

B. Prestaciones médicas de la Ley N°16.744

1. Definición de prestaciones médicas

(...)

2. Derecho a las prestaciones médicas de los trabajadores independientes

(...)

3. Pertinencia de las prestaciones médicas en el contexto de la calificación del origen del accidente o enfermedad

(...)

4. Otorgamiento de las prestaciones médicas

Las prestaciones médicas deben ser uniformes para todos los beneficiarios de la Ley N°16.744, debiendo garantizarse que no exista diferencia o discriminación entre ellos, siendo las condiciones médicas o clínicas del paciente el único factor a considerar para establecer diferencias en su otorgamiento.

En todos los establecimientos de atención de los organismos administradores y administradores delegados, cuando corresponda, y en aquellos centros de entidades controladas por dichos organismos individual o conjuntamente, incluidos aquellos centros de atención cuya autorización ha sido otorgada por la Superintendencia de Seguridad Social bajo la condición de que se brinde atención preferente a los beneficiarios del Seguro de la Ley N°16.744, se deberá privilegiar la atención de sus trabajadores adheridos o afiliados, por sobre los pacientes privados, excepto en los casos de urgencia, los que deberán ser categorizados según su gravedad médica.

Cuando un trabajador sea víctima de un accidente laboral traumático, el organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, deberá proveerle un tratamiento integral en relación a su accidente que incluya, cuando sea necesario, las atenciones de salud mental y de rehabilitación, tanto psíquica como física que requiera.

En los casos de accidentes graves que requieran hospitalización, tales como, amputaciones, traumatismo ocular grave, politraumatizado, gran quemado y lesiones traumáticas de cara con potencialidad de secuela estética, deberán ser objeto de evaluación de salud mental dentro de los 3 primeros meses de ocurrido el respectivo accidente. El objetivo de la evaluación será determinar y proporcionar el tratamiento de salud mental en caso que corresponda, de manera oportuna, adecuada y suficiente para la recuperación integral de la salud del trabajador o trabajadora.

En los casos de accidentes por violencia laboral con lesiones que hayan afectado tanto la salud física como psíquica del trabajador, se le deberá otorgar las prestaciones que correspondan por parte del equipo clínico de salud mental del respectivo organismo administrador.

En el caso de accidentes con diagnóstico de traumatismo encefalocraneano moderado a severo se deberá practicar a lo menos dos evaluaciones neuropsicológicas a los 6 y 12 meses a contar de la fecha de ocurrido el accidente, las que incluirán pruebas específicas para las funciones de atención, concentración, memoria y funciones ejecutivas, realizando las correspondientes acciones de rehabilitación de acuerdo con los resultados de dichas evaluaciones. El equipo médico y psicológico podrá considerar un mayor número de evaluaciones de acuerdo a la evolución del paciente.

La existencia de una patología de base de origen común, no obsta al otorgamiento de las prestaciones médicas que correspondan por un episodio agudo derivado de un accidente ocurrido en el trabajo o de una enfermedad profesional.

~~Los trabajadores que soliciten atención médica como pacientes privados deberán ser advertidos al momento de agendar, por cualquier medio, su hora de atención, que si surge y se confirma una sospecha sobre el origen laboral de su dolencia, se iniciará un proceso de calificación de origen o serán derivados para tal efecto al organismo administrador al que se encuentra adherida o afiliada su entidad empleadora o bien a esta última, si ejerce la administración delegada del Seguro de la Ley N°16.744.~~

~~Si el profesional de la salud que brinda atención al trabajador no es médico y le surgen dudas sobre el posible origen laboral de su afección, deberá informarle por escrito que será derivado a un médico de la mutualidad para la eventual confirmación de esa sospecha y que, a partir de entonces, se suspenderá su atención como paciente privado. El trabajador podrá suscribir ese documento, en señal de haber tomado conocimiento de la derivación y si no lo hace, se deberá dejar constancia de ello. Además, se deberá informar al trabajador el día, hora y lugar en que será atendido por ese médico, haciéndole presente que dicha atención no tendrá costo para él.~~

~~En cambio, si el profesional que le brinda atención es un médico, podrá por sí mismo confirmar esa sospecha, tan pronto le surja la duda sobre el posible origen laboral de la afección.~~

~~Efectuada la confirmación de la sospecha, se deberá notificar al trabajador personalmente, por carta certificada o por correo electrónico, que se generará la respectiva denuncia y dará inicio al proceso de calificación del origen común o laboral de su afección o bien, que esa denuncia será remitida al organismo administrador o empresa con administración delegada que corresponda, al que deberá acudir para la realización de ese proceso.~~

~~Solo se podrá continuar atendiendo al trabajador como paciente privado, si el médico no confirma la sospecha o cuando habiéndola confirmado, en el proceso de calificación posterior se determine que es de etiología común.~~

~~La extensión de la atención médica a los pacientes privados — conforme a lo establecido en el artículo 29 del D.L. N°1.819, de 1977, y en su reglamento, el Decreto N°33, de 1978, del Ministerio de Hacienda— en los hospitales u otros establecimientos asistenciales de salud dependientes de las mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744, deberá orientarse preferentemente hacia los trabajadores de sus empresas adherentes y las personas que le causen asignación familiar. Esta atención sólo se podrá realizar cuando la capacidad del establecimiento permita cubrir estos nuevos servicios sin alterar ni menoscabar en forma alguna el cabal cumplimiento de las funciones y obligaciones que las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias les imponen.~~

