

LIBRO II. AFILIACIÓN Y COTIZACIONES TÍTULO I. Afiliación y cambio de organismo administrador

A. Adhesión, renuncia y exclusión de entidades empleadoras 1. Adhesión de entidades empleadoras a mutualidades de empleadores

1. Adhesión de entidades empleadoras a mutualidades de empleadores

- a) La adhesión de una entidad empleadora a una mutualidad, constituye un acto formal. Debe existir una solicitud de adhesión, la que deberá contener, al menos, los siguientes datos de la solicitante:
- i. Nombre o Razón Social y nombre de fantasía, según corresponda;
 - ii. RUT;
 - iii. Precisar si se trata de un trabajador independiente y si cumple con los requisitos habilitantes para estar protegido por este Seguro Social, cuando corresponda;
 - iv. Individualización del Representante Legal, cuando corresponda;
 - v. Domicilio, tratándose de entidades empleadoras con distintas sucursales deberá consignarse el correspondiente a la Casa Matriz - Teléfono - Email;
 - vi. Declaración de Actividad Principal, entendiéndose por tal la que ocupe mayor número de trabajadores;
 - vii. Código de Actividad Económica según el Clasificador Chileno de Actividades Económicas -CIU4.cl 2012, homologado por el Servicio de Impuestos Internos, o aquel que lo reemplace;
 - viii. Número de trabajadores totales y el desglose según las diferentes actividades - incluyendo la principal- que se desarrollan en la entidad empleadora, cuando corresponda;
 - ix. Identificación del organismo administrador de origen y tasa de cotización vigente, cuando corresponda;
 - x. Tratándose de sociedades, indicar si hay socios cubiertos por la Ley N°16.744, y
 - xi. Precisar si consiente en ser notificado por correo electrónico de las comunicaciones y resoluciones que se emitan durante los procesos de evaluación de siniestralidad efectiva, de las RECA concernientes a sus trabajadores y, en general, de cualquier decisión o información de la que deban ser notificados. En caso afirmativo, indicar la o las direcciones de correo electrónico que autorizarán para ese efecto.
- b) La solicitud de adhesión deberá ser firmada por la persona natural o el gerente, administrador o apoderado de las sociedades civiles, comerciales o cooperativas o por el presidente de las corporaciones o fundaciones o por el jefe del servicio público y, debe ser acompañada de los siguientes antecedentes, según corresponda:

- i. Copia de registro del inicio de actividades ante el Servicio de Impuestos Internos, solo si la entidad empleadora realizó el trámite de iniciación de actividades en una unidad de dicho servicio, antes del 1° de julio de 2016.
- ii. Tratándose de una sociedad, copia de la escritura de su constitución, de sus modificaciones posteriores y de las respectivas inscripciones en el Conservador de Bienes Raíces, Registro de Comercio y las publicaciones de los extractos, y en el caso de las personas jurídicas acogidas a la Ley N°20.659 que establece un régimen simplificado de constitución, modificación y disolución de sociedades comerciales, el certificado de vigencia y el certificado de estatuto actualizado.
- iii. Carta renuncia a la mutualidad de origen.
- iv. Individualización de la casa matriz y de las sucursales, tanto locales como regionales, precisando: domicilio, actividad(es) económica(s) asociada(s) a cada sucursal y número de trabajadores de cada una de ellas.
- v. Nómina de trabajadores, con sus respectivas remuneraciones, correspondiente al mes en que se presenta la solicitud de adhesión o copia de las planillas nominadas del mes anterior.
- vi. Acreditación de la consulta efectuada a las respectivas asociaciones de funcionarios y la aprobación del ministro respectivo, tratándose de entidades empleadoras del sector público.

b)c) La solicitud de adhesión deberá consignar:

(...)

e)d) Definición de actividad principal

(...)

e)e) Verificación de la actividad principal

(...)

e)f) Modificación de la actividad principal

(...)

f)g) Efectos de la definición y modificación de la actividad principal

(...)

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

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.

~~Si una persona se presenta en los servicios asistenciales sin DIAT o DIEP y se niega a firmar una denuncia estando en condiciones de hacerlo, se deberá advertir que su ingreso es como paciente privado afecto al D.L. N°1.819, de 1977, dejando constancia escrita de tal situación.~~

Los pacientes que ingresan a los servicios médicos de un organismo administrador o de un administrador delegado aquellos con los que éste tenga convenio, deberán ser advertidos 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.

Si el trabajador se negare a suscribir dicha advertencia, o no pudiere 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.

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.

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.

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales A. Protocolo General CAPÍTULO IV. Proceso de calificación

1. Inicio del proceso

(...)

2. Evaluación clínica por sospecha de enfermedad profesional

(...)

3. Derivación por el médico evaluador al Médico del Trabajo

(...)

4. Evaluación de condiciones de trabajo

(...)

5. Resolución de calificación

(...)

6. Situaciones especiales

Si el trabajador 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".

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". ~~De igual forma se deberá proceder en caso que existan otras circunstancias que impidan la realización de la evaluación de puesto de trabajo, debiendo consignarse 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."~~

A su vez, en el caso de los trabajadores dependientes si el empleador se opone ~~injustificadamente~~ 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 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 ~~colaboración~~ 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

(...)

8. Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de las condiciones de trabajo Readecuación de las condiciones de trabajo y/o cambio de puesto de trabajo

En caso que la enfermedad sea calificada como de origen laboral, en el campo "indicaciones" de la respectiva RECA, se deberá señalar la obligación del empleador de readecuar el puesto de trabajo o cambiar al trabajador de puesto de trabajo ~~o de readecuar dicho puesto~~, con la finalidad de cesar la exposición al agente causante de la enfermedad profesional.

