

TEXTO CON CONTROL DE CAMBIO

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

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES

TÍTULO I. Denuncias/ A. Denuncia de Accidente de Trabajo y de Enfermedad Profesional

CAPÍTULO IV. Ingreso a un centro asistencial de salud

El ingreso a los servicios asistenciales que correspondan al organismo administrador, de los trabajadores dependientes o independientes que hubiesen sido víctimas de un accidente presuntamente del trabajo o presenten síntomas de una posible enfermedad profesional, deberá ser respaldado por la respectiva DIAT o DIEP, según corresponda. De igual forma, los administradores delegados deberán respaldar el ingreso a los servicios asistenciales de sus trabajadores, con la respectiva DIAT o DIEP.

En el evento que el empleador no cumpla con la obligación de enviar al trabajador accidentado al establecimiento asistencial del organismo administrador que le corresponda o que las circunstancias en que ocurrió el accidente impidan que aquél tome conocimiento del mismo, el trabajador podrá concurrir por sus propios medios y denunciar el accidente, debiendo ser atendido de inmediato. En estos casos, el organismo administrador le indicará que debe informar a su empleador sobre la ocurrencia de este hecho tan pronto sea posible. Lo anterior, sin perjuicio de las gestiones que dicho organismo debe realizar para informarle del accidente a la entidad empleadora.

Cuando se trate de un trabajador de un administrador delegado, el prestador médico que atendió al trabajador accidentado, deberá efectuar todas las gestiones destinadas a informar al área correspondiente de este hecho. Para estos efectos, los administradores delegados deberán establecer mecanismos de comunicación y control con sus propios servicios médicos, así como con sus prestadores en convenio.

El trabajador independiente, sea del artículo 88 o 89 de la Ley N°20.255, que tenga derecho a recibir las prestaciones de la Ley N°16.744 y sufra un accidente del trabajo o de trayecto, deberá concurrir o ser trasladado inmediatamente al establecimiento asistencial del organismo administrador al que se encuentre afiliado o adherido o a los establecimientos con los que éstos tengan convenio.

Los pacientes que ingresan a los servicios médicos de un organismo administrador o de un administrador delegado o de aquellos con los que éste tenga convenio, deberán ser advertidos e informados que en el evento que su dolencia se califique como de origen común, deberán pagar el valor de las prestaciones que no sean cubiertas por su sistema previsional de salud común (FONASA e ISAPRE).

~~Para ello, previo a la entrega de la atención médica, el organismo administrador pondrá a disposición del trabajador un formulario de advertencia, cuyo formato se establece en el Anexo N°1 "Formulario de Advertencia -Trabajador Dependiente", el cual deberá ser suscrito por el trabajador en señal de conocimiento, en la medida que su estado de salud y conciencia lo permita.~~

Para ello, previo a la entrega de la atención médica, el organismo administrador pondrá a disposición de la persona trabajadora un *formulario de advertencia* debiendo insistir en la importancia que lea atentamente el contenido del mismo, cuyo formato se establece en el Anexo N°1: "Formulario de advertencia - Trabajador Dependiente" o en el Anexo N°2: "Formulario de advertencia -Trabajador Independiente", según corresponda, ambos de la Letra C, Título I del presente Libro III. Este formulario deberá ser suscrito por la persona trabajadora en señal de conocimiento de la información que allí se indica, en la medida que su estado de salud y conciencia lo permita.

Si ~~el trabajador~~la persona trabajadora se negare a suscribir dicha advertencia, o no pudiese hacerlo por cualquier otro motivo, el organismo administrador o el administrador delegado, deberá dejar constancia por escrito de tal situación y otorgarle de igual modo atención médica.

~~Además, se deberá consultar al trabajador dependiente o independiente, según corresponda, si desea ser notificado electrónicamente de las resoluciones de calificación de su accidente o enfermedad, de las que deban emitir las mutualidades de empleadores sobre la evaluación de su incapacidad permanente y, en general, de cualquier comunicación o decisión de la que deban ser notificado con motivo del otorgamiento de las prestaciones médicas o económicas a que tenga derecho. El organismo administrador y administrador delegado, según corresponda, deberá informar a la persona trabajadora la posibilidad de ser notificado electrónicamente, de las resoluciones de calificación de su accidente o enfermedad, de las que deben emitir las mutualidades de empleadores sobre la evaluación de su incapacidad permanente y, en general, de cualquier comunicación o decisión de la que deban ser notificado con motivo del otorgamiento de las prestaciones médicas o económicas a que tenga derecho. En el evento que la persona trabajadora consienta ese tipo de notificación, deberá manifestarlo en el formulario de advertencia, según lo señalado en el Anexo N°1: "Formulario de advertencia -Trabajador Dependiente" o en el Anexo N°2: "Formulario de advertencia -Trabajador Independiente", según corresponda, ambos de la Letra C, Título I del presente Libro III. Además, se deberá advertir que será su responsabilidad mantener actualizadas la/s dirección/es de correo electrónico e informar oportunamente, su voluntad de revocar dicho consentimiento o cualquier circunstancia que impida o dificulte la notificación por esa vía.~~

~~Si su respuesta es afirmativa, el organismo administrador deberá poner a su disposición un formato de declaración en la que exprese su consentimiento e indique una o más direcciones de correo para ser notificado electrónicamente. En el mismo documento, se le deberá advertir que será su responsabilidad mantener actualizadas sus direcciones de correo electrónico e informar oportunamente su voluntad de revocar su consentimiento o cualquier circunstancia que impida o dificulte su notificación por esa vía. A su vez, será responsabilidad del organismo administrador conservar el documento físico o electrónico donde conste el referido consentimiento.~~

Asimismo, los organismos administradores deberán posibilitar de que, previa autenticación, los trabajadores dependientes e independientes puedan manifestar dicho consentimiento a través de las plataformas electrónicas habilitadas para interactuar con ellos.

