

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

8. Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de las condiciones 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 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, en el campo "indicaciones" se deberá precisar cuál es el ~~factor o agente de riesgo~~ ~~riesgo o agente~~ presente en el puesto de trabajo, que causa la enfermedad profesional.

El organismo administrador deberá designar a un profesional como coordinador para el efectivo reintegro laboral del trabajador. Este coordinador será responsable de informar al trabajador y a la entidad empleadora sobre el proceso de reintegro laboral, coordinar su ejecución de acuerdo con la normativa vigente y verificar el cumplimiento de las medidas correctivas prescritas.

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

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 diez 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, 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 "Informe a entidades fiscalizadoras - formulario B"](#). El referido recargo deberá aplicarse conforme a lo

señalado en el [Capítulo IV. Recargos de la tasa de cotización adicional, de la Letra B, del Título II, del Libro II.](#)

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.](#)

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES/ TÍTULO V. Declaración, evaluación y/o reevaluación de las incapacidades permanentes

TÍTULO V. Declaración, evaluación y/o reevaluación de las incapacidades permanentes

Para efectos de la Ley N°16.744, se considerará invalidez "el estado derivado de un accidente del trabajo o enfermedad profesional que produzca una incapacidad presumiblemente de naturaleza irreversible, aun cuando deje en el trabajador una capacidad residual de trabajo que le permita continuar en actividad". Esta incapacidad permanente podrá dar derecho al pago de una indemnización global o a una pensión de invalidez, total o parcial, dependiendo del porcentaje de pérdida de capacidad de ganancia.

~~Si después de otorgar al trabajador las atenciones médicas y/o de rehabilitación, se determina que procede evaluar su eventual incapacidad permanente, se deberá proceder conforme a lo establecido en el artículo 76 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, para cuantificar el porcentaje de pérdida de capacidad de ganancia que éste presenta, y así establecer la prestación económica a que tendrá derecho.~~

A. Inicio del proceso de evaluación por incapacidad permanente~~Solicitud o inicio de la evaluación~~

1. Análisis de procedencia de la evaluación de incapacidad permanente

~~Si después de otorgar al trabajador las atenciones médicas y/o de rehabilitación, se determina que procede evaluar su eventual incapacidad permanente, se deberá proceder conforme a lo establecido en el artículo 58 de la Ley N°16.744 y en el artículo 76 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, para cuantificar el porcentaje de pérdida de capacidad de ganancia que éste presenta, y así establecer la prestación económica a que tendrá derecho.~~

~~Corresponderá al médico a cargo determinar si existen o no terapias pendientes, según la gravedad y evolución de las secuelas.~~

~~De acuerdo con lo establecido en el artículo 53 bis del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el organismo administrador deberá iniciar la confección del expediente para la evaluación de la eventual incapacidad permanente a más tardar transcurridas las 40 o 92 semanas de subsidio por incapacidad laboral, sea éste continuo o discontinuo. Para ello, el médico a cargo deberá evaluar la situación del trabajador, considerando el o los informes de los distintos especialistas tratantes, a fin de determinar si existen tratamientos curativos pendientes, o si existe una presunta secuela por la que se deba iniciar la evaluación por incapacidad permanente.~~

~~Debe quedar registro en la ficha clínica del trabajador de esta revisión, indicando si se iniciará o no la evaluación por incapacidad permanente.~~

Si al cumplir las 104 semanas, aún existen tratamientos pendientes, el organismo administrador deberá constituir una pensión de invalidez total transitoria, de acuerdo con lo establecido en el Número 3. Pensión de Invalidez Total Transitoria, de la Letra O, del Título III, del Libro VI. Prestaciones económicas.

2. Solicitud de la evaluación por incapacidad permanente

Los organismos administradores y las empresas con administración delegada, deberán derivar al trabajador para la evaluación de su incapacidad permanente, dentro de los 5 días hábiles siguientes al Alta Médica otorgada por el ~~médico tratante~~ médico a cargo, si procede que se evalúe una incapacidad permanente.

Se entenderá por Alta Médica la certificación del médico del término de los tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y otros susceptibles de efectuarse en cada caso específico.

