Regulación y gasto de las mutuales por prestaciones médicas a afiliados y a terceros

Autores

Samuel Argüello Verbanaz

Paola Álvarez D.

Correo electrónico: sarguello@bcn.cl

N.º SUP: 149.554

Resumen

La Ley 16.744, que regula el Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, protege a trabajadores dependientes, independientes, funcionarios públicos y estudiantes. Lo administra el Instituto de Seguridad Laboral (ISL), las mutualidades de empleadores y, en ciertos casos, entidades con administración delegada. Se financia principalmente mediante cotizaciones del empleador, complementadas con multas, intereses y fondos de reserva. El seguro otorga prestaciones médicas, incluyendo atención hospitalaria, rehabilitación y reeducación profesional, además de beneficios económicos como subsidios, indemnizaciones y pensiones de invalidez o sobrevivencia.

Las mutualidades son corporaciones privadas sin fines de lucro creadas exclusivamente para administrar este seguro. Sin embargo, se les permite solicitar autorización para otorgar servicios médicos a terceros y constituir organismos filiales. Estas actividades deben garantizar que no se generen utilidades, no exista menoscabo en la atención a trabajadores protegidos por la ley y que se evite la creación de capacidad ociosa.

Las tres mutuales existentes, la ACHS, la Mutual de Seguridad y el IST, entregaron prestaciones médicas a terceros entre 2019 y 2024. En este período, el porcentaje de gasto en prestaciones a terceros sobre el total de prestaciones médicas varió para la AHCS entre un mínimo de 20,2% y un máximo del 26,4%. Para la Mutual de Seguridad esta proporción varió entre un mínimo del 22,7% y un máximo del 31,2%. En el caso del IST esta relación fue de un mínimo del 9,5% y un máximo del 29,1%.

Los principales tipos de gastos por prestaciones de servicios médicos a terceros son los exámenes preocupacionales, ortopedia y traumatología, atenciones de urgencia ambulatorias y con internación e imagenología.

I. Introducción

En el presente informe se analizan la regulación aplicable a las mutualidades de empleadores establecidas en la Ley 16.744 y los principales elementos financieros de las tres mutuales que hay en Chile desde el punto de vista de las prestaciones médicas.

En la primera parte se analiza la regulación de las mutuales, con especial énfasis en las funciones que deben cumplir y en las condiciones en las que pueden constituir filiales y extender sus servicios médicos a terceros.

En la segunda parte se estudian en detalle los estados financieros desde el punto de vista de los ingresos y gastos por prestaciones médicas a afiliados y a terceros, para así tener una primera aproximación de qué proporción de los servicios médicos corresponden a una u otra de las categorías anteriores .

II. Regulación de las mutuales en la ley sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

1. Aspectos generales

El Seguro Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales se encuentra regulado por la Ley 16.744, de 1968, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, por el Decreto Supremo 101 del mismo año, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que aprueba el Reglamento de aplicación de dicha ley y por diversas instrucciones dictadas por la Superintendencia de Seguridad Social, contenidas en el Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Las personas protegidas por este régimen son los trabajadores dependientes del sector privado, los funcionarios públicos (Administración Central del Estado, Municipalidades e instituciones descentralizadas del Estado), los estudiantes que deban ejecutar labores que signifiquen una fuente de ingresos para el respectivo plantel y los trabajadores independientes, distinguiéndose entre cotizantes obligatorios, voluntarios y otras categorías previstas en la ley (artículos 2 y 3 de la Ley 16.744).

La administración del seguro corresponde al Instituto de Seguridad Laboral, a las mutualidades de empleadores y, en ciertos casos, a entidades con administración delegada, de conformidad con lo establecido en el artículo 8 de la Ley 16.744 y en el artículo 12 del reglamento. El Instituto de Seguridad Laboral (ISL), según lo dispuesto en el artículo 10 de la ley, administra el seguro respecto de los trabajadores cuyas entidades empleadoras no se encuentren adheridas a una mutualidad, así como de los trabajadores independientes afiliados. A estos beneficiarios se les otorgan prestaciones médicas, económicas y preventivas, además de las pensiones correspondientes a trabajadores de empresas con administración delegada (art.21 del reglamento).

Por otro lado, según lo dispuesto por los artículos 11 y 12 de la ley, las mutualidades de empleadores son corporaciones de derecho privado, sin fines de lucro, regidas por el Título XXXIII del Libro I del Código Civil y autorizadas por el presidente de la República. Las mutualidades tienen por objeto administrar el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales para

los trabajadores de las empresas adheridas y de los independientes afiliados, otorgando todas las prestaciones médicas, económicas y preventivas que contempla la normativa vigente.

La ley también permite que entidades empleadoras que cumplen con los requisitos legales puedan ser autorizadas como administradoras delegadas del seguro, asumiendo directamente la entrega de las prestaciones de carácter médico, preventivo y económico a sus trabajadores, con excepción del pago de pensiones, que sigue a cargo del respectivo organismo previsional (art.72 de la Ley 16.744).