Para la correcta implementación ~~del cambio de puesto de trabajo o de su readecuación de la readecuación o del cambio de puesto de trabajo~~, en el campo "indicaciones" se deberá precisar cuál es el factor o agente de riesgo presente en el puesto de trabajo, que causa la enfermedad profesional.

El organismo administrador y la empresa con administración delegada deberá asignar al profesional o área que estime adecuados, la responsabilidad de coordinar el efectivo reintegro laboral del trabajador, de informar sobre dicho proceso al trabajador y a la entidad empleadora, de coordinar su ejecución de acuerdo con la normativa vigente y de verificar el cumplimiento de las medidas correctivas prescritas.

El organismo administrador deberá entregar la asistencia técnica necesaria para que las entidades empleadoras verifiquen que existan condiciones adecuadas y seguras para los trabajadores que se reintegran al trabajo, incluyendo los ajustes razonables del puesto de trabajo que correspondan.

Adicionalmente, el organismo administrador deberá prescribir a la entidad empleadora las medidas correctivas específicas dirigidas a controlar el riesgo del agente que dio origen a la enfermedad profesional, de acuerdo a lo instruido en el Capítulo I, Letra G. Prescripción de medidas de control, del Título II, del Libro IV. Prestaciones Preventivas. Durante el año 2020, los organismos administradores deberán efectuar dicha prescripción a las entidades empleadores con menos de 100 trabajadores. A partir del año 2021, esta prescripción de

medidas deberá realizarse a todas las entidades empleadoras en las que se califique una enfermedad profesional.

El organismo administrador deberá prescribir las medidas dentro del plazo máximo de 15 días hábiles contado desde la fecha de la calificación. Conjuntamente, deberá fijar a la entidad empleadora un plazo para el cumplimiento de las medidas prescritas, el que no podrá ser superior a 90 días corridos.

Excepcionalmente, el organismo administrador podrá fijar un plazo mayor, cuando por razones justificadas el empleador no pueda implementar las medidas dentro del plazo máximo de 90 días. Las razones que justifican ese mayor plazo, deberán ser precisadas en el informe de la prescripción de medidas y registradas en el campo "Descripción de la Medida Prescrita" del documento electrónico del Anexo N°13 "Prescripción de medidas", de la Letra H. Anexos, del Título I, del Libro IX. Sistemas de información. Informes y Reportes.

Dentro de los 10 días hábiles siguientes al vencimiento del plazo fijado para la implementación de las medidas, el organismo administrador deberá verificar que la entidad empleadora les haya dado cumplimiento.

En caso que el organismo administrador haya prescrito a la entidad empleadora más de una medida correctiva, con plazos de implementación distintos, el plazo establecido en el párrafo anterior, se contará desde el vencimiento del plazo mayor.

Si el empleador no ha implementado las medidas prescritas, el organismo administrador deberá aplicar el recargo establecido en el artículo 16 de la Ley N°16.744, en relación con el artículo 15 del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en la oportunidad y bajo las condiciones que establece el número 8 del Capítulo I, Letra G, Título II, del Libro IV e informar la situación de riesgo para la salud de los trabajadores a la Inspección del Trabajo y/o a la SEREMI de Salud que corresponda. Para dicho efecto, deberá utilizar el formulario contenido en el Anexo N°11 "Informa incumplimiento de medidas prescritas", de la Letra H. Anexos del presente Título III.

La circunstancia de encontrarse pendiente de resolución una reclamación interpuesta por la entidad empleadora para revertir la calificación de una enfermedad como de origen profesional, no lo exonerará de la obligación de implementar en tiempo y forma las medidas que su organismo administrador le hubiere prescrito y los protocolos de vigilancia que sean aplicables.

Los organismos administradores deberán informar a la Superintendencia de Seguridad Social las medidas prescritas, el resultado de la verificación de su cumplimiento, y cuando proceda, la notificación a la autoridad y el recargo de la tasa de cotización adicional, mediante la remisión de los documentos electrónicos del Anexo N°13 "Prescripción de medidas", Anexo N°14 "Verificación de medidas", Anexo N°15 "Notificación a la autoridad" y Anexo N°56 "Recargo de

la tasa de cotización adicional", de acuerdo a lo instruido en el Capítulo VIII. Prescripción de Medidas, Verificación de Medidas y Notificación a la Autoridad para los casos de enfermedades profesionales (RECA tipo 3 y 5), de la Letra B, del Título I, del Libro IX. Sistemas de información. Informes y reportes.

9. Incorporación a programas de vigilancia epidemiológica

(...)

10. Auditoría del proceso de calificación

(...)

11. Prescripción de medidas al trabajador independiente

(...)

LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS TÍTULO II. Responsabilidades y obligaciones de los organismos administradores y de los administradores delegados D. Asistencia técnica 2. Asistencia técnica en la implementación de sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SGSST)

2. Asistencia técnica en la implementación de sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SGSST)

Consiste en asistir a las entidades empleadoras en la implementación de sistemas de gestión en seguridad y salud en el trabajo, para el mejoramiento continuo en seguridad y salud en el trabajo, con la finalidad de prevenir la ocurrencia de accidentes del trabajo y la aparición de enfermedades profesionales, mediante el adecuado control de los riesgos laborales.

a. Asistencia a entidades empleadoras y centros de trabajo categorizados como de criticidad alta

Tratándose de entidades empleadoras y centros de trabajo categorizados como de "criticidad alta" o en otra categoría equivalente, según el algoritmo de priorización, el organismo administrador deberá prescribir la implementación de un SGSST y otorgar la correspondiente asesoría. Si la entidad empleadora ya tiene implementado un SGSST, deberá otorgarle asistencia técnica para que verifique si considera todos los factores de riesgo existentes.