Si a una empresa se le hubiere revocado su calidad de administrador delegado del Seguro de la Ley N°16.744, dicha entidad deberá continuar otorgando las prestaciones médicas que correspondan, por las secuelas de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales sufridos por sus trabajadores o extrabajadores con anterioridad a la fecha en que se haya hecho efectiva la referida revocación, toda vez que, conforme lo establecido en el artículo 29 de la Ley N°16.744, la obligación de otorgar dichas

prestaciones subsiste en tanto no se haya logrado la curación completa de la víctima o persistan las secuelas causadas por la enfermedad o accidente.

5. Programa de seguimiento de trabajadores/as con enfermedades profesionales de carácter crónico

(...)

6. Otorgamiento de servicios o prestaciones médicas a terceros, conforme al artículo 29 del D.L. N°1.819

Los trabajadores que soliciten atención médica como pacientes privados deberán ser advertidos al momento de agendar, por cualquier medio, su hora de atención, que si surge y se confirma una sospecha sobre el origen laboral de su dolencia, se iniciará un proceso de calificación de origen o serán derivados para tal efecto al organismo administrador al que se encuentra adherida o afiliada su entidad empleadora o bien a esta última, si ejerce la administración delegada del Seguro de la Ley N°16.744.

Si el profesional de la salud que brinda atención al trabajador no es médico y le surgen dudas sobre el posible origen laboral de su afección, deberá informarle por escrito que será derivado a un médico de la mutualidad para la eventual confirmación de esa sospecha y que, a partir de entonces, se suspenderá su atención como paciente privado. El trabajador podrá suscribir ese documento, en señal de haber tomado conocimiento de la derivación y si no lo hace, se deberá dejar constancia de ello. Además, se deberá informar al trabajador el día, hora y lugar en que será atendido por ese médico, haciéndole presente que dicha atención no tendrá costo para él.

En cambio, si el profesional que le brinda atención es un médico, podrá por sí mismo confirmar esa sospecha, tan pronto le surja la duda sobre el posible origen laboral de la afección.

Efectuada la confirmación de la sospecha, se deberá notificar al trabajador personalmente, por carta certificada o por correo electrónico, que se generará la respectiva denuncia y dará inicio al proceso de calificación del origen común o laboral de su afección o bien, que esa denuncia será remitida al organismo administrador o empresa con administración delegada que corresponda, al que deberá acudir para la realización de ese proceso.

Sólo se podrá continuar atendiendo al trabajador como paciente privado, si el médico no confirma la sospecha o cuando habiéndola confirmado, en el proceso de calificación posterior se determine que es de etiología común.

La extensión de la atención médica a los pacientes privados - conforme a lo establecido en el artículo 29 del D.L. N°1.819, de 1977, y en su reglamento, el Decreto N°33, de 1978, del Ministerio

de Hacienda - en los hospitales u otros establecimientos asistenciales de salud dependientes de las mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744, deberá orientarse preferentemente hacia los trabajadores de sus empresas adherentes y las personas que le causen asignación familiar. Esta atención sólo se podrá realizar cuando la capacidad del establecimiento permita cubrir estos nuevos servicios sin alterar ni menoscabar en forma alguna el cabal cumplimiento de las funciones y obligaciones que las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias les imponen.

Con todo, a fin de evaluar los riesgos que eventualmente podrían afectar a las mutualidades de empleadores que otorguen prestaciones médicas a terceros, o que pretendan aumentar los recintos hospitalarios o centros de salud en que actualmente están autorizados por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social para otorgar dichas prestaciones, especialmente en lo relacionado con lo que dispone el inciso segundo del artículo 6° del citado Decreto N° 33, esto es, “Dicho valor sólo considerará la reposición o reembolso del gasto y no involucrará utilidad.”; que se constate que no se está generando capacidad ociosa anticipada; que no exista menoscabo o desmedro en las prestaciones médicas otorgadas a los pacientes “ley”; y, adicionalmente, que les permita gestionar los eventuales riesgos reputacionales, deberán establecer las medidas pertinentes para prevenir, evitar o mitigar los efectos de la implementación de la ampliación de atenciones médicas a pacientes privados.

En este orden de ideas, esta Superintendencia expone a continuación cinco temas que, a lo menos, las mutualidades deberán contemplar y monitorear con el objeto de mantener las autorizaciones con que cuentan de parte del Ministerio del Trabajo y Previsión Social para el otorgamiento de las referidas prestaciones. Los temas son los siguientes:

a) Conflictos de interés:

En virtud de la factibilidad que se presenten cuestionamientos a las calificaciones de origen común efectuadas por las mutualidades, relacionados con trabajadores a quienes, con posterioridad a dicha calificación, continúen atendiendo como pacientes del sistema de salud común, se advierten dos focos de conflictos de interés que deben ser abordados por esos organismos. El primero, dice relación con las eventuales críticas que las mutualidades pudieran recibir por efectuar calificaciones de forma subjetiva. El segundo foco, se relaciona con que las mutualidades, producto de las supuestas calificaciones subjetivas o erróneas, queden en ventaja para hacerse cargo de la prestación médica frente a otros posibles prestadores.