Tratándose de los trabajadores independientes, el organismo administrador deberá verificar el cumplimiento por éstos de los requisitos para tener derecho a las prestaciones de la Ley N°16.744, previo a su otorgamiento, por lo que debe disponer de sistemas de información que le permitan comprobarlo.

~~Con todo, si al momento de la admisión no es posible tener certeza de su cumplimiento, por ejemplo, cuando no aparecen acreditadas las cotizaciones que el trabajador refiere haber enterado, el organismo administrador deberá otorgarle las prestaciones de la Ley N°16.744, mientras verifica su pago. En todo caso, deberá advertir al trabajador, utilizando el formulario de advertencia contenido en el Anexo N°2 Formulario de Advertencia -Trabajadores Independientes que, en el evento de constatarse que no tiene derecho a las prestaciones, deberá solventar su valor con cargo a la cobertura de su régimen de salud común o en forma particular, según corresponda. Dicho formulario deberá ser suscrito por el trabajador, salvo que su estado de salud o conciencia, se lo impidan. Con todo, si al momento de la admisión no es posible tener certeza de su cumplimiento, por ejemplo, cuando no aparecen acreditadas las cotizaciones que la persona trabajadora refiere haber enterado, el organismo administrador deberá otorgarle las prestaciones de la Ley N°16.744, mientras verifica su pago. En el evento de constatarse que no tiene derecho a las prestaciones, deberá solventar su valor con cargo a la cobertura de su régimen de salud común o en forma particular, según corresponda, información que es parte del formulario de advertencia, antes señalado."~~

La omisión de la presentación del formulario de registro por parte de los trabajadores independientes que comenzaron a cotizar para el seguro de la Ley N°16.744 antes de la entrada en vigencia de la Ley N°20.894, no impide su cobertura, sin perjuicio de la obligación del organismo administrador, de subsanar dicha omisión. El mismo criterio debe aplicarse respecto de los trabajadores independientes obligados a cotizar para el Seguro de la Ley N°16.744, que se entiendan afiliados al ISL conforme a lo dispuesto en el penúltimo inciso del artículo 88, de la Ley N°20.255, en la medida que sus cotizaciones para dicho seguro se encuentren íntegramente pagadas.

Si un trabajador no cumple los requisitos para tener derecho a las prestaciones de la Ley N°16.744, el organismo administrador, junto con notificarle dicha circunstancia, deberá informarle que puede acudir a su sistema de salud común o atenderse en forma privada.

Si el trabajador requiere ser atendido de urgencia, es decir, cuando debido a su condición de salud o cuadro clínico, implique riesgo vital o secuela funcional grave para éste, de no existir una atención médica inmediata, la referida atención le será proporcionada de inmediato y sin que para ello sea necesario ninguna formalidad o trámite previo.

En forma excepcional, habida consideración de la urgencia del caso o cuando la cercanía del lugar en donde ocurrió el accidente y su gravedad así lo requiera, el trabajador podrá ser trasladado, en primera instancia, para su estabilización, a un centro asistencial que no sea el que corresponda al respectivo organismo administrador.

Para el efecto señalado en el párrafo precedente, se entenderá por urgencia, cuando la condición de salud o cuadro clínico del trabajador, implique riesgo vital y/ o de secuela funcional grave, de no recibir atención médica inmediata.

Para que el trabajador pueda ser posteriormente trasladado a un centro asistencial de su organismo administrador o con el que tenga convenio, se requerirá la autorización escrita del médico que actúe por encargo de dicho organismo administrador.

TÍTULO I. Denuncias / Letra C. Anexos



Anexo N°1: Formulario de advertencia – Trabajador dependiente [\[Se reemplaza\]](#)



Anexo N°2: Formulario de Advertencia - Trabajadores Independientes [\[Se reemplaza\]](#)



Anexo N°38: Instrucciones para completar la zona B de las Licencias Médicas Tipo 5 o 6



[Anexo N°39: Contenido mínimo del Folleto Informativo cuando el accidente o enfermedad es calificada como de origen común o no laboral \[Se incorpora\]](#)

TÍTULO II. Calificación de accidentes del trabajo/A. Accidente del trabajo/CAPÍTULO IV. Calificación del origen de los accidentes

1. Procedimiento de calificación de accidentes

Los organismos administradores y administradores delegados deberán contar con un procedimiento escrito para la determinación del origen de los accidentes.