b. Asistencia según el tamaño de las entidades empleadoras y/o en cumplimiento a disposiciones legales y reglamentarias específicas

~~Tratándose~~ La asistencia técnica en entidades empleadoras con más de 50 trabajadores, incluidas aquellas con trabajadores en régimen de subcontratación, deberá estar dirigida a

que éstas implementen o mejoren el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo. Dicho sistema deberá considerar, entre otros, los elementos establecidos en el D.S N°76, de 2006, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que, "Aprueba reglamento para la aplicación del artículo 66 bis de la Ley N°16.744 sobre la gestión de la seguridad y salud en el trabajo en obras, faenas o servicios que indica", en concordancia con las directrices de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).-Las mutualidades y el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) deberán otorgar asistencia técnica en esta materia en caso de ser requerido por la entidad empleadora, dando prioridad a aquéllas que no cuenten con departamento de prevención de riesgos profesionales.

En todo caso, tratándose de empresas con trabajadores en régimen de subcontratación, cuando se detecte que la empresa principal no ha identificado los peligros y evaluados los riesgos a que se ven expuestos los trabajadores, ni comunicado a las empresas contratistas y subcontratistas las directrices que deben observar en materia de seguridad y salud en el trabajo, el organismo administrador en el que se encuentre adherida o afiliada, deberá asesorarla para el cumplimiento de las obligaciones que el D.S. N°76, de 2006, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, les impone en tal sentido.

Asimismo, los organismos administradores de las empresas contratistas o subcontratistas, deberán evaluar si éstas han implementado las medidas destinadas a prevenir los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, de acuerdo con las directrices de la empresa principal. En caso negativo, deberán prescribirles las medidas que consideren necesarias para el control de esos riesgos.

En el caso de las empresas portuarias que por aplicación del artículo 33 del D.S. N° 90 de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, deban implementar un SGSST, se deberá considerar los elementos mínimos establecidos en el artículo 34 del referido D.S. N°90.

En las entidades empleadoras con 50 o menos trabajadores, para la asistencia técnica en la implementación de SGSST, se deberán considerar al menos los elementos señalados en la letra b), número 2, Capítulo IV. de la Letra G del presente Título II. Al respecto, para estas entidades empleadoras, los organismos administradores deberán, según corresponda, considerar la asistencia técnica en las siguientes materias:

- i. Identificación de peligros y evaluación de los riesgos laborales
- ii. Evaluación del cumplimiento normativo
- iii. En la vigilancia ambiental y de la salud de los trabajadores, según los protocolos del MINSAL
- iv. Conformación y funcionamientos de los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad
- v. Implementación de un plan de gestión de riesgos de desastres

- vi. Identificación de sustancias químicas peligrosas, su etiquetado y almacenamiento
- vii. Aplicación de la guía técnica sobre manejo manual de cargas
- viii. Prevención de riesgos de caídas de altura
- ix. Prevención de riesgos en contexto de trabajo a distancia y teletrabajo
- x. Desarrollo de programa de seguridad en máquinas, equipos y herramientas motrices
- xi. Prevención de riesgos para buzos profesionales, y
- xii. Actividades de capacitación

En este contexto, se deberán realizar las actividades de capacitación necesarias para la aplicación de los instrumentos que se pongan a disposición y/o para contribuir a mejorar la gestión en materia de prevención de riesgos laborales.

Los organismos administradores deberán otorgar esta asistencia técnica a las entidades empleadoras con 50 o menos trabajadores, que la requieran o cuando éstos identifiquen que es necesaria su implementación.

b.c. Asistencia técnica prevista en el artículo 10 del D.S N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social

(...)

LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS TÍTULO II. Responsabilidades y obligaciones de los organismos administradores y de los administradores delegados D. Asistencia técnica 10. Asistencia técnica para prevención de riesgos en buzos profesionales

~~10. Asistencia técnica para prevención de riesgos en buzos profesionales~~

~~Esta asistencia técnica está orientada a entidades empleadoras que desarrollan o realizan actividades de buceo profesional y considera: la asistencia técnica en la identificación de peligros y evaluación de riesgos, la prescripción y verificación de medidas, la asistencia para el establecimiento de un plan de inspecciones y mantenimiento de equipos de buceo, la capacitación y otras medidas que se considere importante incluir. Además, de poner a disposición de la entidad empleadora una lista de chequeo de autoevaluación del cumplimiento normativo en materia de SST~~

10. Asistencia técnica y otros requerimientos para la prevención de riesgos en entidades empleadoras que realizan actividades de buceo profesional

En este ámbito, los organismos administradores deberán cumplir con lo siguiente:

a) Asistencia técnica

Esta asistencia técnica debe incluir los siguientes aspectos: la identificación de peligros y evaluación de riesgos, la prescripción y verificación de medidas, la asistencia para el establecimiento de un plan de inspecciones y mantención de equipos de buceo, la capacitación y otras medidas que se considere importante incluir. Además, se debe poner a disposición de la entidad empleadora una lista de chequeo de autoevaluación del cumplimiento normativo en materia de seguridad y salud en el trabajo.

A las empresas sin trabajadores en régimen de subcontratación, que no han identificado los peligros y evaluados los riesgos de las actividades que desarrollan sus buzos profesionales, los organismos administradores deberán programar y otorgarles asesoría para el desarrollo de esa actividad, independientemente de su tamaño y de su condición de empresa priorizada o no priorizada, conforme a las instrucciones de la Letra C, Título II, de este Libro.

