



AU08-2020-01779

CIRCULAR N°3544

SANTIAGO, 22 DE OCTUBRE DE 2020

RESERVA POR PRESTACIONES MÉDICAS

MODIFICA EL TÍTULO I. RESERVAS TÉCNICAS DEL LIBRO VIII. ASPECTOS FINANCIERO CONTABLES, Y EL TÍTULO II. GESTIÓN DE REPORTES E INFORMACIÓN PARA LA SUPERVISIÓN (GRIS) DEL LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES, AMBOS DEL COMPENDIO DE NORMAS DEL SEGURO SOCIAL DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA LEY N°16.744

La Superintendencia de Seguridad Social, en uso de las atribuciones que le confieren los artículos 2°, 3°, 30° y 38° de la letra d) de la Ley N°16.395 y el artículo 12° de la Ley N°16.744, ha estimado pertinente incorporar la nueva Letra B. Reserva por Prestaciones Médicas al Título I. Reservas Técnicas del Libro VIII. Aspectos Financiero Contables del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744, a fin de establecer los criterios generales y directrices que permitan uniformar la “mejor estimación” de la reserva técnica por el gasto en prestaciones médicas por otorgar, establecidas para la elaboración y presentación del FUEPEF-IFRS. Asimismo, se imparten instrucciones sobre la contabilización y reconocimiento de las nuevas reservas en gasto por prestaciones médicas.

I. INCORPÓRASE LA SIGUIENTE LETRA B, EN EL TÍTULO I. RESERVAS TÉCNICAS DEL LIBRO VIII. ASPECTOS FINANCIEROS CONTABLES:

“B. Reserva por Prestaciones Médicas

CAPÍTULO I. Aspectos generales

Según lo señalado en el artículo 29 de la Ley N°16.744, la víctima de un accidente del trabajo, de trayecto o enfermedad profesional tendrá derecho a las siguientes prestaciones, que se otorgarán gratuitamente hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por la enfermedad o accidente:

1. Atención médica, quirúrgica y dental en establecimientos externos o a domicilio;
2. Hospitalización si fuere necesario, a juicio del facultativo tratante;
3. Medicamentos y productos farmacéuticos;
4. Prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación;
5. Rehabilitación física y reeducación profesional;
6. Los gastos de traslado y cualquier otro que sea necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

Las siguientes instrucciones a las mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744, en adelante mutualidades, establecen las directrices y criterios generales que permitan uniformar lo que debe entenderse por “mejor estimación” de la reserva técnica por el gasto en prestaciones médicas por otorgar, con el fin de reconocer la obligación de dichas prestaciones en el largo plazo.

Para tales efectos, el modelo de constitución de reservas que deberán utilizar las mutualidades considera en su formulación el uso de tablas de mortalidad establecidas en el DL N°3.500, de 1980, y sus modificaciones en la materia, así como también el uso de tablas de persistencia que se obtienen a partir del comportamiento del gasto histórico en prestaciones médicas. Asimismo, con el objetivo de mantener los valores en términos reales, el modelo considera una variable de reajuste por el nivel de precios de la salud, más el uso de un ahorro en eficiencia que pueda lograrse, y una tasa de descuento para la estimación de los flujos futuros de pago.

CAPÍTULO II. Expuestos afectos a reserva

Conforme a lo señalado en la letra d) del número 7, Capítulo II, Letra A, Título IV del Libro VII., la reserva por prestaciones médicas corresponden a las reservas que se constituyen por el reconocimiento de las obligaciones de otorgar prestaciones médicas, hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por el accidente del trabajo, de trayecto o la enfermedad profesional. Esta responsabilidad surge de los derechos que tienen estos afectados conforme a lo establecido en la Ley N°16.744.

En la constitución de la reserva por prestaciones médicas será considerado como “expuesto afecto a reserva” a todo paciente, sea éste trabajador o ex trabajador, pensionado o ex pensionado protegidos por la Ley N°16.744, que a consecuencia de un accidente o enfermedad quede secuelado o requiera de asistencia permanente con un desembolso de gastos derivados de su condición médica, cuyo gasto sea superior a un año. Para estos efectos, la constitución de la reserva se reconocerá una vez que el expuesto cumpla las 52 semanas continuas de tratamiento, contadas desde la fecha de emisión de la DIAT o de la DIEP.