El referido procedimiento deberá regular la gestión de las denuncias y de los medios probatorios que permitan confirmar o descartar el origen laboral de un accidente. Asimismo, deberá precisar las acciones que debe adoptar el organismo [administrador y el administrador delegado, según corresponda](#), para

efectuar la calificación y describir los roles y responsables de cada una de las etapas de dicho proceso. Asimismo, deberá contemplar la forma en que se procederá a la investigación de aquellos accidentes en los que existan versiones contradictorias por parte ~~del trabajador~~ de la persona trabajadora y ~~del empleador de la entidad empleadora~~, considerando, por lo menos, el análisis de la compatibilidad del mecanismo lesional con la afección que presenta ~~el trabajador~~ la persona trabajadora, la hora en que habría ocurrido el accidente, entre otros.

En todo caso, el procedimiento deberá contemplar la emisión de un informe que contenga los fundamentos médicos y/o administrativos que justifiquen la calificación que se efectúe con posterioridad a la primera atención, cuando éstos no se hayan consignado previamente en la ficha clínica. En el caso de los accidentes calificados como de origen común, el informe señalado deberá contener los datos establecidos en el [Anexo N°3 "Fundamentos de la calificación de origen común de accidente del trabajo o de trayecto"](#), de la Letra D ~~del presente Título II, el que~~, [Título II del presente Libro III . Una copia del mencionado informe deberá ser entregado a la persona trabajadora, por lo que deberá ser elaborado en lenguaje claro, esto es, una redacción simple y eficiente que permita entender con facilidad los fundamentos médicos y/o administrativos señalados, evitando el uso de abreviaturas, en especial los términos médicos. Además, éste](#) deberá ser remitido al SISESAT mediante el [Anexo N°60 "Documento electrónico de fundamentos de la calificación de origen común de accidente del trabajo o de trayecto"](#), de la Letra H, Título I del Libro IX, en el plazo señalado en el Capítulo XV, Letra B, Título I del Libro IX de este Compendio.

Este procedimiento deberá ser conocido por el Directorio de las mutualidades, el Director del Instituto de Seguridad Laboral o el Directorio u órgano equivalente de las empresas con administración delegada, según corresponda, y remitido a la Superintendencia de Seguridad Social para su conocimiento, hasta el último día hábil del mes siguiente al de la modificación. Además, el referido procedimiento deberá ser publicado en el sitio web del organismo administrador de manera permanente, incluyendo un resumen o flujograma que sistematice sus principales pasos.

De la misma manera, las modificaciones que se introduzcan al procedimiento de calificación deberán ser remitidas a la Superintendencia de Seguridad Social para su conocimiento.

2. Calificación durante la primera atención médica

La determinación del origen de un accidente podrá ser efectuada por el médico del organismo administrador o del administrador delegado al momento de otorgarse la primera atención ~~al trabajadora~~ la persona trabajadora, en un servicio de urgencia, en los servicios asistenciales ubicados en las agencias del organismo administrador o en un policlínico situado en una empresa, sólo cuando dicha calificación pueda realizarse en base a los antecedentes médicos disponibles, incluido el relato debidamente suscrito por ~~el trabajador~~ la persona trabajadora o lo señalado por ~~el empleador~~ la entidad empleadora en la respectiva DIAT, sin necesidad de contar con alguna otra información adicional. Tratándose de ~~trabajadores~~ personas trabajadoras de entidades empleadoras afiliadas al ISL o adheridas a una ~~mutual~~ mutualidad, o de empresas con administración delegada y que hubieren sido atendidos por un prestador médico en convenio, la calificación deberá ser efectuada por un médico del respectivo organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, y no procederá la delegación de esta facultad en los médicos de los prestadores en convenio.

El profesional del organismo administrador o del administrador delegado deberá consignar en la ficha clínica los fundamentos médicos que justifiquen la calificación efectuada, pronunciándose, además, respecto de la compatibilidad del mecanismo lesional descrito con el diagnóstico formulado y dejando constancia de los exámenes de laboratorio y/o imágenes que se hayan tenido a la vista para efectuar la calificación del accidente. Adicionalmente, el profesional médico deberá explicar ~~al trabajador~~ la persona

trabajadora, de manera clara y comprensible, los fundamentos de la calificación médica realizada. Lo señalado en el presente párrafo deberá aplicarse, ~~a lo menos~~, en todos aquellos accidentes que sean calificados como de origen común, sin perjuicio de que el organismo administrador o del administrador delegado podrá hacerlo extensivo también a los accidentes calificados como de origen laboral.

Una vez efectuada la calificación, el médico deberá emitir la Resolución de Calificación (RECA) inmediatamente, entregando una copia al trabajador.

Tratándose de casos calificados como de *origen común o no laboral*, conjuntamente con la entrega de la Resolución de Calificación (RECA), el organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, deberá poner a disposición de la persona trabajadora un folleto informativo que tenga por objeto orientar al interesado respecto a qué acciones deberá seguir cuando el accidente del trabajo o de trayecto sea calificado como *No Laboral*. Esta información podrá ser entregada en forma física (folleto impreso) o vía electrónica. En caso de un correo electrónico, se requiere previamente haber dado su consentimiento. La información a entregar por esta vía, también podrá ser adjuntando un *video educativo e informativo*. En todo caso, cualquiera sea el medio, la información deberá contener, como mínimo, los elementos indicados en el Anexo N°39: “Contenido mínimo del folleto informativo cuando el accidente o enfermedad es calificado como de origen común o No Laboral”, de la Letra C, del Título I, del presente Libro III.