Por tanto, resulta pertinente que las mutualidades comuniquen, a través de todos sus canales de reserva de horas de atención, en sus sitio web y, en definitiva en todos sus establecimientos de atención que, como las mutualidades forman parte del conjunto de las instituciones que administran el Seguro de la Ley N°16.744, cualquier colaborador de una mutualidad y, en cualquiera de sus sedes o recintos hospitalarios, ante la sospecha o toma de conocimiento de que el origen de la patología por la que acude el paciente, tiene presuntamente un origen profesional, deberá efectuar la denuncia correspondiente directamente o previa coordinación y confirmación de un profesional de la salud, ante sí o ante otro organismo administrador, de ser procedente.

b) Cumplimiento de prohibición de generar utilidades:

Según dispone el artículo 6° del D.S. N° 33, ya citado, el valor de las prestaciones que otorguen los establecimientos hospitalarios de las mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744, en conformidad a dicho reglamento, será pagado por el beneficiario, sin perjuicio de lo que se establezcan los convenios de salud de éste. Dicho valor, sólo considerará la reposición o reembolso del gasto y no involucrará utilidad.

Con el objeto de dar una solución real a la aprehensión antes señalada, garantizando el cabal cumplimiento del artículo citado, en orden a que la eventual extensión que se les ha concedido o se les conceda en el futuro, no permitirá que se generen utilidades. De igual forma, deberán generar alternativas de solución que incluya procesos de registros contables como también administrativos y operacionales, que permitan dar cuenta de los reales costos incurridos en el otorgamiento de las prestaciones médicas a terceros.

c) Exposición a eventuales riesgos reputacionales:

El otorgamiento de atenciones de salud a pacientes privados, supone el uso de la capacidad instalada de las mutualidades, lo cual podría ser interpretado como una especie de “subsidio” del Seguro de la Ley N° 16.744 para el otorgamiento de prestaciones de salud común, circunstancia que podría derivar en potenciales denuncias por competencia desleal o discriminación con sus competidores de la salud privada, ya que eventualmente ofrecerían prestaciones a precios inferiores por los demás competidores de la industria.

d) Capacidad ociosa:

Se estima relevante evaluar dice relación con que las prestaciones médicas que se otorguen a pacientes privados, sean otorgadas como lo señala el inciso segundo del artículo 2° del citado D.S. N°33, esto es “con los recursos e instalaciones disponibles”, con los que cuentan las mutualidades de empleadores. En efecto, no resulta plausible generar, de manera anticipada e inorgánica, capacidad ociosa, de modo que cualquier iniciativa que se plantee en tal sentido, debe estar justificada en función de la demanda esperada de largo plazo de pacientes cubiertos por la Ley N°16.744, ya sea para atenciones de tipo ambulatoria u hospitalaria.

e) Eventual menoscabo o desmedro en las prestaciones médicas otorgadas a pacientes “ley”:

Conforme dispone el artículo 29 del D.L. N°1.819, las mutualidades de empleadores pueden ser autorizadas para extender la atención médica que presten en sus establecimientos, sólo cuando estén en condiciones para ello, sin que esto implique un desmedro de las obligaciones y funciones que les encomienden o impongan la legislación que les es aplicable, sus reglamentos o estatutos.

Por tanto, un aspecto que resulta esencial a verificar y controlar, en el ejercicio de la extensión de la atención médica a pacientes privados que se les ha autorizado, es que no se altere en forma alguna el cumplimiento de las funciones y obligaciones impuestas a las mutualidades como organismos administradores del seguro.

Lo anterior, implica que en todo momento las mutualidades, como consecuencia de la autorización con que cuentan y que les ha permitido implementar el otorgamiento de prestaciones médicas a pacientes privados, no puede afectar en modo alguno la oportunidad y calidad de las prestaciones médicas que otorga a los trabajadores cubiertos por el Seguro de la Ley N° 16.744.

7. Indicadores de seguimiento de los eventuales efectos del otorgamiento de las prestaciones médicas a terceros, conforme al artículo 29 del D.L. N°1.819

Con el objeto de contar con información transparente y continua en el tiempo, es fundamental que las mutualidades de empleadores realicen un seguimiento de distintos indicadores que permitan prevenir, mitigar y mantener bajo control, en caso de que se produzcan, los riesgos o aprehensiones que pudiesen tener y/o manifestar sectores de interés, por la participación de las mutualidades en el otorgamiento de prestaciones médicas por siniestros o afecciones de origen no laboral.

En tal sentido, las mutualidades con el objeto de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 29 del D.L. N° 1.819 y su reglamento, esto es, no generar utilidad ni capacidad ociosa anticipada, no afectar la atención de los pacientes ley, deberán gestionar y monitorear, indicadores representativos de cada uno de los temas establecidos en el número 6 de esta Letra B.

Para esos efectos, en el Anexo N°3 “Indicadores mínimos para monitoreo de prestaciones médicas a terceros vinculadas a autorización por D.L. N° 1.819.”, se presenta un set mínimo de indicadores de monitoreo, los cuales la mutualidad deberá analizarlos, complementarlos e incluirlos, en su seguimiento periódico.