En particular, respecto a aquellos trabajadores o ex trabajadores que se mantienen en programas de vigilancia de la salud, éstos se considerarán como expuestos, de manera que todos los gastos futuros en que la mutualidad deberá incurrir a causa de la aplicación de estos programas, deberán considerarse en la constitución de la reserva por prestaciones médicas.

Se deberá tener presente que la constitución de la reserva por prestaciones médicas será hecha de manera gradual, incorporando los siguientes grupos, con su respectiva temporalidad:

Etapa	Grupo	Entrada en vigencia
Primera	Expuestos cuyos tratamientos médicos se llevan a cabo en un horizonte de tiempo de largo plazo	1 de enero de 2021
Segunda	Pacientes cuyos tratamientos médicos sean de corto o de mediano plazo	1 de enero de 2023
Tercera	Expuestos que se encuentran en programas de vigilancia	1 de enero de 2025

CAPÍTULO III. Valoración de las prestaciones médicas

Para efecto de la constitución de la reserva por prestaciones médicas será necesario contar con un criterio único de valoración de las prestaciones médicas que otorga el Seguro de la Ley N°16.744 sobre accidentes del trabajo, de trayecto y enfermedades profesionales, con el fin de que las mutualidades reflejen de manera razonable sus obligaciones y sean comparables entre éstas. Lo anterior no significa que las prestaciones médicas deban valorarse de acuerdo a un sistema único e igual de costeo entre éstas, sino más bien se deberán reconocer las obligaciones según sea el valor justo de las prestaciones, tomando como referencia los estándares de valoración utilizados por un prestador de salud similar al de las mutualidades.

De acuerdo a los estándares internacionales de contabilidad, el valor de la reserva por prestaciones médicas debe corresponder a la mejor estimación del gasto que se tenga de ella para reconocerla en el balance a la fecha de cierre, esto es, el monto que una mutualidad debería pagar de manera racional para liquidar dicha obligación, o bien para transferírsela a un tercero.

En el caso de que el otorgamiento de las prestaciones médicas por parte de una mutualidad sea mediante la contratación de un tercero, dicha prestación deberá ser valorizada en términos de su precio de mercado, es decir, de acuerdo al valor representativo de los gastos pagados a los proveedores.

Por el contrario, en el caso de que las prestaciones médicas sean otorgadas en forma directa por la mutualidad, dicha prestación deberá ser valorizada en términos de un costo estándar que se aproxime al valor de mercado, utilizando como mínimo un valor equivalente al definido por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), Nivel 3.

Ahora bien, para una proyección de flujos futuros representativos, el modelo deberá procurar la mejor estimación posible que permita valorizar los pagos, utilizando para ello como base de referencia el gasto histórico expresado en una misma moneda, según corresponda al tiempo en que se hace la estimación.

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 (FCi) es la siguiente:

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

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, $f_1 = \text{Gasto}_{(t+1)} / \text{Gasto}_{(0)}$; $f_2 = \text{Gasto}_{(t+2)} / \text{Gasto}_{(t+1)}$; ; $f_n = \text{Gasto}_{(t+n)} / \text{Gasto}_{(t+n-1)}$. 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 31 de diciembre de 2020, 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:

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

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.

CAPÍTULO V. Metodología para el cálculo de la reserva por prestaciones médicas

A continuación se presentan los lineamientos para el cálculo del monto de la reserva por prestaciones médicas originadas tanto por accidentes de trabajo, de trayecto o enfermedades profesionales, como por programas de vigilancia de la salud.

1. Cálculo del monto de la reserva por prestaciones médicas originadas por un accidente de trabajo, de trayecto o enfermedad profesional

El cálculo del monto de la reserva por prestaciones médicas deberá realizarse expuesto a expuesto, por cada evento, según sea el CUN o código que lo reemplace, relacionado a éste, y considerando, en primer lugar, la identificación de la tabla de persistencia correspondiente, según sea el tipo de tratamiento principal en que se clasifique. Una vez determinada la tabla de persistencia, se aplicarán los factores de consumo faltantes de dicha tabla al monto total base utilizado para el cálculo de la reserva, según sea el período de tratamiento en que se encuentre el expuesto, con lo cual se obtendrán los flujos de gasto que se desea proyectar. Del mismo modo, y de acuerdo a la edad del expuesto (en términos de años cumplidos), se deberá identificar el factor de la tabla de mortalidad correspondiente, aplicando dicho factor, según sexo y la condición de inválido o no inválido de éste, para efectos de medir la probabilidad de supervivencia. Por último, éstos deberán ponderarse por la variación de costo de salud, la tasa de ahorro por eficiencia y, la tasa de interés técnico. Si bien la parametrización que existe en las tablas de persistencia se actualizará, como máximo, cada cinco años, la periodicidad con la que se reevalúe la reserva será de manera mensual.