Respecto al envío de un *video educativo e informativo*, mediante un correo electrónico, el organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, deberá tener presente los sistemas de seguridad para el usuario, especialmente cuando acceda al link del video, señalando a modo de ejemplo, un mensaje destacado: “Importante: por su seguridad, para abrir el video, requerirá de una contraseña que corresponde a los 4 últimos dígitos de su Run (sin dígito verificador)” u otro mecanismo de resguardo.

(.....)

TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales/A. Protocolo General/CAPÍTULO IV. Proceso de calificación

1. Inicio del proceso

(.....)

5. Resolución de calificación

El pronunciamiento del médico de urgencia, del Médico del Trabajo o del Comité de Calificación, según corresponda, deberá formalizarse mediante la emisión de una Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA), que podrá ser suscrita por alguno de los médicos calificadores.

Dicha resolución, en su versión impresa, deberá ser notificada ~~al trabajador evaluado~~ a la persona evaluada y a su entidad empleadora, dentro de los 5 días hábiles siguientes a su emisión. De igual modo, si en virtud de un dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social o actuando de propia iniciativa, recalifican el origen común o laboral de la patología, deberán notificarles la nueva resolución, dentro del mismo plazo.

La notificación al trabajador podrá efectuarse personalmente, dejando constancia de la fecha en que ésta se realice, por correo electrónico a los trabajadores que consientan expresamente en ser notificados por esa vía o a través de carta certificada, a la dirección que el trabajador señale al momento de solicitar atención médica por primera vez en los servicios asistenciales del organismo administrador o de sus prestadores médicos en convenio, respecto de la patología objeto de calificación.

El calificador deberá elaborar un informe con los fundamentos de la calificación y los demás datos indicados en el [Anexo N°6: "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la enfermedad"](#) de la [Letra H, Título III del Libro III](#). Se entenderá por fundamento de la calificación la expresión de un juicio experto que considere todos los elementos evaluados y que, en forma consistente con dichos elementos, concluya en la declaración de origen laboral o común de la enfermedad evaluada. Dicho informe deberá ser entregado a la persona trabajadora y ser elaborado en lenguaje claro y comprensible, esto es, una redacción simple y eficiente que permita a las personas entender con facilidad los fundamentos contenidos. Se exceptúan de esta obligación los casos calificados por el médico de urgencia, conforme a lo establecido en el número 1. Médico de urgencia, Capítulo II, Letra A, Título III del Libro III. Sin embargo, en tales casos, el profesional deberá explicar a la o el trabajador los fundamentos de la calificación médica, en un lenguaje claro y comprensible, según los términos previamente señalados.

El documento de los fundamentos de calificación deberá ser enviado a la Superintendencia de Seguridad Social mediante el documento electrónico establecido en el [Anexo N°50 "Documento electrónico de los fundamentos de la calificación de la enfermedad"](#), de la [Letra G, Título I del Libro IX](#).

En caso que, el trabajador evaluado haya contraído la enfermedad en una entidad empleadora adherida o afiliada a otro organismo administrador, deberá notificar la RECA a dicho organismo y, por intermedio de éste, a esa entidad empleadora.

6. Situaciones especiales

Si ~~el trabajador~~ la persona trabajadora no se presenta a la evaluación clínica, después de haber sido citado hasta en dos oportunidades o si rechaza someterse a ésta, la patología deberá ser calificada como tipo 12: "No se detecta enfermedad" y en el campo "diagnóstico" se deberá consignar: "Abandono o rechazo de la atención" y registrarse el código CIE -10 "Z03.9". En lo que respecta a las citaciones, éstas deberán ser realizadas por medio de carta certificada al domicilio de la persona trabajadora o por correo electrónico, en el evento que haya consentido el uso de dicho medio para ser notificada. En cuanto al "Abandono o rechazo de la atención" para someterse al proceso de evaluación, el organismo administrador deberá mantener como medio de prueba las citaciones realizadas, y en caso de rechazo expreso, deberá constar en un documento firmado por la persona trabajadora.

Si con posterioridad al diagnóstico y antes que el ente calificador disponga de los elementos de juicio suficientes para calificar el origen de la enfermedad, el trabajador rechaza continuar con el proceso de evaluación, el caso será calificado con los antecedentes disponibles, consignando el diagnóstico y su correspondiente código CIE-10. A su vez, en el campo "indicaciones" se deberá señalar: "Calificación realizada con antecedentes parciales por abandono del proceso de calificación". Asimismo, en caso que el trabajador independiente se oponga a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo, el organismo administrador deberá calificar la enfermedad con los antecedentes de que disponga, señalando en el campo "indicaciones": "Calificación realizada con antecedentes parciales por obstaculización del trabajador independiente a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo".

De igual modo, si con posterioridad al establecimiento de un diagnóstico y previo a su calificación, la entidad en la que se desempeña el trabajador independiente, después de haber sido requerido hasta en dos oportunidades, mediante carta certificada, correo electrónico u otro medio escrito, se opone a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo o no acusa recibo de las citaciones, la enfermedad deberá ser calificada como enfermedad profesional (tipo 3) o enfermedad laboral sin incapacidad temporal o permanente (tipo 5), según corresponda, salvo que se disponga de antecedentes suficientes que acrediten su origen común. Además de consignar el diagnóstico y su correspondiente código CIE 10, se deberá incorporar en el campo "indicaciones" la siguiente observación: "Calificación realizada con antecedentes parciales por obstaculización de la entidad en la que se desempeña el trabajador independiente a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo".