En cuanto a su financiamiento, la ley dispone en el artículo 15 que el seguro se sostiene principalmente a través de cotizaciones obligatorias. Existe, en primer lugar, una cotización básica general del 0,9% de las remuneraciones imponibles de los trabajadores, de cargo exclusivo del empleador. Además, se contempla una cotización adicional cuya tasa varía según el nivel de riesgo presunto de la actividad económica y que no podrá exceder el 3,4 % de las remuneraciones imponibles, también de cargo del empleador, conforme a lo establecido en el artículo 37 del reglamento, o según la siniestralidad efectiva de la entidad empleadora, evaluada cada dos años de acuerdo con el procedimiento fijado por el en el Decreto Supremo 67/1999. Están exceptuados de este proceso de evaluación los empleadores con un máximo de dos trabajadores de casa particular y los trabajadores independientes. A ello se suma la cotización extraordinaria regulada en el artículo sexto transitorio de la Ley 19.578, aplicable entre septiembre de 1998 y diciembre de 2019. Complementariamente, el sistema se financia con los intereses y multas que apliquen los organismos administradores, las utilidades provenientes de los fondos de reserva y las cantidades recaudadas frente a empleadores o terceros responsables que no hicieron el pago por dolo o culpa.

Las prestaciones que otorga este seguro, contempladas en el Título V de la ley, pueden ser de carácter médico o económico. Entre las primeras se incluyen la atención médica, quirúrgica, dental y hospitalaria, el suministro de medicamentos, prótesis y aparatos ortopédicos, así como su reparación, la rehabilitación física, la reeducación profesional y el pago de los traslados necesarios. Todas estas prestaciones se otorgan en forma gratuita hasta la curación completa del trabajador o mientras subsistan secuelas derivadas del accidente o enfermedad.

Las prestaciones económicas, en cambio, son de carácter pecuniario y se calculan conforme a fórmulas establecidas por la ley. Comprenden los siguientes elementos: el subsidio por incapacidad laboral temporal que reemplaza la remuneración durante el período de reposo médico, la indemnización global por invalidez que corresponde cuando la disminución de la capacidad de ganancia es presumiblemente permanente y fluctúa entre un 15% y menos de un 40%, la pensión parcial que equivale al 35% del sueldo base y se otorga cuando la pérdida de la capacidad de ganancia es igual o superior al 40% e inferior al 70% y la pensión total, que asciende al 70% del sueldo base para los casos en que la incapacidad es igual o superior al 70%. Asimismo, se contempla una pensión de sobrevivencia destinada a los beneficiarios legales del trabajador fallecido como consecuencia de un accidente del trabajo o enfermedad profesional, entre ellos el cónyuge, los hijos y otros familiares que señala la ley (artículos 25 al 51).

2. Naturaleza jurídica, funciones y permisos

La Ley 16.744 y su reglamento establecen que las mutualidades de empleadores son instituciones de derecho privado, sin fines de lucro, creadas con el único objeto de otorgar las prestaciones contempladas

en dicha ley. Para que se les otorgue personalidad jurídica, deben cumplir copulativamente con los siguientes requisitos: contar con al menos 20.000 trabajadores en faenas permanentes; disponer de servicios médicos adecuados, propios o en común con otra mutualidad, incluyendo rehabilitación; realizar actividades permanentes de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; no estar administradas directa ni indirectamente por instituciones con fines de lucro; y que sus miembros sean solidariamente responsables de las obligaciones que contraigan (art 11 de la ley).

La ley otorga al Servicio de Salud la función de verificar que, dentro del plazo fijado en el decreto que concede personalidad jurídica, las mutualidades cumplan con los requisitos relativos a servicios médicos y actividades de prevención. En lo demás, estas instituciones se rigen por sus estatutos, por el Estatuto Orgánico de las Mutualidades (D.S. 285 de 1968, del Ministerio del Trabajo) y se encuentran bajo la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO).

Adicionalmente, según lo dispuesto en los artículos 14 y 36 de la ley y su reglamento, respectivamente, tanto las mutualidades como el Instituto de Seguridad Laboral no podrán destinar a gastos de administración del Seguro Social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales más del 10% de los ingresos que les correspondan por dicho seguro. Al mismo tiempo, la normativa asegura que, en ningún caso, los decretos de estimaciones presupuestarias podrán fijarles un porcentaje inferior al 5% de sus ingresos para cubrir dichos gastos.

Aunque la Ley 16.744 establece que las mutualidades de empleadores tienen un giro único consistente en otorgar prestaciones del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y que son entidades sin fines de lucro que no pueden generar utilidades, la normativa contempla ciertas excepciones reguladas. Las mutualidades pueden solicitar autorización para otorgar servicios a terceros privados y constituir y modificar sociedades u organismos filiales. A continuación, se desarrollan las condiciones para el ejercicio de estas actuaciones.