En caso que la entidad empleadora hubiere cambiado de organismo administrador o bien cuando el trabajador cambie de entidad empleadora y esta última se encuentre adherida o afiliada a otro organismo administrador, la evaluación de incapacidad laboral deberá ser efectuada o solicitada, según corresponda, por el organismo administrador que calificó el origen laboral del accidente o enfermedad.

B. Entidades evaluadoras competentes

C. Remisión y recopilación de antecedentes

Para efectos de la evaluación, los organismos administradores y administradores delegados deberán remitir los antecedentes que procedan a la COMPIN o a la comisión evaluadora de incapacidades de la respectiva mutualidad, según corresponda, dejando registrado en el expediente de trámite la fecha en que el trabajador ha sido enviado a evaluación.

Los antecedentes para la evaluación por incapacidad permanente deben ser incorporados en el expediente señalado en el número 3, del Capítulo I, de la Letra A, del Título III, del Libro III, el que para estos efectos deberá contener, además, el informe de especialidades médicas y de rehabilitación, cuando corresponda, y un resumen médico del caso, donde se indique el o los diagnósticos, los tratamientos otorgados y todas las secuelas por las que será evaluado el trabajador, incluidas aquellas que anteriormente el mismo u otro organismo administrador hubiese evaluado o solicitado evaluar a una COMPIN. Dicho resumen debe ser confeccionado por el médico a cargo.

Si la anterior evaluación de incapacidad permanente fue efectuada o solicitada por otro organismo administrador, el organismo que debe efectuar o solicitar la reevaluación, deberá requerir a ese otro organismo que, en un plazo no superior a 10 días hábiles, le remita los antecedentes médicos y ocupacionales en los que se basó esa primera evaluación. La petición de esos antecedentes deberá formularla dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que determine la procedencia de reevaluar o solicitar la reevaluación, producto de las nuevas secuelas.

El ISL deberá adoptar las providencias y realizar las coordinaciones necesarias, para que las entidades con las que mantiene convenios de atención médica, le envíen todos los antecedentes médicos para dar inicio al trámite de evaluación en la respectiva COMPIN.

Atendido que el artículo 77 de la Ley N°16.744 otorga a los organismos administradores el derecho de reclamar ante la COMERE, de lo que resuelva la COMPIN, y que para ello requiere contar con los documentos y exámenes médicos que sirvieron para la evaluación del trabajador y en virtud de los cuales se basó dicho dictamen, la COMPIN deberá poner dichos antecedentes a disposición del ISL cuando éste se los requiera.

Por lo tanto, en el marco de las evaluaciones médicas, las referidas Entidades deberán coordinarse, agotando todas las gestiones destinadas a recopilar y compartir la información necesaria, de manera eficaz y oportuna.

D. Emisión y notificación de la resolución de la incapacidad permanente (REIP)

E. Gratuidad

F. Instancias de reclamo y/o apelación

G. Reevaluación y revisión de incapacidades

En los períodos intermedios de los controles y exámenes establecidos en el Título VI de la Ley N°16.744, relativo a la Evaluación, Reevaluación y Revisión de incapacidades, el interesado podrá por una sola vez solicitar la revisión de su incapacidad, (inciso cuarto, artículo 76 bis).

Después de los primeros 8 años, el interesado podrá, por una vez en cada período de 5 años, requerir ser examinado (inciso quinto, artículo 76 bis de la Ley N°16.744).

Si la entidad empleadora hubiere cambiado de organismo administrador, o bien cuando el trabajador cambie de entidad empleadora y esta última se encuentre adherida o afiliada a otro organismo administrador, la revisión de la incapacidad será efectuada por el organismo que calificó el origen laboral del accidente o enfermedad, conforme a lo dispuesto en el artículo 63 de la Ley N°16.744.

En caso que, al momento de adquirirse el derecho a pensión o indemnización, el trabajador se encontrare afiliado o adherido a un organismo administrador distinto a aquel que realizó la revisión de la incapacidad, este último deberá notificar el resultado de la revisión, al organismo administrador que deba pagar la respectiva prestación económica, de acuerdo a lo señalado en el artículo 70 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Tratándose de la reevaluación de la incapacidad permanente, por la ocurrencia de un nuevo accidente o enfermedad, esta será efectuada por el organismo administrador que haya calificado el origen del nuevo accidente o enfermedad, conforme a lo señalado en el artículo 61 de la Ley N°16.744. Si el organismo administrador que evaluó o solicitó la evaluación de la incapacidad permanente derivada de la anterior contingencia es otro organismo, el obligado a reevaluar o solicitar la reevaluación, deberá solicitar a ese otro organismo que le remita los antecedentes médicos que sustentaron esa primera evaluación, conforme a lo instruido en la Letra C precedente.

