

Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

/ LIBRO VIII. ASPECTOS FINANCIERO CONTABLES / TÍTULO I. Reservas Técnicas / B. Reserva por Prestaciones Médicas / CAPÍTULO IV. Elementos para el cálculo de la reserva por prestaciones médicas

CAPÍTULO IV. Elementos para el cálculo de la reserva por prestaciones médicas

Para la constitución de reserva por prestaciones médicas originadas por un accidente de trabajo, de trayecto o enfermedad profesional, las mutualidades deberán estimar el valor presente de las obligaciones futuras, de manera de reflejar el pasivo de estos compromisos en los respectivos Estados Financieros.

Para ello se deberá considerar el uso de probabilidades para las obligaciones en el pago de las prestaciones médicas en el tiempo, y debido a que los expuestos se encuentran en distintas etapas en la evolución de su tratamiento médico, ya sea por edad o por el grado de invalidez provocado por un accidente o enfermedad profesional, es necesario que el cálculo de estas reservas sea realizado de manera individual para cada uno de los expuestos. De esta forma, la metodología de cálculo de la reserva por prestaciones médicas requiere para las mutualidades, el análisis y/o cálculo de los elementos que se definirán a continuación.

1. Tablas de mortalidad

El uso de tablas de mortalidad será necesario para determinar la probabilidad de supervivencia de los expuestos en el horizonte de tiempo en que se proyecta el gasto. En este caso, se deberán utilizar las tablas de mortalidad conforme con la Letra A. Reserva de Pensiones, anterior, es decir, las tablas MI-H-2014, MI-M-2014, CB-H-2014 y B-M-2014, según sea la condición del expuesto; esto es, hombre o mujer, inválido o no inválido.

El uso y periodicidad de estas tablas está sujeto a la actualización de las tablas de mortalidad utilizadas por el régimen de pensiones del DL N°3.500, de 1980, y sus modificaciones, debiéndose tener presente el uso de los factores de mejoramiento establecidos para cada una de ellas. Las tablas de mortalidad referidas serán las que publique la Superintendencia de Pensiones.

2. Tablas de persistencia

El uso de tablas de persistencia es necesario para determinar los flujos futuros de gastos por prestaciones médicas. Para la construcción de estas tablas se requiere conocer la distribución de los gastos según sea la duración de los tratamientos. Lo anterior amerita conocer el comportamiento histórico del gasto de los siniestros de forma individual, esto es, desde la fecha de emisión de la DIAT o DIEP, y hasta obtener la curación completa, con tal de lograr la trazabilidad de éstos en el horizonte de tiempo. Para una mejor estimación, es necesario que dichos gastos sean expresados en una misma moneda (por ejemplo, la unidad monetaria UF), según sea la fecha en que se efectúa la estimación de la reserva, y que se utilice la mayor cantidad de períodos de tiempo disponibles para la elaboración de distintas tablas de persistencia. Esto último, se logra a partir de variables relevantes que permitan segmentar la base de datos, tales como la permanencia en tratamientos médicos basados en características comunes, como por ejemplo patologías similares, o bien en función de diferentes grupos etarios que puedan determinarse. Al respecto, se requiere que cada expuesto tenga un diagnóstico/tratamiento principal de cabecera que genere la clasificación en una de las tablas de persistencia, y que origine la reserva.

Cabe hacer presente que, la construcción de las tablas de persistencia requiere de la obtención de factores de consumo del gasto para cada uno de los tramos observados, factores que a su vez son la base de cálculo para la proyección de flujos futuros que conforman la reserva, y que serán aplicados sobre el monto total base del gasto por prestaciones médicas que se detalla en el número 6. Monto total base de gasto, siguiente. La fórmula de cálculo de estos factores de consumo (FC_i) es la siguiente:

$$FC_1 = f_1; FC_2 = f_1 \times f_2; FC_3 = f_1 \times f_2 \times f_3; \dots; FC_n = f_1 \times f_2 \times f_3 \dots \times f_n$$

En este caso, el valor de los f_i corresponde al valor porcentual representativo del gasto efectuado en el período "t+1" respecto del gasto efectuado en el período "t" cualquiera, obtenidos de la información histórica que se tenga del total de gasto en prestaciones médicas, desembolsado anualmente para los siniestros, tomando para ello, y como base de referencia, a una o más cohortes de estudio. A modo de ejemplo, $f_1 = \text{Gasto}_{(t+1)} / \text{Gasto}_{(t)}$; $f_2 = \text{Gasto}_{(t+2)} / \text{Gasto}_{(t+1)}$; ... ; $f_n = \text{Gasto}_{(t+n)} / \text{Gasto}_{(t+n-1)}$. Del mismo modo, el valor del subíndice "n" dependerá de la duración de cada tabla de persistencia que se analice.