3. Constitución y modificación de sociedades u organismos filiales

Conforme al artículo 32 de la Ley 16.395, las mutualidades, en su calidad de instituciones de previsión social sometidas a la supervigilancia de la SUSESO, para constituir sociedades u organismos filiales, así como para realizar modificaciones a estas entidades ya existentes deben solicitar autorización a esta entidad.

Se considera organismo filial a cualquier tipo de entidad en que las mutualidades participen en su constitución o modificación, como corporaciones, fundaciones u otras. La creación o modificación de estos organismos debe ser aprobada previamente por el directorio de la mutualidad, el cual deberá analizar la justificación legal y económica del proyecto, la inversión y su financiamiento, los beneficios para la mutualidad y los trabajadores dependientes e independientes, los riesgos asociados y la relación del objeto del organismo filial con el fin principal de las mutualidades, es decir, la administración del Seguro de la Ley 16.744 (SUSESO 2018a).

Una vez aprobado el proyecto por el directorio, el acuerdo y toda la documentación de respaldo, incluidos los borradores de las escrituras públicas, deben ser enviados a la SUSESO para su autorización. Solo tras esta aprobación, la mutualidad podrá formalizar la constitución o modificación mediante la firma de escrituras públicas, cuya copia deberá ser remitida a la Superintendencia.

Además, en la constitución de las filiales debe quedar expresamente consignada la facultad de fiscalización y supervigilancia de la SUSESO. Finalmente, las mutualidades están obligadas a remitir a la Superintendencia los estados financieros y la memoria anual de sus sociedades u organismos filiales, en la misma fecha en que envían su propia información financiera (SUSESO 2018a).

4. Autorización y otorgamiento de servicios o prestaciones médicas a terceros

De acuerdo con lo establecido en el artículo 29 del D.L. 1.819 de 1977 y su reglamento contenido en el Decreto 33 de 1978, las mutualidades reguladas por la Ley N°16.744, así como otras instituciones que cuenten con hospitales, pueden solicitar autorización para extender la atención médica que prestan en sus establecimientos, siempre que esta ampliación no afecte ni menoscabe el cumplimiento de sus funciones legales, reglamentarias o estatutarias.

La autorización corresponde al Ministerio del Trabajo y Previsión Social, tratándose de mutualidades de la Ley 16.744, o al ministerio respectivo en el caso de otras instituciones. La extensión de la atención puede comprender accidentes de cualquier naturaleza y considerar acciones de prevención, curación y rehabilitación, así como el tratamiento de enfermedades que puedan abordarse con los recursos e instalaciones ya disponibles (art. 3 del reglamento).

Estas atenciones deben orientarse preferentemente a los trabajadores de las empresas adherentes y a sus cargas familiares (art. 3 del reglamento). Para obtener la autorización, las mutualidades deben presentar un plan detallado, indicando recursos disponibles, líneas de extensión y beneficiarios. La aprobación del plan requiere acuerdo del directorio y la autorización puede ser revocada o limitada por el Ministerio si se constata que genera un desmedro en la atención preferente que corresponde a los trabajadores cubiertos por la Ley 16.744 (art. 4 del reglamento).

La Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), a través del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, establece que las mutualidades que otorguen prestaciones médicas a terceros o que busquen ampliar su infraestructura deben implementar medidas que les permitan prevenir, evitar o mitigar los riesgos derivados de esta extensión. En particular, deben cumplir con la prohibición que dispone el inciso segundo del artículo 6 del reglamento, esto es, no generar utilidades, garantizando que los valores cobrados correspondan únicamente a la reposición de costo, evitar la creación anticipada de capacidad ociosa, garantizar que no exista menoscabo en la atención de los pacientes cubiertos por la Ley 16.744 y gestionar adecuadamente los riesgos reputacionales.

En este contexto, la SUSESO instruye a las mutualidades gestionar cinco aspectos críticos (SUSESO 2018b):

1. Conflictos de interés, por la eventual subjetividad en las calificaciones médicas de origen común.
2. Cumplimiento de la prohibición de utilidades, asegurando que los cobros a privados solo reflejen costos reales.
3. Riesgos reputacionales, derivados de la percepción de subsidios indebidos o competencia desleal.
4. Capacidad ociosa, evitando crear infraestructura anticipada sin justificación.

5. Menoscabo a pacientes “ley”, resguardando la calidad y oportunidad de las prestaciones a los trabajadores cubiertos por la Ley 16.744.

Adicionalmente, conforme al artículo 29 del D.L. 1.819, se establece que las mutualidades deben contar con indicadores de seguimiento para evaluar los efectos de la entrega de prestaciones médicas a terceros. Dichos indicadores mínimos están definidos en el Anexo 3 del del libro V del Compendio, y deben ser complementados y monitoreados periódicamente por cada institución (SUSESO 2018b).

Finalmente, las mutualidades están obligadas a enviar un informe anual a la SUSESO, en el que se reporte la gestión realizada y los resultados obtenidos en relación con dichos indicadores y condiciones de autorización.