Con todo, las mutualidades deberán enviar a la Superintendencia de Seguridad Social un Informe Anual sobre la gestión y los indicadores de seguimiento relativos a las condiciones interpuestas por el D.L. N°1.819, de 1977, para el otorgamiento de prestaciones de salud no laboral, en los centros de salud autorizados. Dicho informe debe contener, al menos, los siguientes elementos:

- a) Identificación de la autorización y centros de atención de salud vinculados.
- b) Indicadores, relativos a los temas expuestos en el numeral 6. anterior, tales como los indicados en el Anexo N°3: Indicadores mínimos para monitoreo de prestaciones médicas a terceros vinculadas a autorización por D.L. N° 1.819.”, y otros que la entidad considere que se ajustan a la realidad de sus operaciones.
- c) Información financiera contenida en la NOTA 44 ESTADO DE RESULTADOS DE LAS VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS.
- d) Declaración que la entidad realice en el sentido de cumplir o no, las condiciones asociadas a mantener la autorización otorgada relacionada al D.L. N°1.819, de 1977

CAPÍTULO I. Normas de preparación de los Estados Financieros

(...)

CAPÍTULO II. Estados Financieros

1. Estado de Situación Financiera Clasificado

(...)

2. Estado de Resultados Consolidado por Función

41000 TOTAL INGRESOS ORDINARIOS

(...)

41010 Ingreso por cotización básica

(...)

41020 Ingreso por cotización adicional

(...)

41040 Intereses, reajustes y multas por cotizaciones

(...)

41050 Rentas de inversiones financieras que respaldan reservas

(...)

41060 Ventas de servicios médicos a terceros

(...)

41070 Otros ingresos ordinarios

(...)

42000 TOTAL EGRESOS ORDINARIOS

(...)

42010 Subsidios

Corresponde al gasto en los subsidios establecidos en el artículo 30 de la Ley N°16.744, incluidas las cotizaciones que corresponda pagar durante el período de incapacidad laboral.

Deberán restarse en este ítem los dineros recuperados, por este concepto, en virtud de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

42020 Indemnizaciones

(...)

42030 Pensiones

(...)

42040 Prestaciones médicas

Corresponde a los gastos directos e indirectos incurridos en prestaciones médicas, tales como los originados en las atenciones médicas, quirúrgicas y dentales, ambulatorias o intrahospitalarias, procedimientos de diagnósticos y/o terapéuticos proporcionados a los trabajadores de las entidades empleadoras afiliadas a las mutualidades, como consecuencia de un accidente del trabajo o enfermedad profesional; sean éstas otorgadas directamente o a través de convenios con otras entidades. Debe incluirse en este ítem el gasto en consultas médicas, consultas médicas domiciliarias, medicamentos y productos farmacéuticos, prótesis y aparatos ortopédicos, exámenes complementarios en general, reeducación profesional, rehabilitación física y gastos de traslado de pacientes, y cualquier otro gasto que fuese necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

Además, se incluirá la depreciación de las propiedades, planta y equipo utilizados en forma directa en el otorgamiento de las prestaciones incluidas en este ítem.

Por gastos directos deberán entenderse aquellos que son atribuibles en su totalidad a las prestaciones médicas que las mutualidades otorgan a su población protegida.

A su vez, por gastos indirectos se entenderá a aquellos que si bien no tienen una relación directa, son necesarios para otorgar estas prestaciones y generalmente corresponde a gastos compartidos con otras áreas o funciones desarrolladas por las mutualidades, como por ejemplo contabilidad, informática, recursos humanos, bienestar, abastecimiento, mantención y otros servicios comunes.

No podrán imputarse en este ítem, aquellos gastos directos o indirectos cuyo destino no sea el otorgamiento de prestaciones médicas directas a la población protegida por las mutualidades, salvo aquellas que propendan a otorgar una mejor atención médica a futuro de la población objeto del Seguro, como lo sería la capacitación del personal médico y las erogaciones destinadas a investigación y desarrollo que se realicen en beneficio de esta área.

Deberán restarse en este ítem los dineros recuperados, por este concepto, en virtud de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

42050 Prestaciones preventivas de riesgos

(...)

42060 Funciones técnicas

(...)

42070 Variación de los capitales representativos de pensiones vigentes

(...)

42080 Variación de la reserva por prestaciones médicas por otorgar

(...)

42090 Variación de la reserva por subsidios por pagar

(...)

42100 Variación de la reserva por indemnizaciones por pagar

(...)

42110 Variación de la reserva de siniestros ocurridos y no reportados

(...)

42120 Variación de la reserva adicional por insuficiencia de pasivos

(...)

42130 Costo de prestaciones médicas a terceros

(...)

42140 Pérdidas en inversiones financieras que respaldan reservas

(...)

42150 Gastos de administración

(...)

42160 Pérdidas por deterioro (reversiones), neta

(...)

42170 Otros egresos ordinarios

(...)

43000 Margen Bruto

(...)

44000 RESULTADO ANTES DE IMPUESTO

(...)

44010 Utilidad (pérdida) en inversiones inmobiliarias

(...)

44020 Rentas de otras inversiones

(...)

44040 Pérdidas en otras inversiones

(...)

44050 Participación en utilidad (pérdida) de asociadas y de negocios conjuntos contabilizadas por el método de la participación

(...)