A su vez, en el caso de ~~los trabajadores~~ las personas trabajadoras dependientes si ~~el empleador~~ la entidad empleadora se opone a la realización de las evaluaciones de las condiciones de trabajo o no acusa recibo de las citaciones, se le deberá prescribir que dentro de un plazo no superior a 5 días hábiles, contados desde la notificación de esa prescripción, otorgue las facilidades necesarias para la realización del estudio o evaluación del puesto de trabajo. Si al término de ese plazo ~~el empleador~~ la entidad empleadora persiste en su negativa, el caso deberá ser calificado como "enfermedad profesional" (tipo 3) o "enfermedad laboral sin incapacidad temporal o permanente" (tipo 5), según corresponda, salvo que se disponga de antecedentes suficientes que acrediten su origen común, consignándose en el campo "indicaciones" de la resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (RECA) la siguiente observación: "Calificación realizada con antecedentes parciales por obstaculización de la entidad empleadora a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo". Además, se deberá recargar, en forma inmediata, su tasa de cotización adicional diferenciada por un período de 3 meses, dictando al efecto una resolución conforme a lo instruido en la letra d), [número 2, Capítulo IV, Letra B, Título II, del Libro II](#).

Si dentro de los 90 días hábiles siguientes a la notificación de la RECA, la entidad empleadora solicita a su organismo administrador reconsiderar la calificación de la enfermedad, dicha solicitud solo podrá ser admitida a trámite en la medida que manifieste su consentimiento para la realización del estudio de puesto de trabajo o que acredite que por una situación de fuerza mayor u otra circunstancia que no le es imputable, no pudo dar respuesta a las citaciones que le fueron cursadas. Cumplida esa condición el organismo administrador deberá realizar el estudio de puesto de trabajo y con el mérito de sus resultados, acoger o rechazar la reconsideración. En el mismo supuesto, se deberá rebajar a 2 meses la aplicación del recargo, por haber cesado la causa que le dio origen.

Lo instruido en los párrafos precedentes, respecto de las situaciones en que por oposición o falta de respuesta a las citaciones de la entidad en que presta servicios, el trabajador independiente o de la entidad empleadora del trabajador dependiente, no es posible realizar el estudio de puesto de trabajo, no será aplicable a los casos en que, conforme a lo dispuesto en el [Capítulo II, Letra A, de este Título III](#), se puede excepcional y fundadamente prescindir de ese estudio. Por ejemplo, cuando el trabajador se encuentra sometido a un programa de vigilancia de la salud.

Sin perjuicio de lo anterior, el organismo administrador deberá informar sobre la negativa del empleador, a la Inspección del Trabajo y/o a la Autoridad Sanitaria competente, mediante el formulario contenido en el [Anexo N°10 "Informa rechazo de la entidades empleadora a facilitar información"](#), de la Letra H de este Título III.

Si tanto en el caso del trabajador dependiente como del independiente que se desempeña en una entidad, existen otras circunstancias que fundadamente impiden la realización de la evaluación de puesto de trabajo, por ejemplo, el término o cierre definitivo de la faena, se deberá consignar en el campo 'indicaciones' la glosa 'Calificación realizada con antecedentes parciales debido a la existencia de otras circunstancias que impiden la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo'.

Cuando la sintomatología del trabajador no pueda atribuirse a una enfermedad específica, la dolencia deberá ser calificada como tipo 12: "No se detecta enfermedad" y en el campo diagnóstico deberá consignarse: "Sin diagnóstico establecido luego de proceso de evaluación" y registrarse con el código CIE-10 "Z71.1."

No obstante, no podrá utilizarse la calificación tipo 12: "No se detecta enfermedad", cuando se hubiere prescrito reposo laboral.

7. Derivación a régimen de salud común

Si se determina que la enfermedad es de origen común, el trabajador evaluado deberá ser citado para ser notificado que debe continuar su tratamiento en su régimen previsional de salud común (FONASA o ISAPRE), y si no se presenta a dicha citación, deberá ser notificado por carta certificada.

Además, se deberá entregar al trabajador los siguientes documentos:

- a) Resolución de calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA) versión impresa.
- b) Informe sobre los fundamentos de la calificación de la patología Anexo N°6: "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la ~~patología~~ enfermedad", de la Letra H, Título III del presente Libro III;
- c) Informe de atenciones recibidas, diagnósticos realizados y la orientación de dónde continuar sus tratamientos, según corresponda, ~~y~~
- d) Copia de los informes y exámenes clínicos practicados, y
- e) Folleto informativo, cuyo contenido mínimo se establece en el Anexo N°39: "Contenido mínimo del folleto informativo cuando el accidente o enfermedad es calificado como de origen común", de la Letra C, del Título I, del presente Libro III.

Todos los documentos individualizados precedentemente, son de carácter confidencial, salvo la resolución de calificación que, conforme a lo dispuesto en el artículo 72 letra e) del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, debe ser notificada ~~al empleador~~ a la entidad empleadora, en su versión impresa, mediante carta certificada u otro medio idóneo.

TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales / Letra E. Protocolo patologías de la voz/CAPÍTULO II. Normas especiales del proceso de calificación

1. Evaluación médica inicial

(.....)