La fórmula del cálculo del monto de reserva por prestaciones médicas se presenta a continuación:

$$Reserva_{PM;t=0} = \sum_{t=1}^{\min(\omega-x;NPF)} \left[\frac{Monto_0 \times FC_t \times (1 + Var_{PM})^t \times (1 + AE_{PM})^t \times p_{x+t-1}}{(1+r)^t} \right]$$

$$Reserva_{PM;t=0} = Monto_0 \times \sum_{t=1}^{\min(\omega-x;NPF)} \left[\frac{FC_t \times (1 + Var_{PM})^t \times (1 + AE_{PM})^t \times \left(\frac{l_{x+t}}{l_{x+t-1}} \right)}{(1+r)^t} \right]$$

$$Reserva_{PM;t=0} = Monto_0 \times FA$$

Donde,

ω : Edad última de la tabla de mortalidad.

x : Edad actual del expuesto al momento de calcular la reserva.

NPF : Número de períodos faltantes por consumir gastos por prestaciones médicas, de acuerdo a la duración de la tabla de persistencia en la que se clasifique.

$Monto_0$: Monto total base de gasto, según lo señalado en el número 6. del Capítulo IV anterior.

Var_{PM} : Variación de costo de salud, según lo señalado en el número 5. del Capítulo IV anterior.

AE_{PM} : Tasa de ahorro por eficiencias, según lo señalado en el número 4. del Capítulo IV anterior.

FC_t : Factor de consumo correspondiente al período “t” utilizado en la proyección de los flujos, según lo señalado en el número 2. del Capítulo IV anterior.

p_{x+t-1} : Probabilidad de que un expuesto de edad (x) en un período cualquiera “t-1” sobreviva un período más, según lo señalado en el número 1. del Capítulo IV anterior.

r: Tasa de interés técnico utilizada para la actualización de los flujos futuros, según lo señalado en el número 3. del Capítulo IV anterior.

FA: Factor acumulado que corresponde a la sumatoria de factores utilizados para el cálculo de la reserva.

Nota: En virtud que la edad del expuesto se basa en x años y j meses, deberá realizarse una interpolación lineal de los l_x con tal de poder realizar la estimación de flujos, sean éstos mensuales o anuales.

2. Ejemplo Ilustrativo

A continuación, se desarrollará un ejemplo ilustrativo del cálculo del monto de la reserva por prestaciones médicas, el cual considerará un período anual para efectos de proyectar los flujos.

Sea el caso de un expuesto, trabajador, que al 31/12/2020 tiene 67 años y 0 mes, de sexo masculino, no inválido, quien está en su séptimo año de tratamiento médico. De acuerdo a la expectativa de su alta médica, aún le quedan 3 años de tratamiento por cumplir. En este caso, las probabilidades de supervivencia se obtienen de la tabla de mortalidad CB-2014. Asimismo, se sabe que el monto total base de gasto por prestaciones médicas incurrido en este expuesto durante los primeros 12 meses, desde la fecha de emisión de su DIAT, asciende a 250 UF, y que durante los próximos 3 años de tratamiento, el gasto en salud crecerá anualmente 0,485% por sobre el índice de precios al consumidor (el IPC anual de salud esperado es igual a 3,5%, mientras que el IPC anual esperado es igual a 3%). Por último, se ha estimado que sólo por el próximo año habrá un ahorro en el gasto en prestaciones médicas igual al 3%, y que la tasa real anual de costo de capital corresponderá al 7%. Por lo tanto, la reserva por prestaciones médicas se calculará teniendo en consideración los siguientes factores:

Edad	q_x	Aax	$q_x(Aa6)$	l_x
67	0,01392091	0,0197	0,01235	87.438,86
68	0,01552920	0,0197	0,01378	86.358,61
69	0,01730257	0,0197	0,01536	85.168,44
70	0,01926206	0,0193	0,01714	83.860,63

