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

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:

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

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=Gasto$_{(t+1)}$/Gasto$_{(0)}$; f_2=Gasto$_{(t+2)}$/Gasto$_{(t+1)}$; … … ; f_n=Gasto$_{(t+n)}$/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.