Asimismo, deberán otorgarle asistencia para la implementación de sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SGSST), conforme a lo instruido en el número 2 de esta Letra D.

b) Plan de Capacitación

En base a la identificación de peligros y evaluación de riesgos, los organismos administradores deberán prescribir a sus entidades empleadoras adheridas o afiliadas con buzos profesionales, cualquiera sea su tamaño, un plan de capacitación, en el marco del programa de trabajo de la entidad empleadora, según lo instruido en la Letra E, Título II, de este Libro.

d) Médico capacitado en medicina hiperbárica

Los organismos administradores deberán disponer de al menos un médico con formación o capacitado en medicina hiperbárica, con la finalidad que asesore o apoye las actividades del área de prevención y a los comités de calificación de 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 3. Programas de vigilancia epidemiológica

3. Programas de vigilancia epidemiológica

De conformidad con lo establecido en el artículo 72, letra g) del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, es obligación de los organismos administradores o administradores delegados, incorporar a sus programas de vigilancia epidemiológica, al o los centros de trabajo de la entidad empleadora en los que se establezca la presencia de factores de riesgo que así lo ameriten o en los que se diagnostique una enfermedad profesional a

alguno de sus trabajadores.

Por su parte, la empresa con administrador delegada deberá cumplir con lo prescrito precedentemente, respecto de sus trabajadores.

El artículo 21 del D.S. N°109 de 1968, del mismo Ministerio, indica que será el Ministerio de Salud quien establezca las normas mínimas para el desarrollo de programas de vigilancia, debiendo ser revisados cada 3 años y enviados a consulta a la Superintendencia de Seguridad Social, la que podrá formular las propuestas que estime necesarias en relación a facilitar y uniformar las actuaciones médicas y preventivas.

Respecto de aquellos agentes de riesgo que no cuenten con un protocolo de vigilancia específico establecido por el Ministerio de Salud, el organismo administrador y los administradores delegados, según corresponda, deberán elaborar un programa de vigilancia para el agente en cuestión y remitir, para conocimiento de la Superintendencia de Seguridad Social, su protocolo interno, dentro de un plazo no superior a 45 días corridos, contado desde la calificación de la enfermedad.

Los organismos administradores y administradores delegados deberán disponer en sus sitios web las versiones actualizadas de los programas de vigilancia de ambiente y de salud de los trabajadores ministeriales y aquellos que han elaborado respecto de los agentes de riesgo que no cuentan con un protocolo ministerial.

A continuación, se presentan distintas acciones y definiciones de vigilancia:

a. Vigilancia de exposición

(...)

b. Vigilancia de efecto

(...)

c. Egreso programa de vigilancia

(...)

d. Disolución o cese de actividades de una entidad empleadora

(...)

e. Cambio de organismo administrador de un trabajador expuesto a un factor de riesgo

(...)

f. Evaluaciones ambientales

Corresponden a la realización de mediciones representativas y confiables, cualitativas o cuantitativas, de la presencia de agentes de riesgo físico, químico, biológico, condiciones ergonómicas o psicosociales existentes en el ambiente de trabajo donde se desempeñan los trabajadores:

i. Evaluación cualitativa

(...)

ii. Evaluación cuantitativa

(...)

iii. Programa de Ensayo Interlaboratorio (PEI)

(...)

LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS TÍTULO II. Responsabilidades y obligaciones de los organismos administradores y de los administradores delegados G. Prescripción de medidas de control CAPÍTULO I. Normas generales 8. Verificación del cumplimiento

8. Verificación del cumplimiento

Los organismos administradores, deberán verificar el cumplimiento, en tiempo y forma, de las medidas prescritas, a través de cualquier medio que confirme su implementación.

~~El plazo de verificación del cumplimiento de las medidas prescritas, dependerá de lo siguiente:~~

~~a) El cumplimiento de las medidas prescritas para el control de los riesgos previstos en la "Guía para la identificación y evaluación primaria de riesgos en los ambientes de trabajo", del Instituto de Salud Pública (ISP), cuyo listado contiene el Anexo N°38 "Clasificación de riesgos del trabajo", de la Letra K de este Título II y que han sido incluidos en la Categoría N°1, es decir, de "Alto potencial de accidente o enfermedad", deberá verificarse en un plazo máximo de 90 días corridos, contados desde el vencimiento del plazo fijado para su implementación.~~

~~Si se constata que la medida no fue implementada, no se podrá conceder un nuevo plazo y deberá necesariamente recargarse la tasa de cotización adicional diferenciada de la entidad empleadora, de acuerdo con lo instruido en el Capítulo IV, Letra B, Título II, del Libro II.~~

~~b) Si el riesgo que se pretende controlar corresponde a uno de los riesgos de la Categoría N°2, de "Potencial de accidente o enfermedad" contenidos en el Anexo N°38 "Clasificación de riesgos del trabajo", la verificación de las medidas prescritas para su control deberá efectuarse dentro del plazo 90 días corridos. Sin embargo, si se constata que no ha sido implementada, deberá concederse un nuevo plazo para su implementación, no superior al originalmente fijado. Los~~

~~organismos administradores dispondrán de un plazo de 30 días corridos para realizar esta segunda verificación.~~

~~Las entidades empleadoras que al término de este nuevo plazo persistan en su incumplimiento, deberán ser sancionadas con el recargo de su cotización adicional diferenciada.~~

~~Lo señalado en la letra b) anterior, será igualmente aplicable al incumplimiento de toda medida relacionada con un riesgo no incluido en el listado de la "Guía para la identificación y evaluación primaria de riesgos en los ambientes de trabajo" del (ISP) y que, por lo tanto, no figura en alguna de las categorías 1 y 2 antes señaladas.~~