En el caso de que un expuesto sobreviva por más tiempo del definido por la tabla de persistencia asignada, según su diagnóstico/tratamiento principal, entonces éste deberá pasar a formar parte de la siguiente tabla con una duración mayor a la tabla actual, situándolo en algún lugar de la tabla que sea coherente con el tiempo residual del tratamiento que requiera el

expuesto. Por el contrario, en caso de que no exista una tabla de mayor duración, el gasto del expuesto deberá provisionarse año tras año, hasta que logre su curación completa, o bien fallezca, constituyendo una reserva igual al monto que correspondería pagar por los últimos 12 meses, según señale la tabla de persistencia. Sin embargo, en el caso de que se actualicen las tablas de persistencia, dicho expuesto deberá ser incorporado en el lugar y tabla que sea la más representativa a su condición de salud.

Por su parte, si un expuesto presenta un agravamiento en su tratamiento principal, el cual genera la clasificación en una de las tablas de persistencia, las mutualidades deberán reevaluar si amerita un cambio de tabla de persistencia, según sea la nueva condición de salud del expuesto.

Si bien se tiene que en la mayoría de los casos el gasto por prestaciones médicas decae a lo largo del tiempo mientras se lleva a cabo el tratamiento de un paciente, se debe tener presente que tratándose de expuestos que puedan presentar gastos permanentes en el tiempo, los factores de consumo para este tipo de tratamientos también deberán mantenerse constante en el tiempo, y hasta su fallecimiento.

En el caso de que no se disponga de la información suficiente para obtener un número amplio de factores de consumo, la estimación de los flujos futuros que conforman la reserva por gasto en prestaciones médicas deberá hacerse en base a la mejor estimación posible que se logre, a partir del comportamiento histórico del gasto. Al respecto, y como solución alternativa a la carencia de datos suficientes que pueda presentar una mutualidad para la construcción de las tablas de persistencia, es necesario que las mutualidades compartan los patrones de comportamiento o trayectorias que pueda seguir el gasto médico. Lo anterior, con el fin de obtener una mayor robustez en la estimación de la reserva. Para ello, la parametrización del modelo deberá ser actualizada en un período de tiempo que no supere los 5 años, debiendo su cálculo ser presentado a través de un estudio actuarial, realizado por un profesional actuario, cuya propuesta deberá ser aprobada por el Directorio de cada mutualidad, y ser remitida a la Superintendencia de Seguridad Social para su aprobación. Para aquellos pacientes definidos como crónicos, dicho estudio actuarial deberá ser presentado antes del 30 de abril de 2021, mientras que para el caso de los pacientes cuyos tratamientos médicos sean de corto y de mediano plazo, éste deberá ser presentado antes del 31 de diciembre de 2022.

3. Tasa de interés técnico

La tasa de interés técnico corresponderá a la tasa real de costo capital representativa de la industria de las mutualidades, conforme a las instrucciones que para tal efecto imparta la Superintendencia de Seguridad Social. Cuando entre en vigencia el estándar contable IFRS 17, dichas instrucciones se ajustarán de manera gradual al contenido del referido estándar contable.

4. Tasa de ahorro por eficiencia

Las mutualidades podrán realizar un ajuste por mejoramientos de procesos, o mejores acuerdos comerciales, mientras demuestren capacidad de ahorro en la evaluación de su planificación anual. Sin embargo, este ahorro no podrá ser en desmedro de la calidad del otorgamiento de las prestaciones médicas. La Superintendencia de Seguridad Social aprobará el uso de dicho ahorro, el que podrá ser aplicado sólo para efectos de determinar el flujo del año siguiente de la reserva a proyectar.

5. Variación de costo de salud

La variación de costo de salud se define como el porcentaje de reajuste esperado que tendrá el gasto en prestaciones médicas hasta el último período definido en la tabla de persistencia, de acuerdo a la estimación obtenida a partir de las variaciones históricas que experimente el Índice de Precios de la división Salud, publicado mediante la Serie Histórica Empalmada Divisiones, por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en su sitio web. En virtud que los flujos proyectados están en términos de una misma moneda, este porcentaje de variación corresponde a un incremento real, por lo que la variación del costo de salud corresponde a la variación estimada que se tiene por sobre o por debajo de la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC). Su fórmula es la siguiente:

$$\text{Variación costo de salud} = \left(\frac{1 + \text{Variación esperada}_{\text{IPC Salud}}}{1 + \text{Variación esperada}_{\text{IPC}}} \right) - 1$$

6. Monto total base de gasto

El monto total base de gasto corresponde al gasto total incurrido por la mutualidad durante el primer año de tratamiento desde que fue emitida la DIAT o la DIEP, y que sirve como base de cálculo sobre el cual se aplican los factores de consumo que están presentes en las tablas de persistencia. Dicho monto base de gasto debe incluir la totalidad de gasto que se genere bajo el mismo CUN.

