundacionmapfre.org/publicaciones/diccionario-mapfre-seguros/>

<https://fasecolda.com/ramos/vida-y-personas/los-seguros/seguro-de-salud/>