

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

/ LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS / TÍTULO I. Generalidades / B. Prestaciones médicas de la Ley N°16.744 / 6. Otorgamiento de servicios o prestaciones médicas a terceros, conforme al artículo 29 del D.L. N°1.819

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.