H. Calificación de origen de invalidez, Comisión Médica Central Ampliada D.L. N°3.500 de 1980

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 IV. Evaluación de riesgo psicosocial laboral

3. Instrucciones a los organismos administradores y administradores delegados sobre el uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21

- e. Con respecto a los lugares de trabajo que hayan presentado un caso de enfermedad mental de carácter profesional, a fin de ser incorporados al programa de vigilancia, los organismos administradores de la Ley N°16.744 deberán:
 - i. Notificar a la entidad empleadora el ingreso del centro de trabajo al programa de vigilancia en un plazo no superior a 20 días hábiles desde la notificación al empleador de la resolución de calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA). Dicha notificación deberá efectuarse a través de alguna de las modalidades previstas en el número 5, Capítulo II, letra C, Título III, del Libro III, registrando en sus sistemas de información, la forma y fecha en que se realizó.

- ii. Aplicar la versión completa del instrumento, independiente del número de trabajadores del lugar de trabajo, y cumplir con las acciones indicadas en los numerales ii, iii, iv, vi, vii y viii de la letra c) precedente.
- iii. Las gestiones indicadas en el numeral iv) de la letra c) precedente, deberán ser iniciadas dentro del plazo de un mes, desde la fecha en que el organismo administrador notifica a la entidad empleadora del ingreso del centro de trabajo al programa de vigilancia. Además, se deberá tener presente que, el término de la aplicación del cuestionario no podrá sobrepasar los 3 meses, contados desde la calificación de la patología de salud mental de origen profesional.
- iv. En estos casos, el análisis y diseño de las intervenciones deben tener en cuenta los hallazgos del estudio de puesto de trabajo realizado durante la calificación del origen de la enfermedad, resguardando la confidencialidad de los datos del trabajador evaluado. Para estos efectos, el área responsable de la realización de dicho estudio deberá poner a disposición del área a cargo del plan específico de vigilancia ambiental de riesgos psicosociales en el trabajo, la información contenida en el [Anexo N°28 "Antecedente del proceso de calificación de patología de salud mental para su uso en prevención"](#) de la [Letra H, Título III del Libro III](#).
- v. En centros de trabajo con 100 o menos trabajadores, la evaluación de los factores de riesgo psicosocial laboral deberá realizarse a nivel de centro de trabajo abarcando a todos los trabajadores. En centros de trabajo con más de 100 trabajadores, el organismo administrador en su calidad de experto asesor en prevención y considerando otros antecedentes sobre seguridad y salud ocupacional propios del centro de trabajo, podrá determinar si la evaluación de los factores de RPSL abarcará a todo el centro de trabajo o sólo la o las unidades donde el trabajador enfermo estuvo expuesto al riesgo.

En este último caso, con el objetivo de resguardar el anonimato y confidencialidad de los participantes y que la evaluación sea representativa de un área o sección mayor de un centro de trabajo, la unidad de vigilancia deberá conformarse con un mínimo de 25 personas. De no ser posible podrá conformarse con un número menor de personas, siempre que consientan en ser evaluados en una unidad de vigilancia de menos de 25 personas. La segmentación de una unidad de vigilancia, en unidades de análisis funcional, geográfica o de ocupación, podrá efectuarse cuando dicha unidad esté integrada por 50 o más trabajadores. En todos los casos siempre lo recomendable es evaluar el centro de trabajo en su totalidad.

- vi. En el caso que el centro de trabajo cuente con una evaluación de RPSL realizada con la versión completa del cuestionario y haya transcurrido menos de un año desde el término de la aplicación, el organismo administrador deberá verificar el correcto cumplimiento de la metodología SUSESO/ISTAS21. En este caso, la verificación del cumplimiento de las medidas recomendadas o prescritas, según corresponda, deberá realizarse en el mes de inicio del proceso de reevaluación.
- vii. Generar, en todos los casos, un programa de retorno al lugar de trabajo para el trabajador que haya sido calificado con una patología de salud mental de origen profesional, [de acuerdo a lo instruido en el número 8, del Capítulo IV, de la Letra A, del Título III, del Libro III](#). Dicho programa deberá ser comunicado al empleador, dejando registro de esta acción en sus sistemas.

LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS/ TÍTULO I. Generalidades/ C. Indicadores de calidad y acreditación de centros asistenciales

C. Indicadores de calidad y acreditación de centros asistenciales

1. Indicadores de calidad de la atención de salud al trabajador

Los organismos administradores deberán establecer por escrito los indicadores de calidad que utilizarán para el adecuado control del otorgamiento de las prestaciones médicas, para cada uno de los niveles de complejidad de sus centros asistenciales, es decir, desagregados de acuerdo a las

siguientes categorías: centros hospitalarios, incluidas las clínicas regionales, centros de atención ambulatoria y otras subcategorías que estimen pertinentes.

Los indicadores de calidad deberán considerar, a lo menos los siguientes:

- Tasa de reclamos por prestaciones médicas (hospitalaria, de urgencia y ambulatoria).
- Tasa de reclamos por tiempo de espera.
- Postergación de cirugías.
- Reingreso de casos con alta prematura.
- Tiempo de espera en primera atención.

~~Los organismos administradores podrán incluir, por ejemplo, indicadores sobre la cantidad y causa de reclamos asociados a la atención médica, postergación de cirugías, número de reingresos, entre otros.~~

Los resultados de estos indicadores deben ser analizados y si hubiere brechas que abordar, el organismo administrador deberá elaborar un plan de mejoras, con la designación de responsables y el plazo para su ejecución.

El resultado de los indicadores, así como el informe de brechas y el plan antes señalado, deberán ser reportados a la Superintendencia de Seguridad Social, el 31 de marzo de cada año, o el día hábil siguiente, referido al año anterior. La información requerida deberá ser enviada a través del Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS), de acuerdo a lo instruido en el Título II, Libro IX.

~~Para este efecto, las mutualidades de empleadores deberán enviar a la aprobación de la Superintendencia de Seguridad Social, una propuesta conjunta de indicadores, debiendo remitir el primer informe, con los elementos a que se refiere el párrafo precedente, el semestre siguiente a aquél en que se apruebe~~

2. Indicadores de seguimiento de casos

Los organismos administradores y administradores delegados deberán establecer indicadores que permitan realizar el seguimiento de todos los casos ingresados por enfermedad profesional y los casos graves ingresados por accidentes del trabajo o de trayecto. Para estos efectos, se entenderá por "casos graves" aquellos accidentados que requieran hospitalización.

Estos indicadores deberán permitir monitorizar la coordinación interdisciplinaria para el tratamiento y rehabilitación del trabajador accidentado o enfermo, según se requiera (especialidades médicas, cirugías, terapia ocupacional, salud mental, kinesiología, fonoaudiología, entre otros), los controles a nivel local, responsables y plazos, para vigilar que las prestaciones sean otorgadas de un modo adecuado y oportuno.

Los resultados de estos indicadores deben ser analizados anualmente y en caso de detectar brechas, el organismo administrador o el administrador delegado deberá elaborar un plan de mejoras, con la designación de responsables y el plazo para su ejecución.

El resultado de los indicadores, el informe de brechas y el plan señalado en el párrafo anterior, deberán ser reportados a la Superintendencia de Seguridad Social, el 31 de marzo de cada año, o el día hábil siguiente, todo en referencia a la evaluación del año calendario anterior. La información requerida deberá ser enviada a través del Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS), de acuerdo a lo instruido en el Título II, Libro IX.

Para este efecto, los organismos administradores y los administradores delegados deberán enviar a la aprobación de la Superintendencia de Seguridad Social, una propuesta conjunta de indicadores, debiendo remitir el primer informe, en relación a la evaluación del año calendario siguiente a aquel en que se apruebe la señalada propuesta.

3.2. Acreditación en garantías de calidad en salud de centros asistenciales

Los organismos administradores deberán acreditar sus centros asistenciales ante la Superintendencia de Salud, en conformidad con lo establecido en la Ley N°19.966, del Ministerio de Salud, de acuerdo al plan presentado por cada uno de los organismos y aprobado por este Servicio.