III. Análisis de los estados financieros de las mutuales

1. Elementos para tener en cuenta en los estados financieros

Los estados financieros de las mutuales deben cumplir con las Normas Internacionales de Contabilidad y de Información Financiera (IFRS) y con las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) y debe ser presentado en un formato único llamado FUPEF-IFRS (SUSESO 2018c, p. 25).

Según las normas de la SUSESO, las mutuales de seguridad deben contabilizar en sus estados financieros los ingresos y gastos por servicios médicos a terceros que prestan dentro de lo permitido en el artículo 29 del Decreto Ley 1.819 de 1977 del Ministerio de Hacienda. Este artículo establece que “[l]as mutualidades de empleadores a que se refiere la ley 16.744 y las demás instituciones que mantengan hospitales podrán solicitar autorización para extender la atención médica que presten sus establecimientos cuando estén en condiciones para ello sin desmedro de las funciones y obligaciones que les encomienden o imponen la legislación que les es aplicable, sus reglamentos o estatutos.”. Además, el reglamento que desarrolla este artículo determina que “[l]a ampliación de la atención médica podrá referirse a accidentes de cualquier naturaleza y podrá comprender los aspectos de prevención, curación y rehabilitación. Asimismo, podrá considerarse la atención médica, en los aspectos señalados, de enfermedades que puedan ser tratadas con los recursos e instalaciones disponibles” (Decreto 33, artículo 2).

Desde el punto de vista contable, es importante mencionar que el artículo 6 de este reglamento dice explícitamente que el valor de las prestaciones extendidas que se entregan a los no afiliados a la mutual “solo considerará la reposición o reembolso del gasto y no involucrará utilidad” (Decreto 33, artículo 6). Como se verá más adelante, en general esto implica que los ingresos por venta de prestaciones médicas a terceros son iguales a los gastos.

Con estos elementos explicados, a continuación, se pasa a analizar los estados financieros de las mutuales de seguridad desde el punto de vista de las prestaciones médicas a terceros y su relación con las prestaciones médicas a los asegurados de las propias mutuales.

2. Normas de contabilización en los estados financieros las mutuales de las prestaciones médicas a afiliados y a terceros

En esta sección se explica cómo se contabilizan las prestaciones médicas a afiliados y a terceros según las normas contables y financieras establecidas en el Compendio de normas del seguro social de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Con estas consideraciones se podrán comprender los datos que se mostrarán en la siguiente sección.

Según el formato FUPEF-IFRS de presentación de los estados financieros de las mutuales se debe incluir un estado de resultados clasificados por función, lo cual incluye ingresos ordinarios y egresos ordinarios. A continuación, se definen algunos conceptos de qué y cómo se debe contabilizar por ingresos y gastos ordinarios según el Compendio de la SUSESO.

Ingresos ordinarios

Los ingresos ordinarios "corresponde[n] a los ingresos ordinarios devengados por la mutualidad en el periodo a que se refieren los estados financieros, que atañen su giro propio", lo cual incluye, además de las dos fuentes principales de ingresos de las mutuales que son ingresos por cotización básica[1] y por cotización adicional[2], las ventas de servicios médicos a terceros. Estos últimos se definen contablemente en el Compendio de la SUSESO como "los ingresos provenientes de las atenciones médicas y hospitalarias proporcionadas a particulares, en conformidad al D.L. N°1.819, de 1977, los generados en atenciones por convenios intermutuales, y los derivados de convenios con clínicas u otras entidades de salud" (SUSESO 2018c, p. 31).

Egresos ordinarios

Los egresos ordinarios incluyen, entre otros elementos, las principales partidas de gastos de las mutuales en beneficio de sus afiliados, que son los subsidios[3], indemnizaciones[4], pensiones[5], prestaciones preventivas de riesgos y prestaciones médicas proporcionados a las trabajadoras y trabajadores de las entidades empleadoras afiliadas a la mutual como consecuencia de accidentes del trabajo o enfermada profesional.

Respecto a las prestaciones médicas, estas deben incluir los gastos directos e indirectos y la depreciación de las propiedades, planta y equipo utilizados en forma directas en la entrega de

[1] Según el Compendio de la SUSESO, "se incluyen en este ítem el ingreso devengado por este concepto proveniente de las entidades empleadoras adherentes, en conformidad con el artículo 15 letra a) de la Ley N°16.744." (SUSESO 2018c, p. 31).
[2] Esto incluye "el ingreso devengado por este concepto proveniente de las entidades empleadoras adherentes, en conformidad con el artículo 15 letra b) de la Ley N°16.744." (SUSESO 2018c, p. 31).
[3] "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." (SUSESO 2018c, p. 31).
[4] "Corresponde al gasto en las indemnizaciones establecidas en los artículos 35 y 37 de la Ley N°16.744. Además, se imputarán las concurrencias pagadas (descontadas las percibidas) originadas en indemnizaciones." (SUSESO 2018c, p. 31).
[5] "Corresponde al gasto en pensiones de invalidez parcial, invalidez total, gran invalidez y prestaciones por supervivencia, conforme con lo establecido en los artículos 38 al 41 y 43 al 50 de la Ley N°16.744, como asimismo al gasto originado por las bonificaciones de carácter permanente otorgadas a los pensionados." (SUSESO 2018c, p. 31).