~~Por su parte, el cumplimiento de las medidas prescritas en el marco del Programa de Asistencia al Cumplimiento, a que se refiere el artículo 506 ter del Código del Trabajo, deberá efectuarse dentro de los 12 meses siguientes a la incorporación a dicho programa, conforme se establece en el Capítulo IV, Letra G del presente Título II. Asimismo, de acuerdo con lo instruido en el número 3, Letra C, Título I, del Libro IX, los organismos administradores deberán verificar e informar a la Superintendencia el cumplimiento de las medidas correctivas prescritas a causa de un accidente fatal o grave, mediante el envío del eDoc 146 RALF-Verificación a SISESAT, en un plazo máximo de 90 días corridos desde que fue emitido el eDoc 145 RALF-Prescripción, mencionando en la columna "Observaciones" las razones de un eventual incumplimiento. A su vez, de conformidad con lo establecido en el número 8, del Capítulo IV, Letra A, Título III, del Libro III, el cumplimiento de las medidas prescritas con motivo de la calificación de una enfermedad profesional, deberá verificarse dentro de los 10 días hábiles siguientes al vencimiento del plazo que se hubiere fijado para su implementación. Por último, tratándose de agentes de riesgo susceptibles de vigilancia, registrarán los plazos de verificación que eventualmente establezcan los respectivos protocolos.~~

~~En las situaciones descritas en el párrafo anterior, si se constata el incumplimiento de la medida prescrita, se deberá aplicar inmediatamente el recargo de la cotización adicional diferenciada, si el riesgo corresponde a la categoría N°1 o solo al término del nuevo plazo que deberá concederse para la implementación de la medida, si la entidad empleadora persiste en el incumplimiento y el riesgo corresponde a la categoría N°2.~~

El plazo de verificación del cumplimiento de las medidas prescritas, será de 90 días corridos, contado desde el vencimiento del plazo que se hubiere fijado para su implementación.

Se exceptúan:

a) El cumplimiento de las medidas prescritas en el marco del Programa de Asistencia al Cumplimiento (PAC), a que se refiere el artículo 506 ter del Código del Trabajo, que deberá verificarse dentro de los 12 meses siguientes a la incorporación a dicho programa, conforme se establece en el Capítulo IV, Letra G del presente Título II.

b) El cumplimiento de las medidas correctivas prescritas a causa de un accidente fatal o grave, deberá verificarse en un plazo máximo de 90 días corridos desde que fue emitido el eDoc 145

RALF-Prescripción, mencionando en la columna "Observaciones" del eDoc 146 RALF-Verificación, las razones de un eventual incumplimiento.

c) El cumplimiento de las medidas prescritas con motivo de la calificación de una enfermedad profesional que, de conformidad con lo dispuesto en el número 8, del Capítulo IV, Letra A, Título III, del Libro III, deberá verificarse dentro de los 10 días hábiles siguientes al vencimiento del plazo que se hubiere fijado para su implementación.

a)d) Los agentes de riesgo susceptibles de vigilancia, en cuyos respectivos protocolos se establezcan plazos de verificación.

[NOTA: Lo dispuesto en este nuevo párrafo tercero, proviene del actual párrafo cuarto de este número 8]

Luego, si se constata el incumplimiento de la medida, se debe proceder conforme a lo siguiente:

a) Si el riesgo que se pretende controlar figura en la "Guía para la identificación y evaluación primaria de riesgos en los ambientes de trabajo", del Instituto de Salud Pública (ISP), cuyo listado contiene el Anexo N°38 "Clasificación de riesgos del trabajo", de la Letra K de este Título II, se debe a su vez distinguir:

i. Si conforme al citado Anexo N°38, el riesgo corresponde a la Categoría N°1, de "Alto potencial de accidente o enfermedad", deberá recargarse la tasa de cotización adicional diferenciada de la entidad empleadora, de acuerdo con lo instruido en el Capítulo IV, Letra B, Título II, del Libro II.

ii. En cambio, si conforme al referido anexo, el riesgo corresponde a la Categoría N°2, de "Potencial de accidente o enfermedad", deberá concederse un nuevo plazo para la implementación de la medida, no superior al originalmente fijado y efectuarse la segunda verificación, dentro de un plazo no superior a 30 días corridos, contados desde el término del nuevo plazo de implementación. Sin embargo, tratándose de medidas prescritas con motivo de la calificación de una enfermedad profesional, la segunda verificación deberá efectuarse dentro del plazo de 5 días hábiles.

Las entidades empleadoras que al término de este nuevo plazo persistan en su incumplimiento, deberán ser sancionadas con el recargo de su cotización adicional diferenciada.

[NOTA: Lo dispuesto en la letra a) de este nuevo párrafo segundo, proviene del actual párrafo segundo de este número 8]

- b) Si el riesgo no ha sido incluido en el listado de la "Guía para la identificación y evaluación primaria de riesgos en los ambientes de trabajo" del (ISP) y, por lo tanto, no figura en alguna de las categorías 1 y 2 antes señaladas, deberá ser asimilado a los riesgos Categoría N°2 en caso de constatar el incumplimiento de la medida prescrita para su control. [NOTA: Lo dispuesto en esta letra b) proviene del actual párrafo tercero de este número 8]
- c) Si la medida ha sido prescrita con motivo de la ocurrencia de un accidente del trabajo fatal o grave, deberá siempre recibir el tratamiento de los riesgos Categoría N°1, de manera que no procederá otorgar un nuevo plazo para su implementación y su incumplimiento deberá ser sancionado con el recargo de la cotización adicional diferenciada previsto en el artículo 15 del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. [NOTA: Lo dispuesto en esta letra c) proviene del actual párrafo quinto de este número 8. Sin embargo, se modifica respecto de los accidentes graves y fatales, en los términos que indica el control de cambios].