*Factores aplicados en la fórmula provenientes de la tabla de mortalidad CB-2014

f_0	f_1	f_2	f_3	f_4	f_5	f_6	f_7	f_8	f_9
1	60,0%	85,4%	81,8%	79,6%	76,3%	71,2%	67,5%	63,4%	59,1%
FC ₀	FC ₁	FC ₂	FC ₃	FC ₄	FC ₅	FC ₆	FC ₇	FC ₈	FC ₉
1	60,0%	51,2%	41,9%	33,4%	25,5%	18,1%	12,2%	7,8%	4,6%

*Factores aplicados en la fórmula provenientes de la tabla de persistencia correspondiente a un tratamiento de 10 años

$$Reserva_{PM} = \left[\frac{250 \times (1,00485)^1 \times (1 - 0,03)^1 \times 0,122 \times \left(\frac{86.358,61}{87.438,86}\right)}{(1,07)^1} + \frac{250 \times (1,00485)^2 \times 0,078 \times \left(\frac{85.168,44}{86.358,61}\right)}{(1,07)^2} + \frac{250 \times (1,00485)^3 \times 0,046 \times \left(\frac{83.860,63}{85.168,44}\right)}{(1,07)^3} \right]$$

$$Reserva_{PM} = 250 \times \left[\frac{(1,00485)^1 \times (1 - 0,03)^1 \times 0,122 \times \left(\frac{86.358,61}{87.438,86}\right)}{(1,07)^1} + \frac{(1,00485)^2 \times 0,078 \times \left(\frac{85.168,44}{86.358,61}\right)}{(1,07)^2} + \frac{(1,00485)^3 \times 0,046 \times \left(\frac{83.860,63}{85.168,44}\right)}{(1,07)^3} \right]$$

De acuerdo a lo anterior, el valor de la reserva por prestaciones médicas del expuesto asciende a 53,78 UF.

3. Cálculo del monto de la reserva por prestaciones médicas originadas por programas de vigilancia de la salud

Tratándose de la constitución de la reserva por programas de vigilancia de la salud, las mutualidades deberán presentar una metodología de cálculo desarrollada en conjunto, realizado por un profesional actuario, y actualizada en forma periódica, no más allá de cinco años. Cabe hacer presente, que si bien la metodología de cálculo debe ser única, la calibración de los parámetros del modelo deberá ajustarse a la realidad de cada una de las mutualidades. Dicho estudio actuarial deberá ser presentado ante la Superintendencia de Seguridad Social, para su aprobación, a más tardar el 31 de diciembre de 2024.

El modelo adoptado, así como cualquier modificación, deberá ser aprobada por el Directorio de cada mutualidad, y ser remitida a la Superintendencia de Seguridad Social para su aprobación, acompañada por el correspondiente estudio actuarial que lo respalde.

CAPÍTULO VI. Contabilización de la reserva por prestaciones médicas

La obligación de constituir reserva por el otorgamiento de prestaciones médicas, y de reflejar ésta en la contabilidad por parte de las mutualidades, será desde el momento en que los tratamientos médicos se extiendan por más allá de 52 semanas desde la fecha de emisión de la DIAT o de la DIEP. De esta forma, contablemente se carga a resultado el monto total de la reserva por prestaciones médicas y se abona en los ítems del pasivo denominado "Reservas por prestaciones médicas por otorgar", códigos 21060 y 22060 del FUPEF-IFRS, de acuerdo a las instrucciones contenidas en el Título IV. del Libro VIII.

Ahora bien, cuando se extingue parte o el total de la obligación por cualquier causa, se abonará al ítem "Variación de la reserva por prestaciones médicas por otorgar", código 42080 del Estado de Resultados por Función, el monto residual de la reserva por prestaciones médicas por otorgar vigentes a la fecha de la extinción de la obligación. A su vez, dicho monto se rebajará de los pasivos en los ítems correspondientes a los códigos 21060 y 22060.

Por su parte, en lo que se refiere a las prestaciones médicas vigentes, cada vez que éstas individualmente experimenten alguna modificación de sus montos por concepto de acrecimiento, decrecimiento, cambios en la condición de salud del expuesto u otras causales, se deberá actualizar el monto de las prestaciones correspondientes, contabilizándose en el estado de resultados estas diferencias, y acreditándose o debitándose en los ítems del pasivo, según corresponda.