44060 Otros ingresos

(...)

44070 Otros egresos

(...)

44080 Diferencias de cambios

(...)

44090 Utilidad (pérdida) por unidades de reajuste

(...)

45010 Utilidad (pérdida) por operaciones discontinuas

45020 (Gasto) Ingreso por impuesto a la renta

(...)

46000 Excedente (déficit) del ejercicio

(...)

47010 Utilidad (pérdida) atribuible a tenedores de instrumentos de participación en el patrimonio neto de la controladora

(...)

47020 Utilidad (pérdida) del ejercicio atribuible a participaciones no controladoras

(...)

47000 EXCEDENTE (DÉFICIT) DEL EJERCICIO

(...)

3. Estado de Resultados Integrales Consolidado

(...)

4. Estado de Flujo de Efectivo Consolidado Directo

91000 FLUJO NETO POSITIVO (NEGATIVO) ORIGINADO POR ACTIVIDADES DE LA OPERACIÓN

(...)

91100 TOTAL INGRESOS DE ACTIVIDADES DE LA OPERACIÓN

(...)

91110 Recaudación por cotización básica

(...)

91120 Recaudación por cotización adicional

(...)

91140 Recaudación por intereses, reajustes y multas por cotizaciones

(...)

91150 Rentas de inversiones financieras

(...)

91160 Recaudación por ventas de servicios a terceros

(...)

91170 Otros ingresos percibidos

(...)

91500 TOTAL EGRESOS DE ACTIVIDADES DE LA OPERACIÓN

(...)

91510 Egresos por pago de subsidios

Gasto de efectivo pagado en el período.

Deberán restarse en este ítem los dineros recuperados, por este concepto, en virtud de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

91520 Egresos por pago de indemnizaciones

(...)

91530 Egresos por pago de pensiones

(...)

91540 Egresos por prestaciones médicas

Gasto de efectivo pagado en el período.

Deberán restarse en este ítem los dineros recuperados, por este concepto, en virtud de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

91550 Egresos por prestaciones preventivas de riesgos

(...)

91560 Egresos por funciones técnicas

(...)

91570 Egresos por prestaciones médicas a terceros

(...)

91580 Egresos por administración

(...)

91590 Gastos financieros

(...)

91600 Otros egresos efectuados

(...)

91610 Impuesto al Valor agregado y otros similares pagados

(...)

92000 FLUJO NETO POSITIVO (NEGATIVO) ORIGINADO POR ACTIVIDADES DE FINANCIAMIENTO

(...)

92100 TOTAL INGRESOS DE ACTIVIDADES DE FINANCIAMIENTO

(...)

92110 Obtención de préstamos

(...)

92120 Otras fuentes de financiamiento

(...)

92500 TOTAL EGRESOS DE ACTIVIDADES DE FINANCIAMIENTO

(...)

92510 Pago de préstamos (menos)

(...)

92520 Otros desembolsos por financiamiento (menos)

(...)

93000 FLUJO NETO POSITIVO (NEGATIVO) ORIGINADO POR ACTIVIDADES DE INVERSIÓN

(...)

93100 TOTAL INGRESOS DE ACTIVIDADES DE INVERSIÓN

(...)

93110 Ventas de propiedades planta y equipo

(...)

93120 Venta de propiedades de inversión

(...)

93130 Ventas de participaciones en asociadas contabilizadas por el método de la participación

(...)

93140 Ventas de inversiones financieras que respaldan reservas

(...)

93150 Ventas de otros instrumentos financieros

(...)

93160 Otros ingresos percibidos

(...)

93500 TOTAL EGRESOS DE ACTIVIDADES DE INVERSIÓN

(...)

93510 Inversiones en propiedades planta y equipos

(...)

93520 Pago de intereses capitalizados

(...)

93530 Inversiones en participación en asociadas contabilizadas por el método de la participación

(...)

93540 Inversiones en activos financieros que respaldan reservas

(...)

93550 Inversiones en otros activos financieros

(...)

93560 Otros desembolsos de inversión

(...)

94000 FLUJO NETO TOTAL POSITIVO (NEGATIVO) DEL EJERCICIO

(...)

94500 Efecto de las variaciones de los tipos de cambio

(...)

95000 Variación neta del efectivo y efectivo equivalente

(...)

95500 Saldo inicial del efectivo y efectivo equivalente

(...)

96000 Saldo final del efectivo y efectivo equivalente

(...)

CAPÍTULO III. Notas Explicativas a los Estados Financieros

(...)