4. Calificación del origen de patología de la voz

La calificación de origen de una patología de la voz deberá ser realizada por un Médico del Trabajo.

Solo cuando a juicio de dicho profesional, la complejidad del caso lo amerite, éste podrá convocar a un Comité de Calificación cuya conformación y funciones, se regirán por lo dispuesto en el N°3, Capítulo II, Letra A, de este Título.

Se recomienda que en este Comité participe un fonoaudiólogo y/o el profesional encargado de aplicar la evaluación de riesgo para patologías de la voz.

Tanto el Médico del Trabajo como el Comité de Calificación podrán solicitar otras evaluaciones médicas y/o exámenes complementarios adicionales, si los antecedentes para la calificación resultasen insuficientes.

Para calificar el origen de una patología de la voz, el Médico del Trabajo o el Comité de Calificación deberán contar, al menos, con todos los elementos obligatorios establecidos en el presente protocolo y los estudios complementarios que sean pertinentes.

La calificación deberá estar debidamente fundamentada mediante un informe que contenga los elementos mínimos establecidos en el [Anexo N°6 "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la ~~patología~~ enfermedad"](#).

TÍTULO IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis Ley N°16.744

A. Protocolo General

De acuerdo con lo establecido en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, si a un trabajador le es rechazada una licencia médica o un reposo médico por parte de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), del Instituto de Seguridad Laboral y de sus administradores delegados o de las mutualidades de empleadores, porque la afección invocada tiene o no un origen profesional, el trabajador afectado debe recurrir al otro organismo del régimen previsional a que esté afiliado, que no sea el que rechazó la licencia médica o el reposo médico, el cual estará obligado a cursarla de inmediato y a otorgar las prestaciones médicas y/o económicas correspondientes.

La finalidad de la citada norma legal es que no se dilate el otorgamiento de prestaciones médicas y subsidios por incapacidad laboral, por la calificación de la patología.

B. Derivación del trabajador

1. Resolución del primer organismo interviniente

Para que opere el procedimiento señalado en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, es necesaria la emisión por parte del primer organismo interviniente de una resolución que rechace la licencia médica o el reposo, fundada en que la afección invocada tiene o no origen profesional, según corresponda, y derive al trabajador al segundo organismo, con copia de dicha licencia médica rechazada o con la licencia médica de derivación, según corresponda.

La resolución deberá indicar el derecho que le asiste a los trabajadores a reclamar, ante la Superintendencia de Seguridad Social, respecto de la decisión adoptada.

El segundo organismo interviniente estará siempre obligado a cursar de inmediato la licencia o reposo médico rechazado por dicho articulado y otorgar las prestaciones médicas o pecuniarias que correspondan, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren.

Atendido que el rechazo de una licencia médica o de un reposo médico, en este caso por el origen de una enfermedad o accidente, implica la denegación de la cobertura de prestaciones por parte de la entidad actúa como primer interviniente en la aplicación del artículo 77 bis, y la derivación a un segundo interviniente. Lo anterior, involucra que el primer interviniente no podrá pronunciarse sobre la procedencia del reposo una vez que haya rechazado por aplicación del citado artículo, por cuanto dicha competencia queda radicada en el segundo interviniente. Además, este rechazo debe ser fundado, esto es, estar sustentado en antecedentes médicos concretos del respectivo trabajador que hagan plausible su eventual discusión respecto del origen de la respectiva enfermedad o accidente, ya sea ante el organismo que actúa como segundo interviniente, así como, ante la Superintendencia de Seguridad Social:

a) Caso de rechazo por organismos administradores de la Ley N°16.744

Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deben sustentar el rechazo por aplicación del artículo 77 bis, a lo menos, en los siguientes antecedentes, que deben ser remitidos, a la respectiva entidad del sistema de salud común:

- i) La resolución de calificación del accidente o enfermedad (RECA);
- ii) El informe de calificación a que se alude en el Título II (accidente del trabajo y de trayecto) y en el Título III (enfermedades profesionales) del Libro III del Compendio de Normas del Seguro de la Ley N°16.744, y
- iii) Copia de la(s) de la(s) orden (es) de reposo (s) o licencia (s) médica (s) rechazada (s) por dicho articulado, según corresponda y de copia de la licencia médica de derivación.

Además, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, al realizar la calificación del accidente o de la enfermedad, deberán dar aplicación a los criterios y plazos contenidos en el Título II y Título III, de este Libro III.

Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de los organismos administradores de remitir al Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) las Resoluciones de Calificación (RECA), en los plazos instruidos al efecto.

En el mismo plazo señalado en el párrafo anterior, esto es, 10 días corridos contados desde la emisión de la RECA, los organismos administradores deberán notificar la calificación al organismo de salud común que corresponda, es decir, a la ISAPRE en que se encuentre afiliado el trabajador o bien, tratándose de trabajadores afiliados a FONASA, a la COMPIN o Subcomisión correspondiente al domicilio del empleador, adjuntando los antecedentes ya señalados.

Por otra parte, si después de haber sido notificado del origen común de su patología, el trabajador decide continuar atendiendo en los centros médicos de alguna mutualidad, bajo la cobertura de su régimen de salud común, deberá suscribir, previo a su reingreso, el formulario cuyo formato se contiene en el Anexo N°26 "Declaración Ingreso Paciente Común" de este Título IV. En ningún caso, las prestaciones que se otorguen en esta modalidad podrán incluirse en las cartas de cobranzas que se emitan al efecto.

