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

B. Prestaciones médicas de la Ley N°16.744

1. Definición de prestaciones médicas

Las prestaciones médicas corresponden a la ejecución de acciones de salud que persiguen como resultado final confirmar un diagnóstico, efectuar un tratamiento y realizar el seguimiento de un determinado problema de salud.

El artículo 29 de la Ley N°16.744, establece que la víctima de un accidente del trabajo o enfermedad profesional tendrá derecho al otorgamiento de todas las prestaciones médicas que se requieran hasta su curación completa, o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por la enfermedad o el accidente. Dichas prestaciones serán otorgadas por el organismo administrador que hubiere calificado el origen laboral del accidente o enfermedad, incluso en aquellos casos en que la entidad empleadora cambie de organismo administrador o bien cuando el trabajador cambie de entidad empleadora y esta última se encuentre adherida o afiliada a otro organismo administrador.

Respecto de esta materia, cabe precisar que las prestaciones médicas que cubre el Seguro contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, comprenden además de las actividades propiamente asistenciales (atención médica, quirúrgica y dental, hospitalización, medicamentos, prótesis y aparatos ortopédicos y rehabilitación), la reeducación profesional, los gastos de traslado y cualquier otro que sea necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

2. Derecho a las prestaciones médicas de los trabajadores independientes

Para tener derecho a las prestaciones médicas y económicas del Seguro de la Ley N°16.744, los trabajadores independientes, tanto obligados como voluntarios, deben cumplir los requisitos señalados en la Letra E, Título II, del Libro VI.

Es obligación de los organismos administradores, verificar el cumplimiento de dichos requisitos, conforme a las instrucciones contenidas en la Letra A, Título I, Libro III.

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

Los tratamientos otorgados durante el proceso de calificación del origen de la afección, deberán ser indicados con el objetivo de tratar los síntomas incapacitantes, evitando procedimientos invasivos, a menos que la gravedad y urgencia del caso así lo requiera.

Así, por ejemplo, las cirugías de carácter electivo, es decir aquellas cuya dilación no implique un detrimento en la posibilidad de recuperación del trabajador, deberán ser suspendidas mientras no se determine el origen laboral del cuadro clínico.

En caso que el accidente o enfermedad sea calificado como de origen común, el organismo administrador o administrador delegado deberá solicitar el reembolso de las prestaciones otorgadas, a través del procedimiento dispuesto en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, o aquél establecido para los casos no regulados por el artículo 77 bis, según corresponda.

Durante el proceso de calificación no se podrán suspender los tratamientos prescritos por otro profesional de la misma o de otra entidad, salvo por razones médicas fundadas, las que deberán constar por escrito en la ficha clínica.

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.

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 ex-trabajadores 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

Los organismos administradores y administradores delegados deberán realizar el seguimiento de los trabajadores/as y el ex-trabajadores/as con enfermedades profesionales de carácter crónico.

Para estos efectos, se entenderá como "enfermedad profesional de carácter crónico", aquella causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o del trabajo que realiza una persona, que provoca consecuencias para la salud a largo plazo, puede agravarse y requiere de tratamiento y/o cuidados permanentes.

Una vez calificada una enfermedad como de origen profesional, el organismo administrador o administrador delegado según corresponda, deberá ingresar al trabajador/a a un programa de seguimiento de enfermedad profesional de carácter crónico, elaborado según el agente causante de la enfermedad, y otorgar las prestaciones que correspondan. Este programa deberá diseñarse considerando una atención de salud integral y abordar al menos los siguientes aspectos:

a) Elementos generales

   i) Establecer la periodicidad del control de salud, considerando lo siguiente:

      - El estado clínico y funcional de los trabajadores/as, para identificar complicaciones o cambios en la evolución de la enfermedad, que ameriten una modificación de las prestaciones médicas y/o de las prestaciones económicas a que tenga derecho el trabajador/a.

      - La periodicidad que el artículo 76 bis del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, establece para la revisión de las incapacidades permanentes.

   ii) Especificar el tratamiento de salud integral para cada etapa de desarrollo de la enfermedad, de acuerdo con lo señalado en la siguiente letra c);

   iii) Asegurar el envío oportuno de los antecedentes a la COMPIN para la evaluación y para la revisión de la incapacidad permanente cuando producto de los controles periódicos se constate una agravación o mejoría de esa incapacidad que deba ser evaluada.

   Para efectos de la revisión de la incapacidad, se deberá derivar al trabajador/a a la COMPIN correspondiente, en un plazo no superior a 15 días, contado desde el término del control médico.

b) Registro y actualización de medios de contacto del trabajador/a

Los organismos administradores deberán solicitar al trabajador en cada control de salud, la confirmación de sus datos de contacto (correo electrónico, teléfono y dirección) con la finalidad de mantenerlos actualizados y de procurar que tome así conocimiento efectivo y oportuno de las citaciones que se le cursen.

En caso que un enfermo/a no asista a la evaluación y/o no se logre contactar a través de los medios registrados, los organismos administradores, sin perjuicio de efectuar otras acciones destinadas a comunicarse con el trabajador/a, deberán en el caso de pensionados del Seguro de la Ley N°16.744, incluir un recuadro destacado en la liquidación de pago mensual de la pensión, en el que se indique que debe actualizar los medios de contacto. Lo anterior, durante 6 meses corridos, a menos que se logre tomar contacto con el enfermo/a antes de que transcurra ese periodo.