44. NOTA 44 VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS Y COSTO DE PRESTACIONES MÉDICAS A TERCEROS

44. NOTA 44 ESTADO DE RESULTADOS DE LAS VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS.

El detalle de la Venta de servicios médicos a terceros y el costo de prestaciones médicas a terceros al DD/MM/AA1, es el siguiente:

En miles de pesos

RUT	Razón Social	Venta de servicios médicos a terceros					Costo de prestaciones médicas a terceros			
		Prestaciones Médicas	Exámenes Preocupacionales	Intereses, reajustes y multas	Otros (especificar)	Total	Prestaciones Médicas	Exámenes Preocupacionales	Otros (especificar)	Total

- Personas naturales									
- Otros (especificar)									
-									
Total									

ESTADO DE RESULTADOS VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS
(En miles de pesos)

<u>PRESTACIONES MÉDICAS A TERCEROS (Grupos - Denominaciones)</u>	<u>Del</u> <u>01/01/AA01</u> <u>al</u> <u>DD/MM/AA</u> <u>01</u>	<u>Del</u> <u>01/01/AA00</u> <u>al</u> <u>DD/MM/AA</u> <u>00</u>
<u>INGRESOS POR VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS</u>		
<u>GRUPO 01 ATENCIÓN ABIERTA</u>		
<u>GRUPO 02 ATENCIÓN CERRADA</u>		
<u>GRUPO 03 EXÁMENES DE LABORATORIO:</u>		
<u>GRUPO 04 IMAGENOLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 05 MEDICINA NUCLEAR</u>		
<u>GRUPO 06 KINESIOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL</u>		
<u>GRUPO 07 MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE TEJIDOS</u>		
<u>GRUPO 08 ANATOMÍA PATOLÓGICA</u>		
<u>GRUPO 09 PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA</u>		
<u>GRUPO 10 ENDOCRINOLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 11 NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA</u>		
<u>GRUPO 12 OFTALMOLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 13 OTORRINOLARINGOLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 14 CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO</u>		
<u>GRUPO 15 CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA</u>		
<u>GRUPO 16 DERMATOLOGÍA Y TEGUMENTOS</u>		
<u>GRUPO 17 CARDIOLOGÍA. NEUMOLOGÍA. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y DE TÓRAX, NEUMOLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 18 GASTROENTEROLOGÍA</u>		

<u>GRUPO 19 UROLOGÍA Y NEFROLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 20 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA</u>		
<u>GRUPO 21 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 22 ANESTESIA</u>		
<u>GRUPO 23 PRÓTESIS , ORTESIS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS</u>		
<u>GRUPO 24 TRASLADOS</u>		
<u>GRUPO 25 PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (PAD)</u>		
<u>GRUPO 26 ATENCIONES INTEGRALES, OTROS PROFESIONALES Y TÉCNICOS</u>		
<u>GRUPO 28 PAGO ASOCIADO EMERGENCIA (PAE)</u>		
<u>GRUPO 29 TRATAMIENTOS INTEGRALES DE BRAQUITERAPIA, RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA</u>		
<u>EXÁMENES PREOCUPACIONALES</u>		
<u>OTRAS PRESTACIONES O SERVICIOS MÉDICOS</u>		
TOTAL INGRESOS POR VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS		
<u>COSTO DE VENTA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS</u>		
<u>GRUPO 01 ATENCIÓN ABIERTA</u>		
<u>GRUPO 02 ATENCIÓN CERRADA</u>		
<u>GRUPO 03 EXÁMENES DE LABORATORIO</u>		
<u>GRUPO 04 IMAGENOLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 05 MEDICINA NUCLEAR</u>		
<u>GRUPO 06 KINESIOLOGÍA Y TERAPIA OCUPACIONAL</u>		
<u>GRUPO 07 MEDICINA TRANSFUSIONAL Y BANCO DE TEJIDOS</u>		
<u>GRUPO 08 ANATOMÍA PATOLÓGICA</u>		
<u>GRUPO 09 PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA</u>		
<u>GRUPO 10 ENDOCRINOLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 11 NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA</u>		
<u>GRUPO 12 OFTALMOLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 13 OTORRINOLARINGOLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 14 CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO</u>		
<u>GRUPO 15 CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA</u>		
<u>GRUPO 16 DERMATOLOGÍA Y TEGUMENTOS</u>		
<u>GRUPO 17 CARDIOLOGÍA. NEUMOLOGÍA. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y DE TÓRAX, NEUMOLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 18 GASTROENTEROLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 19 UROLOGÍA Y NEFROLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 20 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA</u>		
<u>GRUPO 21 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA</u>		
<u>GRUPO 22 ANESTESIA</u>		
<u>GRUPO 23 PRÓTESIS , ORTESIS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS</u>		
<u>GRUPO 24 TRASLADOS</u>		
<u>GRUPO 25 PAGO ASOCIADO A DIAGNÓSTICO (PAD)</u>		
<u>GRUPO 26 ATENCIONES INTEGRALES, OTROS PROFESIONALES Y TÉCNICOS</u>		
<u>GRUPO 28 PAGO ASOCIADO EMERGENCIA (PAE)</u>		
<u>GRUPO 29 TRATAMIENTOS INTEGRALES DE BRAQUITERAPIA, RADIOTERAPIA Y</u>		

<u>QUIMIOTERAPIA</u>		
<u>EXÁMENES PREOCUPACIONALES</u>		
<u>OTRAS PRESTACIONES MÉDICAS NO CODIFICADAS</u>		
<u>SUBTOTAL COSTO DE VENTA DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS</u>		
<u>GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y VENTAS</u>		
<u>AMORTIZACIONES</u>		
<u>DEPRECIACIÓN</u>		
<u>PÉRDIDA POR DETERIORO (REVERSIONES), NETA</u>		
<u>UTILIDAD (PÉRDIDA) ANTES DE IMPUESTOS A LA RENTA</u>		
<u>IMPUESTO A LA RENTA</u>		
<u>UTILIDAD (PÉRDIDA) DEL EJERCICIO</u>		

45. NOTA 45 SUBSIDIOS

El detalle de los gastos por pago de subsidios realizados durante los años AAX1 y AAX0, es el siguiente:

En miles de pesos

Año del siniestro	Origen del siniestro				Total DD/MM/AAX1
	Accidente del Trabajo	Accidente de Trayecto	Enfermedad Profesional	Otro (especificar)	
Año (n)					
Año (n-1)					
Año (n-2)					
Año (n-3)					
Año (n-4)					
Año (n-5)					
Años anteriores					
<u>Recupero de subsidios (art. 77 bis, ley N°16.744)</u>					
Total					

Donde "n" corresponde al año AAX1.