Al respecto, se deberá informar anualmente a la Superintendencia de Seguridad Social, durante el mes de enero de cada año, los avances logrados en el proceso de acreditación.

Los centros de atención que por sus características propias no sean parte del plan de acreditación regulado por la Superintendencia de Salud, deberán cumplir, a lo menos, con los siguientes estándares de calidad:

- a. Contar con las respectivas autorizaciones sanitarias, de acuerdo a la cartera de prestaciones de la agencia;
- b. Efectuar la gestión de reclamos conforme a la normativa vigente;
- c. Entregar información médica al paciente;
- d. Contar con el mural establecido en el [Título III del Libro VII](#);
- e. Contar con la carta de derechos y deberes de los pacientes establecida en el artículo 8° de la Ley N°20.584;
- f. Poseer un procedimiento para enfrentar emergencias;
- g. Contar con un sistema de derivación de aquellas urgencias que excedan su capacidad de resolución;
- h. Cumplir con los requisitos de certificación de títulos de sus profesionales y técnicos;
- i. Contar con una ficha clínica única para cada paciente, de acuerdo a lo dispuesto en la [letra D del presente título](#), y
- j. Efectuar mantención preventiva de sus equipos críticos.

LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS/ TÍTULO II. Atenciones médicas/ C. Atención en centros ambulatorios de las agencias del organismo administrador

C. Atención en centros ambulatorios de las agencias del organismo administrador

1. Antecedentes generales

Las agencias de los organismos administradores otorgan primeras atenciones o realizan controles programados, en un sistema de atención abierta de baja o mediana complejidad.

Las agencias que presten servicios asistenciales de salud siempre deben contar con un médico cirujano disponible durante su horario de funcionamiento, quien brindará la primera atención a trabajadores que consultan directamente y a aquellos que son derivados desde los centros de atención ubicados en la empresa o desde los servicios de urgencia de los centros asistenciales con o sin convenio.

2. Gestión de tiempos de espera

Los centros de atención de las agencias deberán contar con una planificación operativa que, de acuerdo a la capacidad de atención disponible en éstos, permita gestionar los tiempos de espera de los trabajadores que no tienen urgencia desde el punto de vista médico. Esta planificación debe constar por escrito y el documento respectivo, debe estar a disposición de la Superintendencia de Seguridad Social, a partir del 2 de mayo de 2018.

3. Plan de contingencia

Las agencias deberán contar con un plan de contingencia para enfrentar situaciones excepcionales, asociadas a una mayor demanda o a la disminución de los recursos profesionales disponibles para la atención.

Dicho plan deberá ser de fácil implementación, quedando establecidos por escrito los procedimientos y responsables de cada etapa, además de los elementos o situaciones que se considerarán para su activación.

Para el cumplimiento de esta instrucción se deberá establecer un plan común para todas las agencias, el que deberá ser adaptado a la realidad de cada una, mediante un anexo.

El referido plan común deberá ser ~~remitido a la Superintendencia de Seguridad Social para su conocimiento y~~ difundido a todos los integrantes del equipo de atención de las agencias, ~~a más tardar el 2 de mayo de 2018.~~

4. Prestaciones de especialistas

Además de los médicos generales que atienden la demanda habitual, las agencias situadas en las capitales regionales deberán contar con disponibilidad de traumatólogo y otros especialistas, definidos de acuerdo a la morbilidad más frecuente observada localmente.

En esta materia, se debe tener en consideración que los pacientes con patologías de salud mental deben ser controlados por un mismo psicólogo, en el caso de que esta atención sea necesaria, y por el mismo médico especialista, salvo en los casos en que exista una situación de urgencia.

LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS/ TÍTULO II. Atenciones médicas/ E. Rehabilitación

E. Rehabilitación

1. Definición

La rehabilitación es un proceso destinado a permitir que las personas con incapacidad temporal o permanente, alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y social.

La rehabilitación comprende, entre otras actividades, atención médica, fisioterapia, kinesiología, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, tratamiento psiquiátrico y terapia psicológica, confección de prótesis y de aparatos ortopédicos y su reparación.