prestaciones médicas a los asegurados. Los gastos indirectos de las prestaciones médicas son 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." (SUSESO 2018c, p. 31). Además, los gastos de administración que pueden ser directa o indirectamente atribuibles a prestaciones médicas se contabilizan dentro de esta categoría (SUSESO 2018c, p. 33).

Otro elemento que hay que tener en cuenta para este informe son las variaciones de reservas por prestaciones médicas a otorgar. Las mutuales deben constituir reservas, es decir, un pasivo, las cuales tienen que ser "la mejor estimación de las prestaciones médicas a otorgar en el corto plazo, por siniestros ocurridos y denunciados. Esta reserva debe considerar la experiencia siniestral y la exposición propia de la mutualidad." (SUSESO 2018c, p. 29). Parte de estas reservas se utilizan progresivamente para cubrir prestaciones médicas y se contabilizan como un egreso por variación de la reserva por prestaciones médicas a otorgar, la cual se define como el "efecto en el resultado del período proveniente de los ajustes que experimenta la reserva por prestaciones médicas por otorgar" (SUSESO 2018c, p. 33). Por lo tanto, en este informe se contabilizarán estas variaciones de reservas como un gasto por prestaciones médicas a afiliados de la mutual.

Además de estos gastos en beneficio de sus afiliados, también se incluyen en los egresos ordinarios los costos de prestaciones médicas a terceros, las cuales se definen contablemente como "el costo determinado para las prestaciones médicas otorgadas que no corresponde ser financiadas por el Seguro de la Ley N°16.744, como por ejemplo los exámenes preocupacionales, prestaciones médicas proporcionadas a trabajadores protegidos por otro administrador del Seguro, etc." (SUSESO, p. 33), es decir, que son prestaciones médicas a personas que no están dentro de la mutual. Respecto a su valorización, la SUSESO (2018, p. 69) establece que "[l]a determinación del costo de las prestaciones médicas otorgadas a terceros, reflejadas en el estado de resultados precedente deberá emanar de un sistema de costeo determinado por la propia mutualidad. Dicho sistema debe contar con la validación de la empresa que audita sus estados financieros."

3. Gastos por prestaciones médicas a afiliados y a terceros

En esta sección se pasa a analizar los gastos e ingresos de los estados financieros por prestaciones médicas a terceros y de los gastos por prestaciones médicas a afiliados de las tres mutuales que hay en Chile, la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), la Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción (Mutual de Seguridad) y el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST). Esto se realiza para tener una indicación de la importancia relativa de la atención médica extendida mencionada más arriba. Para ello se calcula la proporción de servicios médicos entregados a terceros sobre el total de gasto en prestaciones médicas, tanto a afiliados como a terceros. Se analizan los últimos cinco años, es decir, entre 2019 y 2024, en base a los datos de los estados financieros desde individuales de las tres mutuales mencionadas al principio de esta sección.

Es pertinente recordar que, como se mencionó, los gastos e ingresos por prestaciones médicas a terceros son iguales, ya que según el artículo 6 del decreto 33 no pueden generan beneficios por estas

actividades. En el caso de la ACHS y de la Mutual de Seguridad el ingreso por venta de servicios médicos a terceros es igual al costo contabilizado para todos los años analizados, y en el caso del IST los estados financieros muestran una diferencia que ha generado un beneficios y pérdidas en el período analizado.

ACHS

En 2024 la ACHS tuvo gastos por prestación de servicios médicos a terceros por un total de 76.798 millones de pesos. Como se puede ver en la tabla 1, estos gastos han aumentado desde 40.085 millones de pesos en 2019. Respecto a los gastos por prestaciones médicas a los afiliados a la mutual, incluida la variación de reservas, en 2024 fueron de 242.695 millones de pesos, y han aumentado sostenidamente desde 158.597 millones de pesos en 2019. Los ingresos contabilizados por ventas de servicios médicos a terceros son todos los años iguales a los gastos por la prestación de estos servicios.

Por otro lado, en la tabla 1 también se muestra la proporción de gasto en servicios médicos a terceros sobre el total de gastos en servicios médicos a afiliados y a terceros. Como se puede ver, el gasto en servicios médicos a terceros ha variado entre un mínimo del 20,2% en 2019 y un máximo del 26,4% en 2021.