En aquellos casos en que con posterioridad a que el organismo administrador o la empresa con administración delegada califique el accidente o enfermedad como de origen común, se otorgue al trabajador una licencia médica tipo 5 o 6 por la misma patología que aquella que dio origen a la referida calificación, o una licencia médica tipo 1 emitida por dicha patología, que sea rechazada por el sistema de salud común, por aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, no será necesaria una nueva resolución de calificación por parte organismo administrador o la empresa con administración delegada, bastando, para estos efectos, con la emisión de una licencia médica de derivación, conforme a lo establecido en el número 2, Letra B, Título IV, de este Libro III. Sin perjuicio de lo anterior, se deberá notificar esa nueva derivación al organismo del sistema de salud común, adjuntando una copia de la RECA emitida al efectuar la primera derivación.

b) Caso de rechazo por parte de ISAPRES y COMPIN

Por su parte, los médicos contralores de las ISAPRES o de las COMPIN o Subcomisión, deben sustentar la resolución que rechaza la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis, a lo menos, en los siguientes antecedentes:

- i) Informe fundado del rechazo de la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis, el que debe ser emitido y suscrito por el médico contralor y, además basarse en, a lo menos uno de los siguientes antecedentes: informe del médico tratante, evaluación médica y/o peritaje, u otros antecedentes que permitan determinar el origen profesional del respectivo accidente o la enfermedad, y
- ii) Copia de la(s) licencia(s) médica(s) rechazada (s) por dicho articulado.

Los antecedentes señalados deben ser remitidos al respectivo organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 por parte de la ISAPRE o COMPIN, con posterioridad a la derivación del trabajador por aplicación del artículo 77 bis, en un plazo máximo de 10 días corridos contados desde la resolución de rechazo por dicho articulado.

Las entidades deberán resguardar la confidencialidad de los datos sensibles contenidos en la información que se les remita.

No procede que las ISAPRES, COMPIN o Subcomisión rechacen por el artículo 77 bis, las licencias médicas que eventualmente recibieran emitidas como tipo 5 o 6, ya que corresponde que estas sean tramitadas ante el organismo administrador. En estos casos, las ISAPRES, COMPIN o Subcomisión deben devolverlas para su tramitación ante el respectivo organismo administrador.

c) Obligación de mantener casillas de correo electrónico

Por otra parte, con el objeto de contar con un expedito relacionamiento entre el primer y segundo interviniente en la aplicación del procedimiento del artículo 77 bis, así como en las comunicaciones

derivadas de situaciones no 77 bis, y respecto de las solicitudes de reembolsos, cada entidad interviniente deberá establecer casillas de correos electrónicos para estos fines, las que constarán en un protocolo de comunicación, cuyo contenido se encuentra en el [Anexo N°37 "Protocolo de comunicación"](#), de la [Letra G, del Título IV](#). Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis, de este Libro III.

Este protocolo consiste en una declaración unilateral de cada entidad, que contiene las direcciones de correos electrónicos que utilizarán para las comunicaciones por las materias del artículo 77 bis, situaciones no 77 bis y cartas de cobranza.

El referido protocolo debe ser firmado por el representante de cada entidad, y ser enviado al Gerente General, al Director Nacional y al Jefe de Servicio, según corresponda, de los demás organismos intervinientes en el procedimiento y a la Superintendencia de Seguridad Social.

Las casillas electrónicas incorporadas en el protocolo de comunicación por parte de cada entidad, deberá estar compuesta por la abreviatura del nombre o razón social de cada entidad interviniente y las siglas: "77 bis", "no 77 bis", "77 en cobranza", según se trate el asunto una materia relacionada con el 77 bis, situación no 77 bis o una solicitud de reembolso. Las casillas electrónicas deben ser configuradas según el siguiente formato:

[nombre corto del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN, Servicio Salud]77bis@xxx.cl.

[nombre del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN, Servicio Salud]NO77@xxx.cl.

[nombre corto del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN, Servicio de Salud]cobranza77@xxx.cl.

Para una mayor seguridad de la información, la documentación que se adjunte a una casilla de correo electrónico de las señaladas en el protocolo deberá ser comprimida por la entidad remitente con extensión ".zip" e incorporar una clave para su apertura, la que debe proporcionar la entidad receptora del archivo.

Las herramientas de comunicación electrónica, adoptadas por las entidades en el citado protocolo, deben preservar la confidencialidad en el tratamiento de la información del trabajador, velando por el principio de integridad, resguardo, reserva, disponibilidad y del fin de la licitud de la entrega, teniendo como objetivo primordial, la inmediata cobertura en el otorgamiento de los beneficios de salud que le corresponden al trabajador.