El tratamiento debe ser prescrito por un médico, señalando el objetivo, duración del mismo y fecha de control, quien será responsable de la supervisión de la evolución del paciente e indicación del alta.

En la ficha clínica se debe registrar las indicaciones, las evaluaciones funcionales, así como la evolución de los resultados de la rehabilitación.

Los organismos administradores, a más tardar el 2 de mayo de 2018, deberá confeccionar y contar con protocolos de tratamiento para las afecciones más frecuentes, en sus agencias y hospitales.

2. Objetivos de la rehabilitación

El proceso de rehabilitación tiene dos objetivos:

a) Recuperar la capacidad funcional que el trabajador tenía previo al siniestro.

La recuperación puede ser total o parcial. Cuando ésta es parcial, se debe evaluar la pérdida de capacidad de ganancia, activando el proceso de evaluación de incapacidad permanente.

En el caso que proceda la evaluación por incapacidad permanente, el organismo administrador informará al trabajador sobre el beneficio de la reeducación profesional, en los términos señalados en la Letra F de este Título.

b) Coordinar la readecuación del puesto de trabajo en el proceso de reintegro laboral.

Tratándose de enfermedades profesionales que hayan requerido rehabilitación, al término de la cual los trabajadores estén en condiciones de reintegrarse a sus labores, el organismo administrador debe proceder de acuerdo con lo instruido en el número 8, del Capítulo IV, de la Letra A, del Título III, del Libro III.

En caso de accidente del trabajo o de trayecto, si al término de la rehabilitación no se obtiene una recuperación total del trabajador, el organismo administrador designará a un responsable, quien podrá entregar, la asistencia técnica necesaria a la entidad empleadora para realizar los ajustes razonables que permitan la readecuación del puesto de trabajo.

23. Centros de rehabilitación a nivel regional

Los organismos administradores deberán contar en cada una de las regiones del país con centros de rehabilitación propios o en convenio que cumplan las siguientes exigencias:

a) Infraestructura y equipamiento

- i. Los centros deben ubicarse cercanos al lugar donde se efectúa la atención médica, para facilitar la supervisión de los tratamientos. Esta exigencia no será aplicable cuando el centro de rehabilitación pertenezca a un prestador en convenio.
- ii. El espacio debe ser adecuado en relación a la demanda de prestaciones kinésicas, con el fin de otorgar una atención personalizada y con la debida comodidad de los pacientes, evitando el hacinamiento.

Deben contar con un gimnasio, con los implementos de apoyo para ejercicios y entrenamiento de marcha, boxes para fisioterapia con sus correspondientes equipos y una sala de terapia ocupacional.

Al término del proceso de rehabilitación, se debe evaluar la capacidad funcional del trabajador. El espacio debe estar diseñado para poder realizar dicha evaluación y recrear acciones ajustables al perfil funcional remanente.

- iii. Deben contar con protocolos para la prescripción médica, indicaciones para el uso correcto, entrega y mantención de ayudas técnicas como bastones, sillas de ruedas, entre otros, los que deben estar disponibles para cuando la Superintendencia de Seguridad Social los requiera.

b. Recursos humanos

El centro deberá contar con profesionales para proporcionar atención kinésica adecuada y, asimismo, deberá disponer en su red, de otros profesionales del área de la rehabilitación, con el objetivo de otorgar una atención integral al paciente que lo requiera, acompañándolo en su reintegro laboral y social.

El centro deberá designar un profesional, quien será el referente técnico para el médico a cargo y, cuando corresponda, deberá coordinar las prestaciones con el centro de rehabilitación de alta complejidad del organismo administrador o de prestadores externos en convenio.

El centro deberá confeccionar un informe de rehabilitación al término del proceso. En dicho informe se debe indicar si existen secuelas que deban ser evaluadas.

34. Atención de rehabilitación de pacientes de alta complejidad en establecimientos hospitalarios del organismo administrador

a. Infraestructura y equipamiento

- i. Deben contar con una planta física, con la capacidad suficiente para dar cobertura a la demanda y que permita una distribución de los espacios para la realización de las distintas actividades.
- ii. Deben contar con boxes de consulta médica y fisioterapia, gimnasio amplio con implementos de apoyo para ejercicios terapéuticos.
- iii. Además, deben tener salas de integración sensorial y terapia ocupacional para entrenamiento en actividades de la vida diaria y confección de órtesis y férulas.

b. Recursos humanos

El centro de rehabilitación debe contar con médico fisiatra y tener acceso a otras especialidades médicas (traumatólogo, neurólogo, cirujano plástico) y otros profesionales (kinesiólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, sicólogo, asistente social, entre otros).

LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS/ TÍTULO II. Atenciones médicas/ F. Reeduccion profesional

F. Reeducción profesional

1. Definición

La reeducación profesional es la prestación a que tiene derecho un trabajador inválido que se encuentra imposibilitado de desarrollar la función o labor habitual que tenía al momento del accidente o del diagnóstico de su enfermedad, para ser instruido en algún oficio o profesión que le permita utilizar su capacidad funcional residual, mediante un proceso de aprendizaje, en alguna de las áreas que solicite. No obstante, esta prestación debe otorgarse siempre dentro de los márgenes racionales, que se señalan en el número 2 de esta Letra F.

La Ley N°16.744 considera inválido al trabajador que producto de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional presenta una disminución en su capacidad funcional con alcance médico legal, es decir, igual o superior a un 15% de incapacidad presumiblemente permanente.

2. Márgenes racionales para otorgar la reeducación profesional

La reeducación profesional debe impetrarse dentro de márgenes racionales, teniendo en consideración que la prestación de reeducación implica volver a educar, es decir, instruir para el oficio o profesión que se tenía o para otra labor que pueda desarrollar el trabajador, considerando sus intereses y aptitudes.

La reeducación profesional debe otorgarse dentro de márgenes racionales, considerando, al menos, los siguientes:

- i. El curso o capacitación debe permitir al trabajador desempeñar un oficio o trabajo susceptible de generarle ingresos.
- ii. Dicho curso debe ser acorde a su capacidad de ganancia residual, y
- iii. Podrá exceder el nivel educacional que el trabajador poseía previo al accidente del trabajo o enfermedad profesional que causó la incapacidad permanente.

La reeducación profesional debe contemplar el financiamiento de los siguientes gastos:

- i. Matrícula.
- ii. Mensualidades o arancel.
- iii. Artículos de estudio, tales como cuadernos, libros, lápices.
- iv. Equipos informáticos, insumos técnicos y afines. En este caso, se deberá requerir al interesado y/o directamente a la casa de estudios, los antecedentes que avalen la necesidad imperiosa y objetiva de contar con esos equipos o insumos y que precisen cuáles son los requerimientos técnicos que aquellos deben cumplir. Una vez obtenida esa información, el organismo administrador o administrador delegado deberá optar por la adquisición de un equipo o insumo de valor razonable, de acuerdo con la calidad y funcionalidad necesarias para el cumplimiento de la reeducación profesional.
- v. Gastos de traslado, solo en caso que el trabajador no pueda desplazarse por sus propios medios, lo que debe ser certificado y autorizado por el médico tratante o a cargo.

3. Procedimiento para solicitar la reeducación profesional

El organismo administrador o el administrador delegado deberá informar al trabajador inválido que no pueda realizar sus labores habituales, sobre el contenido y alcance del beneficio de la reeducación profesional y sobre cómo puede solicitarla.

Para tal efecto, los organismos administradores y administradores delegados, deberán poner a disposición de los trabajadores inválidos un formulario de solicitud que contenga, al menos, los siguientes campos:

i. Datos del trabajador.

ii. Fecha de la solicitud.

iii. Nivel educacional del trabajador previo al accidente o enfermedad que dio origen a la incapacidad permanente, con las siguientes opciones, sin escolaridad, educación básica, educación media, técnico profesional, universitario, postgrado.

iv. Tipo de reeducación profesional que solicita: curso, seminario, carrera técnica o profesional, estudio de postgrado, y la materia o área de conocimiento (por ejemplo, electricidad, mecánica, salud, contabilidad, etc.).

v. Motivo por el que solicita la reeducación profesional (de qué modo le permitirá al trabajador hacer un mejor uso de su capacidad de ganancia residual).