Si se prescriben medidas con plazos de implementación distintos, el plazo para verificar su cumplimiento, correrá desde el término del plazo mayor.

La verificación de las medidas prescritas a los trabajadores independientes, sólo procederá cuando, a juicio del organismo administrador, dicha gestión sea necesaria, en atención a las circunstancias del caso particular.

Corresponderá al organismo administrador evaluar, a través del análisis de los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos, la eficacia de las medidas de control implementadas por la entidad empleadora. De verificarse alteraciones o indicadores precoces de daño, el organismo administrador deberá prescribir que, en base a la revisión de las medidas implementadas, se efectúen las correcciones pertinentes o se implementen nuevas medidas en caso de corresponder.

El informe de verificación, deberá contener, al menos, los datos establecidos en el Anexo N°9 "Elementos mínimos versión impresa. Verificación de medidas" de la Letra K de este Título II y deberá ser notificado a la entidad empleadora, en la forma y condiciones establecidas en el número 6 de este Capítulo I.

Si la entidad empleadora o el trabajador independiente implementa una medida distinta a la prescrita, el organismo administrador deberá evaluar que esa medida alternativa sea adecuada para el control del riesgo. Solo así podrá considerar cumplida la prescripción.

LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS TÍTULO I. Generalidades B. Prestaciones médicas de la Ley N°16.744. 4. Otorgamiento de las prestaciones médicas

4. Otorgamiento de las prestaciones médicas

Las prestaciones médicas deben ser uniformes para todos los beneficiarios de la Ley N°16.744, debiendo garantizarse que no exista diferencia o discriminación entre ellos, siendo las

condiciones médicas o clínicas del paciente el único factor a considerar para establecer diferencias en su otorgamiento.

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

Cuando un trabajador sea víctima de un accidente laboral traumático, el organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, además de entregarle cobertura médica respecto de las lesiones físicas que haya sufrido, deberá proveerle un tratamiento integral en relación a su accidente que incluya, cuando sea necesario, las atenciones de salud mental y de rehabilitación que requiera.

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

~~Por otra parte, la~~ 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.

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

Si el profesional de la salud que brinda atención al trabajador no es médico y le surgen dudas sobre el posible origen laboral de su afección, deberá informarle por escrito que será derivado a un médico de la mutualidad para la eventual confirmación de esa sospecha y que, a partir de

entonces, se suspenderá su atención como paciente privado. El trabajador podrá suscribir ese documento, en señal de haber tomado conocimiento de la derivación y si no lo hace, se deberá dejar constancia de ello. Además, se deberá informar al trabajador el día, hora y lugar en que será atendido por ese médico, haciéndole presente que dicha atención no tendrá costo para él.

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

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

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

Si a una empresa se le hubiere revocado su calidad de administrador delegado del Seguro de la Ley N°16.744, dicha entidad deberá continuar otorgando las prestaciones médicas que correspondan, por las secuelas de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales sufridos por sus trabajadores o ex-trabajadores con anterioridad a la fecha en que se haya hecho efectiva la referida revocación, toda vez que, conforme lo establecido en el artículo 29 de la Ley N°16.744, la obligación de otorgar dichas prestaciones subsiste en tanto no se haya logrado la curación completa de la víctima o persistan las secuelas causadas por la enfermedad o accidente.

LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS TÍTULO II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral P. Suspensión o cese

P. Suspensión o cese

~~Cuando el trabajador accidentado o enfermo se negare a continuar con su tratamiento o dificulte o impida deliberadamente su curación, se suspenderá el pago del subsidio, a pedido del médico tratante y con el visto bueno del jefe técnico correspondiente. En todo caso, el paciente, en todo momento, podrá solicitar su reingreso al tratamiento y, a partir de éste, el pago del subsidio.~~ Cuando el trabajador accidentado o enfermo se negare a continuar con su tratamiento o dificulte o impida deliberadamente su curación, deberá ser advertido personalmente o por escrito, mediante carta certificada o por correo electrónico que, de persistir en su conducta, se le suspenderá el pago del subsidio hasta en tanto no cambie de actitud. La aplicación de esta medida deberá ser dispuesta por el médico tratante y con el visto bueno del jefe técnico correspondiente. Dentro de los 5 días hábiles siguientes, se deberá

informar a la Superintendencia la aplicación de esta medida, adjuntando los antecedentes que la sustentan.

En todo caso, el paciente ~~„en todo momento, podrá solicitar su reingreso al tratamiento y, a partir de éste, el pago del subsidio podrá en cualquier momento retomar su tratamiento.~~

De la suspensión del subsidio se podrá reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social.

Por otra parte, corresponderá el cese del subsidio en las siguientes situaciones:

1. Término del reposo

Cuando se cumpla el período de reposo indicado en la Licencia Médica tipo 5 o 6 u Orden de Reposo Ley N°16.744, y no exista otra a continuación.

2. Inicio de la incapacidad

A la fecha de inicio de la incapacidad señalada en la resolución que declara que el trabajador presenta un grado de incapacidad permanente. Si la resolución nada dice, se entenderá como data de inicio de la incapacidad la de su emisión.

3. Se cumplen 104 semanas

El pago del subsidio cesa cuando se cumple el período máximo de 104 semanas continuas o discontinuas por la misma patología y no se ha logrado la curación y/o rehabilitación del enfermo. En este caso, se presumirá que el trabajador presenta un estado de invalidez, por lo cual deberá aplicarse lo establecido en los números 3 y 4 de la Letra O anterior.

LIBRO VII. ASPECTOS OPERACIONALES Y ADMINISTRATIVOS TÍTULO II. Gestión Interna de los organismos administradores C. Acuerdos de directorio y resoluciones del Instituto de Seguridad Laboral (ISL) CAPÍTULO I. Acuerdos de directorio

1. Observación de acuerdos

(...)