En miles de pesos

Año del siniestro	Origen del siniestro				Total DD/MM/AAX0
	Accidente del Trabajo	Accidente de Trayecto	Enfermedad Profesional	Otro (especificar)	

Insumos Médicos									
Instrumental Clínico									
Medicamentos									
Prótesis y Aparatos Ortopédicos									
Exámenes complementarios									
Traslado de pacientes									
Atenciones de otras Instituciones									
Mantenimiento y reparación									
Servicios generales									
Consumos básicos									
Honorarios Interconsultas y Diversos									
Alimentación de accidentados									
Útiles escritorio; fotocopias, imprensa									
Arriendo de propiedades									
Arriendo de equipos y otros									
Otros									
Subtotal Otros Gastos									
Depreciación									
Gastos Indirectos									
<u>Recupero de prestaciones médicas (art. 77 bis, ley N°16.744)</u>									
TOTAL									

En esta nota se deberá revelar el método de distribución utilizado por la asignación de los gastos en los distintos tipos de siniestro.

ANEXO N°30 FORMATO DE LOS ARCHIVOS DEL SISTEMA GRIS

I. Nombres de los Archivos

(...)

II. Codificación de las entidades reportadoras

(...)

III. Nombres de archivos de texto

A. Estatutos y Políticas

(...)

B. Manuales

(...)

C. Pruebas de Estrés

(...)

D. Informes

N°	Nombre documento	Nombre archivo
D.1	Informe de pruebas retrospectivas del modelo de liquidez	Informe_Liquidez
D.2	Informe de suficiencia de Reservas	Informe_Reservas
D.3	Informe anual sobre gestión de riesgos	Informe_Anual_Riesgos
D.4	Autoevaluación sobre cumplimiento de la norma de gestión de riesgos	Autoevaluación_Riesgos
D.5	Plan Anual de Auditoría	Plan_Anual_Auditoría
D.6	Informes de Auditorías	Informe_Auditoría
D.7	Reporte de Avance del Plan Anual de Auditoría	Avance_Auditoría
D.8	Informe de Hecho Relevante	Hecho_Relevante
D.9	Informe de Fiscalía para el castigo de deudas previsionales y no previsionales	Informe_Fiscalía
D.10	Informe Autoevaluación de cumplimiento	Informe_Gobierno_Corporativo

	de gobierno corporativo	
D.11	Informe de Indicadores de Calidad de la Atención de Salud del Trabajador	Informe_Indicadores_Calidad
D.12	Plan anual de pruebas a los planes de continuidad operacional	Plan_Anual_PCO
D.13	Informes de resultados de las pruebas y del de planes de continuidad operacional por materialización de eventos de continuidad operativa	Informe_Prueba_PCO
D.14	Reporte de alerta de Ciberincidente	Alerta_Ciberincidente
D.15	Informe parcial de Ciberincidente	Informe_parcial_Ciberincidente
D.16	Informe de resolución de Ciberincidente	Informe_resolución_Ciberincidente
D.17	Informe de autoevaluación de Seguridad de la Información	Informe_Seguridad_Información
D.18	Reporte de Cobranzas 77 BIS y No 77 BIS (EE_NOMBREARCHIVO_AÑOMESDIA.XLSX Donde: EE = Código de la Entidad, detallado en la Tabla N°1, Anexo N°44: Listado de dominios del sistema GRIS, del Libro IX, del Compendio Normativo del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. NOMBREARCHIVO = Nombre identificador del archivo, el que corresponderá a 77BIS-COBRANZA-PAGO)	EE_77BIS-Ccobranza-Pago_Añomesdia.xlsx
<u>D.19</u>	<u>Informe de gestión y monitoreo prestaciones de salud no laboral; D.L. N° 1.819.</u>	<u>Informe gestion DL1819</u>

E. Acuerdos de Directorio

(...)

IV. Formato de campos

(...)

ANEXO N°31 CALENDARIO DE ENVÍO DE LOS ARCHIVOS DEL SISTEMA GRIS

A. Envío de archivos planos:

(...)