4. Designación de un profesional encargado.

El organismo administrador o el administrador delegado deberá designar un profesional encargado, con las siguientes funciones:

i. Recepcionar la solicitud del trabajador.

ii. Conformar un expediente electrónico con los siguientes antecedentes: REIP, informe médico de las secuelas, la capacidad funcional residual, la capacidad para desarrollar la función o labor habitual desempeñada antes del accidente o del diagnóstico de enfermedad. El encargado podrá solicitar otros antecedentes por requerimiento del comité de reeducación profesional.

iii. Enviar el expediente al comité de reeducación profesional para su análisis y resolución.

iv. Una vez aprobado el beneficio, realizar las gestiones necesarias para su adecuado y oportuno otorgamiento.

5. Comité de reeducación profesional

El organismo administrador o el administrador delegado deberá constituir un comité de reeducación profesional, conformado por 5 integrantes con, al menos, un médico, un profesional del área de la salud y uno del área social. El comité podrá sesionar en modalidad presencial o remota.

El comité de reeducación deberá verificar si el solicitante cumple los requisitos para acceder al beneficio y si los términos en que solicita su reeducación se enmarcan dentro de los márgenes racionales establecidos en el número 2 de esta Letra F.

El comité de reeducación deberá pronunciarse sobre la solicitud, mediante una resolución fundada, en un plazo no superior a quince días hábiles, contados desde su presentación. Dicha resolución deberá ser notificada al trabajador en un plazo no superior a cinco días hábiles. En ella, se deberá hacer presente al trabajador que en caso de disconformidad, podrá apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social, dentro del plazo de noventa días hábiles, establecido en el inciso tercero del artículo 77 de la Ley N°16.744.

6. Registro

El organismo administrador y el administrador delegado deberán mantener un registro de los trabajadores a los que se les ha otorgado esta prestación, precisando su modalidad (curso, carrera de nivel técnico, entre otros), la materia o área de conocimiento, la duración, la

institución que lo imparte, el gasto total comprometido, y si fue o no concluido, precisando cuando corresponda, las causas de deserción o abandono.

Además, el organismo administrador deberá verificar anualmente el cumplimiento de los requisitos académicos que la institución educacional exige para la continuidad de los estudios, requiriendo al beneficiario o a dicha institución, un certificado que acredite tal situación.

LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS/ TÍTULO III. Derivación e interconsultas/ A. Derivación

A. Derivación

1. Definición

Se entiende como el envío de un paciente desde un centro asistencial a otro, para continuar su estudio y/o tratamiento en el segundo establecimiento.

La derivación podrá realizarse entre los centros de atención propios de un organismo administrador o de un administrador delegado, según sea el caso o desde éstos a un prestador externo.

2. Responsables de la indicación de derivación y medio de traslado

El ~~médico tratante~~ médico a cargo será el responsable de determinar, de acuerdo a la condición clínica del paciente, la indicación de derivación, el centro al que será derivado y el medio de traslado a emplear. Además, debe indicar por escrito, tanto en la ficha clínica como en la hoja de derivación, el o los objetivos de ésta.

Los organismos administradores y administradores delegados, según sea el caso, deberán contar con un procedimiento destinado a supervisar de manera periódica la evolución clínica de los pacientes que han sido derivados a una institución de salud externa y el cumplimiento de los objetivos de la derivación.

Asimismo, tratándose de prestaciones ambulatorias, un profesional de la salud definirá, en caso de ser necesario, las condiciones que debe presentar el alojamiento en el lugar de destino, cuando corresponda.

3. Protocolos de derivación y traslado

Cada organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, deberá disponer de protocolos de derivación y traslado escritos, los cuales deben contener las indicaciones que sean necesarias para cubrir las distintas situaciones clínicas, e identificar a los responsables de cada proceso, incluyendo la coordinación de traslados, tipo de transporte, equipamiento utilizado durante éste, horas médicas, alojamiento, procedimiento para proporcionar antecedentes médicos al profesional consultado y criterios de derivación. Dichos protocolos deberán regular especialmente la derivación de pacientes con cuadros clínicos complejos.

El organismo administrador y administradores delgados, según corresponda, deberán revisar en forma periódica el cumplimiento de estos protocolos, a fin de controlar su adecuada utilización, pesquisar y corregir posibles deficiencias en su aplicación.