2. Acuerdo de directorio de las transacciones judiciales y extrajudicial

(...)

3. Plazo para pronunciarse sobre la legalidad y/o conveniencia de los acuerdos de directorio sometidos en consulta

(...)

4. Facultad de los directorios de insistir en acuerdos observados por razones de inconveniencia

(...)

5. Completitud y contenido de los acuerdos de directorio

(...)

6. Especificidad de los acuerdos de directorio relativos a los proyectos de inversión inmobiliaria

(...)

7. ~~Constitución y modificación de sociedades u organismos donde las mutualidades tengan participación indirecta~~ Operaciones de sociedades u organismos donde las mutualidades tengan participación directa o indirecta

~~La constitución y modificación de sociedades u organismos en que las mutualidades tengan participación indirecta, una vez aprobada por directorio, deberá remitirse en consulta a la Superintendencia de Seguridad Social. Al respecto, se entenderá por participación indirecta, aquella que tengan las mutualidades en otras sociedades a través de una sociedad u organismo filial. Cuando las sociedades u organismos filiales en que las mutualidades tienen participación directa o indirecta, pretendan constituir, modificar, adquirir o vender acciones, o tomar participación o fusionarse con otras sociedades, se requerirá de un acuerdo de directorio previo de la mutualidad respectiva, el que deberá remitirse en consulta a la Superintendencia de Seguridad Social.~~

Lo anterior, a objeto de que la Superintendencia de Seguridad Social ejerza su labor fiscalizadora en forma oportuna y se pronuncie respecto de la conveniencia y legalidad de dicho acuerdo, por cuanto los recursos económicos destinados por una sociedad u organismo ~~filial a la constitución o modificación de una~~ en que las mutualidades tienen participación a una nueva sociedad u organismo, compromete recursos que corresponden al Seguro Social de la Ley N°16.744, que son administrados por la mutualidad, los cuales previamente aportó a la sociedad u organismo filial respectivo.

8. Remisión de los acuerdos de directorio de las sociedades u organismos filiales donde las mutualidades tengan participación directa e indirecta

Las mutualidades deberán remitir, para conocimiento, los acuerdos de directorio de las sociedades u organismos en que tengan participación directa e indirecta, relativos a inversiones en infraestructura, a más tardar, el último día del mes siguiente al que fue adoptado dicho acuerdo.

Los acuerdos de directorio remitidos deberán acompañarse de un informe que contengan a lo menos, aspectos tales como: objetivo, justificación, monto de la inversión, financiamiento, etc.

9. Acuerdos adoptados en las sesiones del directorio relativos a modificación de estatutos

(...)

10. Remisión del plan de inversiones aprobado por el directorio

(...)

11. Remisión de los acuerdos de directorio al Sistema de Gestión de Reportes e Información para Supervisión (GRIS)

(...)

LIBRO VII. ASPECTOS OPERACIONALES Y ADMINISTRATIVOS TÍTULO II. Gestión Interna de los organismos administradores E. Filiales y coligadas

E. ~~Filiales y coligadas~~ Constitución y modificación de sociedades u organismos filiales

1. Constitución y modificación de sociedades u organismos filiales

Conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Ley N°16.395, las mutualidades, en su calidad de instituciones de previsión social sometidas a la supervigilancia integral de la Superintendencia de Seguridad Social, deberán solicitar autorización a dicho ente fiscalizador, para constituir sociedades u organismos filiales. Esta exigencia se aplicará de igual manera a las modificaciones que se realicen a las sociedades u organismos filiales nuevos o ya existentes.

Se entenderá por organismo filial cualquier tipo de entidad en que participen directamente las mutualidades en su constitución o modificación, tales como corporaciones, fundaciones y otras.

2. Acuerdos de directorio

(...)

3. Estados financieros

(...)

LIBRO VII. ASPECTOS OPERACIONALES Y ADMINISTRATIVOS TÍTULO III. Difusión y transparencia A. Difusión CAPÍTULO II. Documentos y normas generales para la atención médica

CAPÍTULO II. Documentos y normas generales para la atención médica

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.

Los pacientes que ingresan a los servicios médicos de un organismo administrador o de aquellos con los que este último tenga convenio, deberán ser advertidos 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.

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

~~En el evento que una persona se presente en los servicios asistenciales sin DIAT o DIEP y se niegue a firmar una denuncia estando en condiciones de hacerlo, se le deberá advertir que su ingreso es como paciente privado afecto al D.L. N°1.819 de 1977, dejando constancia escrita de tal situación.~~

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.

En situaciones de urgencia, es decir, cuando la condición de salud o cuadro clínico del trabajador 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.

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

B. Información en sitios web CAPÍTULO I. Contenido de publicación en sitio web

1. Marco normativo y estatutario

(...)

2. Estructura y funciones de sus gerencias

(...)

3. Participación de la mutualidad en sociedades u organismos filiales

Deberá informar sobre la participación de la mutualidad en la propiedad de sociedades o participación en organismos filiales detallando el giro, RUT, porcentaje de participación (según corresponda), identificación de otras personas naturales o jurídicas participantes de la sociedad, fecha de inicio y fecha de término de la relación con la sociedad u organismo filial, conforme a lo señalado en el Anexo N°8 "Participación de la mutualidad en sociedades u organismos filiales".

~~La definición de sociedad u organismo filial, se encuentra estipulado en la Letra E, del Título II de este Libro VII, debiendo incluirse conjuntamente aquellas en las que la mutualidad tenga participación directa o indirecta.~~ La definición de sociedad u organismo filial, se encuentra contenida en la Letra E, del Título II de este Libro, debiendo además incluirse, para efectos de esta instrucción, aquellas en las que la mutualidad tenga participación indirecta.