B. Envío de archivos de texto:

N°	Nombre documento	Periodicidad de envío	Fecha límite de envío
A.1	Estatuto del Comité de Riesgos	Permanentemente actualizado	Hasta 5 días hábiles, contado desde el día siguiente a su aprobación
A.2	Política de Gestión Integral de Riesgos		
A.3	Política de Riesgo Operacional		
A.4	Política de Riesgo Técnico		
A.5	Política de Riesgo de Liquidez		
A.6	Política de Riesgo de Mercado		
A.7	Política de Riesgo de Crédito		
A.8	Política de actividades externalizadas		
A.9	Política de Divulgación de Hechos Relevantes		Hasta 3 días hábiles contados desde su aprobación.
A.10	Política de Compensaciones		Hasta 5 días hábiles, contado desde el día siguiente a su aprobación
A.11	Política de Prevención de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales		

A.12	Política de Inversiones		
A.13	Política de Gestión de Anti Fraude		
A.14	Política de Seguridad de la Información		
A.15	Política de Compras		
A.16	Política (Código) de Buenas Prácticas para la Afiliación y Mantenición de Entidades Empleadoras.		
A.17	Política Contable Prudencial		
A.18	Estatuto de la Mutualidad		
A.19	Código de Ética, Conducta y Buenas Prácticas.		
A.20	Estatuto Comité de Ética		
A.21	Estatuto Comité de Auditoría		
A.22	Estatuto Comité de Prevención (de Riesgos)		
A.23	Política de Continuidad Operacional		
A.24	Política de riesgo reputacional		
A.25	Política de cumplimiento corporativo		
A.26	Memoria Anual		

N°	Nombre documento	Periodicidad de envío	Fecha límite de envío
B.1	Manual para el cálculo y constitución de reservas.	Permanentemente actualizado	Hasta 5 días hábiles, contado desde el día siguiente a su

B.2	Manual de Riesgo Operacional		aprobación
B.3	Manual de Riesgo Técnico		
B.4	Manual de Riesgo de Liquidez		
B.5	Manual de Riesgo de Mercado		
B.6	Manual de Riesgo de Crédito		
B.7	Manual de Compras		
B.8	Manual de procedimientos del proceso de elección del Directorio		
C.1	Pruebas de Estrés Riesgo Técnico		
C.2	Pruebas de Estrés Riesgo de Mercado		
C.3	Pruebas de Estrés Riesgo de Liquidez		
C.4	Pruebas de Estrés Riesgo de Crédito		
D.1	Informe de pruebas retrospectivas del modelo de liquidez	Anual	Hasta el último día del mes de marzo de cada año
D.2	Informe de suficiencia de Reservas		
D.3	Informe anual sobre gestión de riesgos		
D.4	Autoevaluación sobre cumplimiento de gestión de		

	riesgos		
D.5	Plan Anual de Auditoría	Permanentemente actualizado	Hasta 10 días hábiles, contados desde el día siguiente a la celebración de la Sesión de Directorio, donde éste fue aprobado o a la fecha de aprobación de la Dirección Institucional, según corresponda
D.6	Informes de Auditorías	Semestral	Hasta 30 días posterior al cierre del respectivo semestre
D.7	Reporte de Avance del Plan Anual de Auditoría	Semestral	Hasta 30 días posterior al cierre del respectivo semestre
D.8	Informe de Hecho Relevante (Carta suscrita por el Gerente General)	Permanentemente actualizado	Plazo de 24 horas desde la ocurrencia o bien desde que se tomó conocimiento del hecho
D.9	Informe de Fiscalía para el castigo de deudas previsionales y no previsionales	Semestral	Hasta el último día del mes siguiente al cierre del 1° y 2° semestre, es decir enero y julio, respectivamente
D.10	Informe Autoevaluación de cumplimiento de gobierno corporativo	Permanentemente actualizado	Hasta 5 días hábiles, contado desde el día siguiente a su aprobación
D.11	Informe de Indicadores de Calidad de la Atención de Salud del Trabajador	Anual	Hasta el último día del mes de marzo de cada año
D.12	Plan anual de pruebas a los planes de continuidad operacional	Permanentemente actualizado	Hasta el último día del mes de enero de cada año
D.13	Informes de resultados de las pruebas y del funcionamiento de planes de		Hasta el último día del mes de enero de cada año, con información de resultados del

	continuidad operacional por materialización de eventos de continuidad operativa	Anual	año anterior
D.14	Reporte de alerta de Ciberincidente	Permanentemente actualizado	Dentro del plazo de 1 hora contado desde la toma de conocimiento del Ciberincidente.
D.15	Informe parcial de Ciberincidente	Permanentemente actualizado	Hasta 6 horas contadas desde la toma de conocimiento del Ciberincidente.
D.16	Informe de resolución de Ciberincidente	Permanentemente actualizado	Hasta 10 días hábiles, contado desde el día de la toma de conocimiento del Ciberincidente
D.17	Informe de autoevaluación de Seguridad de la Información	Anual	Hasta el último día del mes de enero de cada año
D.18	Reporte de Cobranzas 77 BIS y No 77 BIS	Mensual	Hasta el día 15 del mes siguiente a la fecha de cierre del respectivo mes de reporte
D.19	Informe de gestión y monitoreo prestaciones de salud no laboral; D.L. N° 1.819.	Anual	30 abril de cada año
E.1	Acuerdos de Directorio, elevados a consulta de la Superintendencia de Seguridad Social, según lo establecido en artículo 46 de la Ley N° 16.395	Permanentemente actualizado	n.a.
E.2	Acuerdos de Directorio, remitidos para conocimiento de la Superintendencia de Seguridad Social	Permanentemente actualizado	n.a.

C. Envío de Estados Financieros:

(...)