Tabla 1. Gastos por prestaciones médicas a afiliados y a terceros de la ACHS. Millones de pesos

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prestaciones médicas a afiliados	158.219	148.257	141.279	178.044	222.061	244.255
Variación de la reserva por prestaciones médicas por otorgar	378	80	19.082	13.210	-9.575	-1.560
Prestaciones médicas a terceros	40.085	45.338	55.828	68.692	67.107	76.798
Porcentaje venta a terceros sobre el total	20,2%	23,4%	25,8%	26,4%	24,0%	24,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de ACHS (2025, 2023, 2021).

Mutual de Seguridad

En 2024 la Mutual de Seguridad tuvo gastos por prestación de servicios médicos a terceros por un total de 70.640 millones de pesos. Estos gastos han aumentado desde 45.937 millones de pesos en 2019, como se muestra en la tabla 1. Respecto a los gastos por prestaciones médicas a los afiliados a la mutual, sumadas la variación de reservas para prestaciones, en 2024 fueron de 207.927 millones de pesos, con un aumento desde los 141.193 millones de pesos en 2019. Los ingresos contabilizados por ventas de servicios médicos a terceros son todos los años iguales a los gastos por la prestación de estos servicios.

Como en el caso anterior, en la tabla 2 se muestra la proporción de gasto en servicios médicos a terceros sobre el total de gastos en servicios médicos a afiliados y a terceros. Así, el gasto en servicios médicos a terceros ha variado entre un mínimo del 22,7% en 2020 y un máximo del 31,2% en 2021.

Tabla 2. Gastos por prestaciones médicas a afiliados y a terceros de la Mutual de Seguridad. Millones de pesos

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prestaciones médicas a afiliados	140.973	152.951	148.136	168.711	201.661	202.830
Variación de la reserva por prestaciones médicas por otorgar	220	-21	492	3.542	2.114	5.097
Prestaciones médicas a terceros	45.937	45.032	67.291	68.478	69.170	70.640
Porcentaje venta a terceros sobre el total	24,5%	22,7%	31,2%	28,4%	25,3%	25,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de Mutual de Seguridad (2025, 2023, 2021).

IST

Finalmente, respecto al IST, en 2024 tuvo gastos por prestación de servicios médicos a terceros por un total de 19.110 millones de pesos. En la tabla 3 se puede ver cómo estos gastos han aumentado de manera sostenida desde los 4.704 millones de pesos en 2019. Por el lado de los gastos por prestaciones médicas a los afiliados a la mutual y variaciones de reservas por prestaciones médicas, disminuyeron desde los 45.065 millones de pesos en 2019 hasta los 37.194 millones en 2021 y luego aumentaron hasta los 50.333 millones en 2024.

En la tabla 3 se muestra la proporción de gasto en servicios médicos a terceros sobre el total de gastos en servicios médicos a afiliados y a terceros. Como se puede ver, ha habido un aumento desde el 9,5% en 2019 hasta un 27,5% en 2024, con un máximo del 29,1% en 2021.

Tabla 3. Gastos por prestaciones médicas a afiliados y a terceros del IST. Millones de pesos

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prestaciones médicas a afiliados	45.056	38.176	37.179	46.570	50.256	50.333
Variación de la reserva por prestaciones médicas por otorgar	8	6	15	32	0	0
Costo de prestaciones médicas a terceros	4.704	9.088	15.268	16.162	19.651	19.110
Porcentaje venta a terceros sobre el total	9,5%	19,2%	29,1%	25,8%	28,1%	27,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de IST (2025, 2023, 2021).

A diferencia de lo mostrado para las otras dos mutuales, en los estados financieros del IST existen diferencias entre los ingresos por ventas de servicios médicos a terceros y los gastos por el costo de estas prestaciones. Como se ve en la tabla 4, hubo diferencias entre los ingresos por ventas de servicios médicos a terceros y el costo de las prestaciones médicas a terceros que generaron una utilidad en 2019, 2020, 2021, 2022 y 2024 y una pérdida en 2023.

Tabla 4. Gastos e ingresos por prestaciones médicas a afiliados y a terceros del IST. Millones de pesos

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Costo de prestaciones médicas a terceros	4.704	9.088	15.268	16.162	19.651	19.110
Variación de la reserva por prestaciones médicas por otorgar	8	6	15	32	0	0
Ventas de servicios médicos a terceros	9.337	9.169	15.814	16.633	19.397	19.161
Utilidad o pérdida del ejercicio[6]	4.633	81	546	471	-254	51

Fuente: Elaboración propia a partir de IST (2025, 2023, 2021).

Como se menciona en los estados financieros del 2024, “IST es una entidad sin fines de lucro, y los ingresos relacionados con la Ley 16.744, han sido clasificados como ingresos no renta. No obstante, lo anterior, los ingresos por “Ventas de servicios a terceros” sí se encuentran afectos, por lo cual, se provisionan los impuestos a la renta, sobre base devengada, sólo para los ingresos afectos mencionados.” (IST 2025, p .14).