CAPÍTULO VII. Constitución y ajustes de la reserva por prestaciones médicas

La reserva por prestaciones médicas de aquellos beneficiarios que cumplan con la definición de expuesto señalada en el Capítulo II anterior, deberá estimarse aplicando la metodología de cálculo descrita en el Capítulo V anterior.

Para realizar este reconocimiento, las mutualidades de empleadores dispondrán de un plazo máximo de 40 años.

No obstante, las mutualidades deberán reconocer anualmente el monto que resulte mayor entre el cuarentavo del monto total de la reserva y el 25% del excedente anual que éstas generen en el año respectivo.

Por su parte, la cuota anual que corresponda o monto mayor que la mutualidad decida reconocer, podrá contabilizarse directamente contra la cuenta “Fondos Acumulados del Patrimonio” o bien contra resultados del ejercicio del FUPEF-IFRS, mientras que el flujo anual de nuevas reservas deberá contabilizarse contra resultados del ejercicio del FUPEF-IFRS. La decisión que cada mutualidad tome al efecto, deberá mantenerse durante todo el periodo de reconocimiento.

Dado que las mutualidades deben reconocer ajustes por la reserva de capitales representativos, así como por las prestaciones médicas por otorgar, éstas deberán considerar que en el caso que el reconocimiento sea a través de resultados del ejercicio, la suma de dichos ajustes no podrá exceder el 40% del excedente anual que genere en el año. Lo anterior deberá ceñirse al siguiente orden de prelación:

1. Ajuste definido en el Capítulo I, Letra A. Reserva de Pensiones, del presente Título I;
2. Ajustes definidos en la letra c), número 4, Capítulo III, Letra A. Reserva de Pensiones, del presente Título I, y
3. Reserva por prestaciones médicas definida en el presente Capítulo VII.

Sin perjuicio de lo señalado en el párrafo anterior, las mutualidades podrán reconocer una cuota anual mayor a la indicada, con el fin de anticipar el reconocimiento de estas reservas.

Las mutualidades deberán proveer a la Superintendencia de Seguridad Social la identificación de los elementos utilizados para el cálculo de la reserva, de acuerdo con las instrucciones contenidas en el Título II. del Libro IX.”

II. INTRODÚCENSE LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES EN EL LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES, TÍTULO II. GESTIÓN DE REPORTES E INFORMACIÓN PARA LA SUPERVISIÓN (GRIS):

1. Intercálase la siguiente nueva fila en la tabla del número 1. Antecedentes de trabajadores pensionados, empresas e información relacionada al organismo administrador, de la Letra B. Modelo de reporte, entre las actuales filas “Archivo “R05”: Gastos por Indemnizaciones” y “Archivo “resúmenes”: Documento Electrónico de Resumen”:

Archivo "R06": Reserva por Prestaciones Médicas	Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los antecedentes de todos los expuestos vigentes que generan obligaciones de otorgar prestaciones médicas, hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por el accidente del trabajo, de trayecto o la enfermedad profesional, al cierre del mes de la información reportada.
---	---

2. Modifícanse los siguientes anexos de la Letra C. Anexos:

2.1 Anexo N°29: Detalle de los archivos y campos del sistema GRIS.

Intercálase un nuevo archivo “18. ARCHIVO R06” entre los actuales archivos “17. ARCHIVO R05” y “18. ARCHIVO G01”, pasando los actuales archivos “18. ARCHIVO G01” al “31. ARCHIVO P05”, a ser los archivos “19. ARCHIVO G01” al “32. ARCHIVO P05”; respectivamente.

“18. ARCHIVO R06

Nombre	:	R06
Referencia	:	Reserva por Prestaciones Médicas
Sistema	:	Régimen
Periodicidad	:	Trimestral
Entidad reportadora	:	Mutualidades

Definición:

Corresponde a un archivo plano que deberá contener el detalle de los antecedentes de todos los expuestos vigentes que generan obligaciones de otorgar prestaciones médicas, hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por el accidente del trabajo, de trayecto o la enfermedad profesional, al cierre del mes de la información reportada.

El detalle de los campos y el formato se presenta a continuación.