Así, por ejemplo, deberá mencionarse las organizaciones o personas jurídicas de las que se es parte o aquéllas en que uno o más funcionarios de la mutualidad tienen un cargo en su calidad de tal, es decir, en representación de la mutualidad a la que pertenecen.

4. Dotación de estamentos de la mutualidad

(...)

5. Personal y directores de la mutualidad, que participen o presten servicios en sociedades u organismos filiales

Se incluirá el personal y los directores de la mutualidad, que además presten servicios, independiente de su relación contractual y de retribución que exista, en una sociedad u organismo filial, para lo cual se debe tener en consideración lo definido en el número 3 ~~de esta Letra B de este Capítulo~~. Debe incluirse toda la información establecida en el Anexo N°10 "Personal y Directores de la mutualidad, que participe o preste servicios en sociedades u organismos filiales".

5. Contrataciones de bienes y servicios

(...)

6. Beneficios que otorga

(...)

7. Mecanismos de participación de entidades adherentes y trabajadores

(...)

8. Registro de sanciones

(...)

9. Mecanismo de denuncia de ilegalidades, fraudes e irregularidades

(...)

10. Estadística del registro de consultas y reclamos

(...)

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

H. Información de las juntas generales de adherentes

H. Información de las juntas generales de adherentes

De conformidad con lo establecido en el número 7, letra D), Título IV, de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, aprobada por el Decreto Supremo N°47, de 2016, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, se considerará una buena práctica que las mutualidades presenten anualmente ante sus juntas generales ordinarias de adherentes la información que, a más a tardar el ~~15 de febrero~~ 5 de mayo de cada año, la Superintendencia de Seguridad Social les remitirá mediante oficio, sobre los resultados comparativos de aquellos indicadores de gestión cuya difusión estime pertinente.

Dentro de los diez días siguientes a la notificación de ese oficio, las mutualidades podrán presentar observaciones respecto del contenido de la información a difundir, en cuyo caso se emitirá eventualmente un segundo oficio.

En todo caso, cuando las mutualidades implementen esta buena práctica, no podrán alterar el contenido ni el formato de la información que la Superintendencia de Seguridad Social les hubiere remitido, de modo que deberán presentar a las juntas generales ordinarias de adherentes, la totalidad de esa información.

LIBRO VIII. ASPECTOS FINANCIERO CONTABLES TÍTULO IV. Información Financiera A. Estados Financieros de las Mutualidades CAPÍTULO VII. Declaración de Responsabilidad

CAPÍTULO VII. Declaración de Responsabilidad

Deberá estamparse una declaración jurada de responsabilidad respecto de la veracidad de toda la información incorporada en los informes intermedios (trimestrales) y anuales. Dicha declaración deberá ser suscrita por la misma mayoría de los directores requerida por los estatutos sociales para la adopción de acuerdos de Directorio, por el Gerente General o por quien haga sus veces y por el contador responsable de la elaboración de los Estados Financieros de la mutualidad.

Luego del texto de la declaración, se deberá registrar el nombre de los declarantes, sus R.U.T., sus cargos y estamparse sus firmas. La Declaración de Responsabilidad referida a los Estados Financieros Anuales, deberá ser ~~firmada~~ mediante firma electrónica avanzada o ante Notario. El formato de esta declaración se incluye como Anexo N° 6 "Declaración de responsabilidad" de esta Letra A, del Título IV.

LIBRO VIII. ASPECTOS FINANCIERO CONTABLES TÍTULO IV. Información Financiera D. Información financiera del Ministerio de Salud y los Servicios de Salud CAPÍTULO II. Información financiera de los Servicios de Salud relativa al Seguro Escolar 2. Nómina de respaldo del gasto en prestaciones médicas del Seguro Escolar

2. Nómina de respaldo del gasto en prestaciones médicas del Seguro Escolar

~~Junto con el Informe Financiero indicado en este Capítulo, los Servicios de Salud y los establecimientos de salud de carácter experimental deberán enviar al correo electrónico isesat@suseso.cl, un archivo plano con la nómina de respaldo del gasto en prestaciones médicas otorgadas a estudiantes accidentados cubiertos por el Seguro Escolar. Esta nómina deberá incluir el RUT del estudiante, nombre, fecha del accidente y el monto total gastado en dichas prestaciones durante el mes informado. Los Servicios de Salud y los establecimientos de salud de carácter experimental deberán elaborar mensualmente una nómina de respaldo del gasto en prestaciones médicas otorgadas a estudiantes accidentados cubiertos por el Seguro Escolar. Esta nómina deberá incluir el RUT del estudiante, nombre, fecha del accidente y el monto total gastado en dichas prestaciones durante el mes informado.~~

El monto total gastado en prestaciones médicas del Seguro Escolar deberá incluir todas las prestaciones señaladas en el artículo 7° del D.S. N°313, de 1972, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y estar asociado a accidentes ocurridos en el mes de referencia, así como también a eventos ocurridos con anterioridad, cuyo gasto se efectúe en el mes de reporte.

La suma del monto de todas las prestaciones médicas otorgadas en el mes por Seguro Escolar, deberá ser consistente con el monto registrado en la correspondiente partida del Informe Financiero.

El formato de la nómina de respaldo del gasto en prestaciones por Seguro Escolar, se adjunta en el Anexo N°14 "Nómina de respaldo del gasto en prestaciones médicas del Seguro Escolar", de este Título IV.

Dichas nóminas deberán mantenerse a disposición de la Superintendencia de Seguridad Social, en caso que ésta las requiera.