4. Composición de los ingresos por prestaciones médicas a terceros

En esta última sección se muestran las diez principales ventas de prestaciones médicas a terceros en 2024 por grupos de clasificación según el formato exigido por la SUSESO en la nota 44 del capítulo 3 del libro VIII del Compendio de normas (SUSESO 2018c, p. 68). Se muestran los ingresos por ventas y no los costos por ventas porque en el segundo caso los gastos de administración, las amortizaciones y la depreciación se contabilizan por separado y los datos no permiten distribuir estos gastos devengados a cada grupo de prestación. Hay que tener presente que el total de ingresos no es igual a la suma de las categorías porque solo se muestran diez de las treinta y unas categorías que la SUSESO exige contabilizar.

Es pertinente aclarar dos aspectos. En primer lugar, dos de las categorías que implican un ingreso importante por venta de servicios a terceros son la atención cerrada y la atención abierta. Si bien no se explicita en los estados financieros, las memorias ni en el compendio de normas de la SUSESO, se puede deducir que estas categorías se refieren a las atenciones de urgencia. Según el Decreto 369 de 1986 del Ministerio de Salud, la atención médica de urgencia se clasifica como cerrada, la cual implica la internación del paciente, y como abierta, la cual es ambulatoria (Decreto 369, artículo 3). Por lo tanto, cuando se mencione en las siguientes tablas atención cerrada y atención abierta debe entenderse atención de urgencia con internación y atención de urgencia ambulatoria, respectivamente.

[6] Se utiliza el término utilidad y pérdida porque es el que se usa en los estados financieros de 2024 del IST, sin perjuicio de lo mencionado más arriba que según el artículo 6 del decreto 33 en el valor de las prestaciones extendidas que se entregan a no afiliados a la mutual “solo considerará la reposición o reembolso del gasto y no involucrará utilidad”.

En segundo lugar, la prestación médica a terceros más importante en las tres mutuales es los exámenes preocupacionales. Estos exámenes son evaluaciones de salud previas al inicio de la relación laboral y no están cubiertos por el seguro de la Ley 16.744, “aunque una vez iniciada la relación laboral, la información sobre la condición de salud y/o los resultados de los exámenes realizados por el organismo administrador respectivo en el contexto de dicha evaluación preocupacional, serán consideradas como una evaluación ocupacional, a fin de establecer la periodicidad de su reevaluación u otras acciones.” (SUSESO 2018d).

ACHS

Como se puede ver en la tabla 4, los principales ingresos por ventas de servicios médicos a terceros de la ACHS son los exámenes preocupacionales, otras prestaciones, ortopedia y traumatología, las atenciones abiertas, las atenciones cerradas y la imagenología.

Tabla 4. Ingresos por ventas de los principales tipos de prestaciones médicas a terceros. Millones de pesos. 2024

Descripción del servicio	Ingresos
Exámenes preocupacionales	36.924
Otras prestaciones o servicios médicos	24.390
Ortopedia y traumatología	4.284
Atención abierta	3.351
Atención cerrada	3.089
Imagenología	1.755
Kinesiología y terapia ocupacional	1.450
Psiquiatría y psicología clínica	1.037
Exámenes de laboratorio	206
Cirugía plástica y reparadora	76
Total ingresos por ventas de servicios médicos a terceros	**76.798**

Fuente: elaboración propia a partir de ACHS (2025, p. 96).

Mutual de Seguridad

En la tabla 5 se muestran los principales ingresos por ventas de servicios médicos a terceros de la Mutual de Seguridad son las otras prestaciones médicas, los exámenes preocupacionales, la ortopedia y traumatología, la atención abierta, la atención cerrada y la imagenología.

Tabla 5. Ingresos por ventas de los principales tipos de prestaciones médicas a terceros. Millones de pesos. 2024

Descripción del servicio	Ingresos
Otras prestaciones o servicios médicos	30.472
Exámenes preocupacionales	25.738
Ortopedia y traumatología	4.673
Atención abierta	3.079
Atención cerrada	1.764
Imagenología	1.522
Neurología y neurocirugía	672
Exámenes de laboratorio	542
Kinesiología y terapia ocupacional	492
Prótesis, ortesis y dispositivos médicos	315
Total ingresos por ventas de servicios médicos a terceros	**70.640**

Fuente: elaboración propia a partir de Mutual (2025, p. 109).

IST

Finalmente, en la tabla 6 se muestran los principales ingresos por ventas de servicios médicos a terceros del IST. Como se puede ver, las principales categorías de ventas son los exámenes preocupacionales, la ortopedia y traumatología, la imagenología y la atención cerrada.

Tabla 5. Ingresos por ventas de los principales tipos de prestaciones médicas a terceros. Millones de pesos. 2024

Descripción del servicio	Ingresos
Exámenes preocupacionales	5.427
Pago asociado a diagnóstico (PAD)	3.953
Ortopedia y traumatología	2.957
Imagenología	2.346
Atención cerrada	1.787
Prótesis, ortesis y dispositivos médicos	871
Atención abierta	716
Cirugía plástica y reparadora	425
Kinesiología y terapia ocupacional	199
Gastroenterología	168
Total ingresos por ventas de servicios médicos a terceros	**19.161**

Fuente: elaboración propia a partir de IST (2025, p. 96).