N°	Nombre campo	Descripción	Tipo de dato	Ejemplo	Tabla de dominio
1	Id expuesto	Identificador que corresponde al RUT del expuesto afecto a reserva de la prestación médica.	Texto (11) 999999999-9	15677881-8	-
2	Nombre expuesto	Corresponde a los nombres de la persona expuesta a reserva de la prestación.	Texto (80)	Gabriela Andrea	-
3	Apellido paterno del expuesto	Corresponde al apellido paterno de la persona expuesta a reserva de la prestación.	Texto (80)	Mistral	-
4	Apellido materno del expuesto	Corresponde al apellido materno de la persona expuesta a reserva de la prestación.	Texto (80)	Contreras	-
5	Nacionalidad	Corresponde a la nacionalidad del expuesto a reserva. Ver tabla de dominio correspondiente.	Texto (1)	1	4

6	Fecha de nacimiento expuesto	Fecha de nacimiento del expuesto.	Número (8) AAAAMMDD	19800305	-
7	Sexo	Sexo del expuesto. Ver tabla de dominio correspondiente.	Texto (1)	1	3
8	CUN	Código Único Nacional asociado al siniestro. En caso de corresponder a un siniestro que no posee CUN, la entidad deberá asignarle un código único e inequívoco.	Texto (20)	516156	-
9	Fecha de ocurrencia	Se deberá considerar la fecha de emisión de la DIAT cuando sea a consecuencia de un accidente o fecha de emisión de la DIEP en el caso de una enfermedad profesional.	Número (8) AAAAMMDD	19800305	-
10	Origen de la reserva	Tipo de identificador del origen de la reserva que genera el gasto. Se consideran los códigos del 01 al 03. Ver tabla de dominio correspondiente.	Texto (2)	01	18
11	Tipo de expuesto	Tipo de expuesto. Ver tabla de dominio correspondiente.	Texto (2)	01	68
12	Grado de incapacidad	Grado de incapacidad del expuesto, la que deberá ser informada como factor. Por ejemplo, un grado de incapacidad del 70% debe ser informado como "0,7".	Decimal (4,3)	0,700	-
13	Condición del expuesto	Tipo de identificador de la condición del expuesto. Ver tabla de dominio correspondiente.	Texto (1)	1	19
14	Tratamiento principal	Corresponde al diagnóstico/tratamiento principal que genera la clasificación en una de las tablas de persistencia y origina la reserva, todo asociado a un CUN.	Texto (8)		STCIE10 CIE10 N 1
15	Código tabla de persistencia	Código único que identifica la tabla de persistencia asociada al tratamiento principal del expuesto, de forma inequívoca, que asigna cada Entidad Reportadora. Dicho código se compondrá por la concatenación de "T" y un número de 2 caracteres, tal como se indica en el ejemplo. Este número se deberá asignar a cada tabla de persistencia de forma correlativa comenzando por el valor "01".	Texto (3)	T01	-
16	Número de periodos cumplidos del tratamiento	Corresponde al número de periodos cumplidos del tratamiento principal según el largo de la tabla de	Número (3)	100	-

		persistencia en la que está el expuesto a la fecha de cálculo de la reserva.			
17	Número de periodos faltantes por proyectar	Corresponde al mínimo entre los periodos faltantes de tratamiento (<i>NPF</i>) y la diferencia entre la edad tope (ω) de la tabla de mortalidad y la edad con meses del expuesto (x) a la fecha de cálculo de la reserva.	Número (3)	100	-
18	Tabla mortalidad	Corresponde a la tabla de mortalidad de donde provienen los L_x utilizados en el cálculo de la reserva. Ver tabla de dominio correspondiente.	Texto (2)	01	36
19	Año de factor de mejoramiento	Corresponde a la cantidad de años transcurridos desde el año de referencia de la tabla, considerados para efecto de aplicar el factor de mejoramiento de acuerdo a la tabla de mortalidad utilizada.	Número (1)	1	-
20	Tasa de interés técnico	Corresponde a la tasa real de interés técnico (r) utilizada en la estimación de la reserva por prestaciones médicas. Debe ser informado como factor.	Decimal (5,4)	0,0400	-
21	Tasa de ahorro por eficiencia	Corresponde a la tasa de ahorro (AE) producto de la ganancia en eficiencia utilizada sólo para efectos de determinar el flujo del año siguiente de la reserva a proyectar. Debe ser informado como factor.	Decimal (5,4)	0,0400	-
22	Variación de costo de salud	Corresponde al porcentaje de variación real anual esperada (Var) de acuerdo a las variaciones históricas del IPC de salud. Debe ser informado como factor.	Decimal (6,5)	3,25555	-
23	Monto total base	Corresponde al monto base que se utilizó para constituir la reserva por prestación médica del expuesto ($Monto_0$). Debe incluirse en este campo la totalidad de gastos asociado al CUN, que se generen en el primer período.	Número (14)	200000	-
24	Factor acumulado utilizado en el cálculo de la reserva	Corresponde a la sumatoria de los factores utilizados para calcular la reserva por prestaciones médicas (FA), el que deberá ser informado mediante la aproximación al quinto decimal. En el caso de que se termine su tabla de persistencia, y se siga con tratamientos, este campo debe reflejar	Decimal (6,5)	3,25555	-