El organismo administrador o administrador delegado deberá mantener un registro de la inasistencia de los trabajadores/as a 2 controles de salud continuos, sin justificación o en los casos en que no haya sido posible contactar al trabajador/a. El registro deberá contener a lo menos la siguiente información: los nombres, apellidos y RUT del trabajador/a; RUT y razón social de la entidad empleadora en la que se contrajo la enfermedad; los medios de comunicación informados o consentidos por el trabajador/a para ser contactado/a, y el motivo de la inasistencia (sin justificación o imposibilidad de contactar al trabajador/a). Este registro se deberá mantener a disposición en caso de ser requerido por la Superintendencia de Seguridad Social.

c) Del tratamiento y atención de salud

El programa deberá contemplar una asistencia de salud de carácter multidisciplinario, que según lo que el médico/a tratante determine, considere entre otros aspectos:

i) Educación del trabajador/a enfermo/a respecto de los factores de riesgo y protectores, de la importancia de los controles y el tratamiento, incluyendo al grupo familiar o al cuidador/a o tutor/a del trabajador/a;

ii) Asistencia nutricional para el trabajador/a enfermo/a, según la patología en control, para mantener o mejorar el estado nutricional;

iii) Entrenamiento fisioterapéutico general, o específico para mantener o mejorar el funcionamiento articular y muscular del trabajador/a u otras;

iv) Apoyo psicológico en las diferentes etapas de la enfermedad, según corresponda;

v) Evaluación por un profesional trabajador/a social, considerando las necesidades asociadas al otorgamiento de las prestaciones médicas en el domicilio, en los casos que corresponda, y

vi) Reintegro laboral y reeducación profesional, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en la Letra F. Reeducación profesional, Título II del presente Libro V.

d) Registro de la información en la ficha clínica

El organismo administrador y administrador delegado deberá consignar en la ficha clínica de cada trabajador/a, la siguiente información:

i) Las evaluaciones de salud, precisando la evolución de la enfermedad, los exámenes de laboratorio e imagenología y sus resultados, los tratamientos e indicaciones prescritas por los diferentes profesionales de la salud;

ii) Datos de contacto del trabajador/a y los medios autorizados para las notificaciones, de acuerdo a lo señalado en la letra b) anterior;

iii) El registro de la adaptación del puesto de trabajo o el cambio de éste y de la exposición a otros agentes de riesgo, según corresponda, cuando se haya reintegrado a trabajar en la misma entidad empleadora. En el caso que el trabajador se desempeñe en otra entidad empleadora o como trabajador/a independiente, se deberá mantener registro de la actividad específica que realiza;

iv) El proceso de reintegro laboral y de reeducación profesional, según corresponda, y

v) Registrar la fecha de la inasistencia a control de salud, rechazo al tratamiento, imposibilidad de contactar al trabajador/a, entre otros.

e) Registro de información en el SISESAT

Consideraciones en el registro de información en el SISESAT, en el marco del seguimiento de los trabajadores/as con enfermedades profesionales de carácter crónico de origen laboral:

i) Atendido que existe un código único (CUN) para el registro de los documentos asociados a la enfermedad profesional, todos los diagnósticos posteriores asociados a dicha enfermedad, deberán ser consignados en una nueva Resolución de Calificación (RECA), con el mismo CUN, que incluya los diagnósticos previos, la que deberá ser remitida al SISESAT. Esta nueva RECA deberá mantener la fecha de emisión de la anterior y no deberá ser notificada al trabajador ni al

empleador, puesto que no corresponde a un cambio en la calificación;

ii) Cada vez que se realice una revisión o reevaluación de la incapacidad permanente, el organismo administrador deberá remitir al SISESAT el correspondiente documento electrónico de la Resolución de Incapacidad Permanente (REIP), en el mismo CUN generado con la denuncia de la enfermedad;

iii) En caso de fallecimiento de un trabajador/a portador/a de una enfermedad profesional, en el documento electrónico de Alta Médica (ALME) se deberá registrar "alta médica por fallecimiento". Si la causa del fallecimiento es la enfermedad profesional, en este documento, se deberá registrar dicho diagnóstico en la zona "diagnóstico y código asociado (CIE-10)". Ejemplo: Si el fallecimiento es por silicosis, el diagnóstico de alta médica deberá indicar "silicosis y sus complicaciones" y el código CIE-10 correspondiente.

f) Indicadores de seguimiento

Considerando la importancia de la calidad y oportunidad en el otorgamiento de las prestaciones médicas y económicas, según corresponda, y su evaluación para la mejora continua, los organismos administradores y administradores delegados deberán definir y determinar indicadores, tanto de calidad de las prestaciones otorgadas en el marco del programa, así como de morbimortalidad asociada a la enfermedad profesional sujeta a programa.

g) Aspectos administrativos

Se deberá elaborar un documento con la descripción de cada uno de los programas de seguimiento, el que debe contener, a lo menos, el nombre del programa considerando el agente de riesgo, la fecha de elaboración y de actualización, la identificación del área o departamento responsable de la implementación del programa, un índice con los distintos contenidos y los anexos que se estimen pertinentes.

Los organismos administradores y administradores delegados deberán remitir a la Superintendencia de Seguridad Social, al correo electrónico evast@suseso.cl, dentro de los primeros 15 días del mes de julio, a contar del año 2023, un archivo Excel denominado "Información de trabajadores con silicosis y asbestosis, número 5, del Título I, del Libro V", con los siguientes campos de información: Nombres y apellidos del trabajador/a, RUT del trabajador/a, RUT y razón social de la entidad empleadora, diagnósticos, código CIE-10 del o de los diagnósticos, porcentaje de incapacidad permanente determinado por la COMPIN, fecha de la resolución de incapacidad permanente (dd/mm/aaaa), estado actual (vivo/fallecido).

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 sitios 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 un aspecto que 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. Otorgamiento de servicios o prestaciones médicas a terceros, conforme al artículo 29 del D.L. N°1.819, Letra B, Título I, del presente Libro V.

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", de la Letra G, Título I del Libro V, 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 número 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." Letra G, Título I del Libro V, 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, y

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.