Referencias

ACHS (2021). Estados financieros al 31 de diciembre de 2020. Asociación Chilena de Seguridad. Disponible en https://c.bcn.cl/IwvcvF (consultado el 1 de septiembre de 2025).

ACHS (2023). Estados financieros al 31 de diciembre de 2022. Asociación Chilena de Seguridad. Disponible en https://c.bcn.cl/rt6mxp (consultado el 1 de septiembre de 2025).

ACHS (2025). Estados financieros consolidados por los años terminados al 31 de diciembre de 2024 y 2023 e informe del auditor independiente. Asociación Chilena de Seguridad. Disponible en https://c.bcn.cl/8jp2lo (consultado el 1 de septiembre de 2025).

IST (2023). Estados Financieros IFRS Correspondientes al 31 de diciembre de 2022 y 2021. Instituto de Seguridad del Trabajo. Disponible en https://www.suseso.cl/609/articles-706036_archivo_01.pdf (consultado el 2 de septiembre de 2025).

IST (2023). Estados Financieros IFRS Correspondientes al 31 de diciembre de 2020 y 2019. Instituto de Seguridad del Trabajo. Disponible en https://c.bcn.cl/Gv35Yz (consultado el 2 de septiembre de 2025).

IST (2025). Estados Financieros IFRS correspondientes al 31 de diciembre de 2024 y 2023. Instituto de Seguridad del Trabajo. Disponible en https://c.bcn.cl/nwmKbh (consultado el 2 de septiembre de 2025).

Mutual (2021). Estados financieros. 31 de diciembre de 2020 y 2019. Disponible en https://c.bcn.cl/IwvcvF (consultado el 2 de septiembre de 2025).

Mutual (2023). Estados financieros por los años terminados al 31 de diciembre de 2022 y 2021 e informe del auditor independiente. Disponible en https://c.bcn.cl/rt6mxp (consultado el 2 de septiembre de 2025).

Mutual (2025). Estados Financieros al 31 de diciembre de 2024 y 2023 y por los años terminados en esas fechas. Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción. Disponible en https://c.bcn.cl/hH2A0b (consultado el 2 de septiembre de 2025).

SUSESO (2018a). Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Libro VII. Libro VII. Aspectos operacionales y administrativostítulo. II. Gestión interna de los organismos administradores. Constitución y modificación de sociedades u organismos filiales. Disponible en https://c.bcn.cl/rFSQG6 (consultado el 3 de septiembre de 2025).

SUSESO (2018b). Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Libro V. Prestaciones médicas. Título I Generalidades B. Prestaciones de la ley 16.744. Disponible en https://c.bcn.cl/rHCBrH (consultado el 3 de septiembre de 2025).

SUSESO (2018c). Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Libro VIII. Aspectos financiero contables. Disponible en https://c.bcn.cl/S6pcoG (consultado el 26 de agosto de 2025).

SUSESO (2018d). Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Libro IV. Prestaciones preventivas. Título II Responsabilidades y obligaciones de los organismos administradores y de los administradores delegados. F. Evaluación ambiental y de salud.

CAPÍTULO I. Aspectos generales. 1. Evaluaciones médicas preocupacionales. Disponible en https://c.bcn.cl/ubiOj4 (consultado el 8 de septiembre de 2025).

Normativa

Decreto 33. Aprueba reglamento del artículo 29º del D. L. N.º 1.819, de 1977. Disponible en https://bcn.cl/3prge (consultado el 28 de agosto de 2025).

Decreto 369. Aprueba reglamento del régimen de prestaciones de salud. Ministerio de salud. Disponible en https://bcn.cl/2gx3v (consultado el 8 de septiembre de 2025).

Decreto 67. Aprueba reglamento para aplicación de artículos 15 y 16 de Ley nº16.744, sobre exenciones, rebajas y recargos de la cotización adicional diferenciada. Disponible en: https://bcn.cl/2icle (consultado el 5 de septiembre de 2025).

Decreto ley 1.819. Dispone suplementos al presupuesto general de la nación y establece normas de carácter presupuestarias, financieras y de personal del Ministerio de Hacienda del 11 de junio de 1977. Disponible en https://bcn.cl/3f707 (consultado el 4 de septiembre de 2025).

Decreto Supremo 10. Decreto 101 aprueba reglamento para la aplicación de la ley nº 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales Disponble en: https://bcn.cl/2f874 (consultado el 5 de septiembre de 2025).

Ley 16.395. Ley de organización y atribuciones de la Superintendencia de Seguridad Social. Disponible en: https://bcn.cl/2m3sn (consultado el 8 de septiembre de 2025.

Ley 16.744. Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Disponible en: https://bcn.cl/24k96 (consultado el 8 de septiembre de 2025).

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.

Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)