		el valor por una provisión de gasto equivalente a 12 meses de tratamiento.			
25	Reserva total por prestaciones médicas	Corresponde a la reserva total constituida por prestaciones médicas por otorgar (cuentas vinculadas a la actual FUPEF: "21060 + 22060").	Número (14)	200000	-

2.2 Anexo N°31: Calendario de envío de los archivos del sistema GRIS.

Intercálase la siguiente nueva fila del archivo "R06" entre las actuales filas de los archivos "R05" y "G01", de la tabla de la Letra A) Envío de archivos planos:

R06	Trimestral	1 mes anterior al envío de la información	Hasta el último día del mes siguiente a la fecha de cierre del respectivo mes, trimestre, semestre o año calendario, según corresponda
-----	------------	---	--

2.3 Agrégase la siguiente última tabla al Anexo N° 44: "Listado de dominios del Sistema GRIS":

TABLA N°	68
Campo:	Tipo de expuesto
Código	Descripción
01	Expuesto correspondiente a un trabajador afiliado a la mutualidad
02	Expuesto correspondiente a un trabajador no afiliado a la mutualidad
03	Expuesto correspondiente a un pensionado vigente o en tramitación de la Ley N° 16.744
04	Expuesto correspondiente a un ex pensionado de la Ley N°16.744

III. VIGENCIA

Las instrucciones contenidas en la presente circular entrarán en vigencia a partir de la fecha de su publicación.

Sin perjuicio de lo anterior, dichas instrucciones consideran fechas especiales de entrada en vigencia, según sea el tipo de expuesto, en los términos que a continuación se señalan:

Etapa	Grupo	Entrada en vigencia
Primera	Expuestos cuyos tratamientos médicos se llevarán a cabo en un horizonte de tiempo de largo plazo	1 de enero de 2021
Segunda	Pacientes cuyos tratamientos médicos sean de corto o de mediano plazo	1 de enero de 2023
Tercera	Expuestos que se encuentran en programas de vigilancia	1 de enero de 2025

Para ello, el desarrollo de los estudios actuariales relacionados con las tablas de persistencia señaladas en el número 2, del Capítulo IV, Letra B, Título I. del Libro VIII del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, deberán ser presentados ante la Superintendencia de Seguridad Social, para su aprobación. En el caso de pacientes definidos como crónicos, dichos estudios deberán ser presentados, antes del 31 de diciembre de 2020, mientras que para el caso de los pacientes cuyos tratamientos médicos sean de corto y de mediano plazo, éstos deberán ser presentados, antes del 31 de diciembre de 2022.

Por otra parte, el estudio actuarial requerido para la metodología de cálculo de la reserva por programas de vigilancia de la salud, señalada en el número 3, del Capítulo V, Letra B, del Título I. del Libro VIII, del citado compendio de normas, deberá ser presentado ante la Superintendencia de Seguridad Social, para su aprobación, a más tardar el 31 de diciembre de 2024.

PATRICIA SOTO ALTAMIRANO
SUPERINTENDENTA DE SEGURIDAD SOCIAL (S)

GOP/PGC/ETS/JAA/CFL/CSM/RSL

DISTRIBUCIÓN:

- Mutualidades de empleadores

Copia informativa a:

- Departamento de Supervisión y Control
- Departamento de Tecnología y Operaciones
- Unidad de Prevención y Vigilancia
- Departamento de Regulación
- Unidad de Gestión Documental e Inventario