LIBRO VII. ASPECTOS OPERACIONALES Y ADMINISTRATIVOS / TÍTULO III. Difusión y transparencia / Letra A. Difusión

Capítulo II. Documentos y normas generales para la atención médica

1. Los organismos administradores, en todos sus centros de atención de público y en aquellos centros de atención de salud con los que mantengan convenio, deberán tener a disposición formularios de Denuncia Individual de Accidentes del Trabajo (DIAT) y de Denuncia Individual de Enfermedades Profesionales (DIEP) y todos los elementos que permitan completarlos. Además, deberán entregar copias de las respectivas DIAT o DIEP al denunciante.
2. Los pacientes que ingresan a los servicios médicos de un organismo administrador o de un administrador delegado o de aquellos con los que este último éste tenga convenio, deberán ser advertidos e informados que en el evento que su dolencia se califique como de origen común, deberán pagar el valor de las prestaciones que no sean cubiertas por su sistema previsional de salud común (FONASA e ISAPRE).

~~Para ello, previo a la entrega de la atención médica, el organismo administrador pondrá a disposición del trabajador un formulario de advertencia, cuyo formato se establece en el Anexo N°2 "Formulario de Advertencia", el cual deberá ser suscrito por el trabajador en señal de conocimiento, en la medida que su estado de salud y conciencia lo permitan.~~

Para ello, previo a la entrega de la atención médica, el organismo administrador pondrá a disposición de la persona trabajadora un formulario de advertencia debiendo insistir en la importancia que lea atentamente el contenido del mismo, cuyo formato se establece en el Anexo N°1: "Formulario de advertencia - Trabajador Dependiente" o en el Anexo N°2: "Formulario de advertencia -Trabajador Independiente", según corresponda, ambos de la Letra C, Título I del Libro III. Este formulario deberá ser suscrito por la persona trabajadora en señal de conocimiento de la información que allí se indica, en la medida que su estado de salud y conciencia lo permita

Si ~~el trabajador~~la persona trabajadora se negare a suscribir dicha advertencia, o no pudiese hacerlo por cualquier otro motivo, el organismo administrador o el administrador delegado, según corresponda, deberá dejar constancia por escrito de tal situación y otorgarle de igual modo atención médica.

3. Los organismos administradores no podrán, en ningún caso, condicionar la atención médica de los trabajadores a la suscripción de un pagaré, ni a la entrega de un cheque en blanco en garantía, ni al abono de una cantidad de dinero en efectivo.
4. En situaciones de urgencia, es decir, cuando la condición de salud o cuadro clínico ~~del trabajador~~de una persona trabajadora implique riesgo vital y/o secuela funcional grave de no recibir atención médica inmediata, ésta deberá ser proporcionada enseguida, sin que para ello sea menester de ninguna formalidad o trámite previo.

Letra I. Anexos



~~Anexo N°2: Formulario de Advertencia~~



Anexo N°3: Contenido del mural único y obligatorio

(.....)



ANEXO N°1

FORMULARIO DE ADVERTENCIA – TRABAJADOR DEPENDIENTE

SEGURO SOCIAL LEY N°16.744 SOBRE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Fecha: ~~día /mes /año~~

		<u>Día</u>	<u>Mes</u>	<u>Año</u>
<u>Región</u>	<u>Agencia</u>	<u>Fecha</u>		

~~Yo, _____ (nombre completo), Rut _____ trabajador de la empresa _____, declaro que previo a recibir atención médica por la dolencia de origen presuntamente laboral, he sido advertido que en caso que mi accidente o enfermedad no sea calificado como de origen laboral, deberé pagar a _____ (Mutualidad o ISL, según corresponda), el valor de las prestaciones otorgadas que no sean cubiertas por mi sistema previsional de salud común (FONASA o ISAPRE).~~

Datos de la o del trabajador dependiente

<u>Nombre completo:</u>			
<u>RUN:</u>			
<u>Correo electrónico:</u>			
<u>N° Teléfono móvil (celular):</u>		<u>N° Teléfono fijo:</u>	
<u>Entidad empleadora:</u>			

LEA ATENTAMENTE LAS NOTAS

Declaro que previo a recibir atención médica por la dolencia de origen presuntamente laboral, **he sido advertido** que:

NOTA N°1:

En caso que su accidente o enfermedad sea calificado como de origen NO laboral (común) deberá pagar a _____ (Mutualidad o ISL, según corresponda), el valor de las prestaciones otorgadas que no estén cubiertas por su sistema previsional de salud común (FONASA o ISAPRE);

NOTA N°2:

Los derechos y obligaciones que otorga la Ley N°16.8744 sobre el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales son **irrenunciables**, por tanto, ante un accidente o enfermedad profesional -calificada de origen laboral- Ud. sólo puede atenderse en la mutualidad o en el Instituto de Seguridad Laboral (ISL), según corresponda.

NOTA N°3:

Si el accidentado o enfermo se niega a seguir el tratamiento médico o dificulta éste, o no asista a los controles o los abandone (Art 33, Ley N°16.744), se podrá suspender el pago del subsidio

NOTA N°4 NOTIFICACIONES:

Desea ser notificado por correo electrónico de la Resolución de Calificación (RECA) del accidente o enfermedad, así como de la evaluación de su incapacidad permanente y, de cualquier comunicación o decisión por motivos del otorgamiento de las prestaciones médicas o económicas a que tenga derecho:

Sí NO

Las que podrán ser remitidas al correo electrónico: _____

Declaro que es MI RESPONSABILIDAD mantener actualizada la dirección de este correo electrónico e informar oportunamente mi voluntad de revocar este consentimiento o cualquier circunstancia que impida o dificulte la notificación por esta vía.

Firma trabajador/a <u>dependiente</u>	Firma funcionario/a <u>admisión</u>