

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES/ TÍTULO IV. RECHAZO POR CALIFICACIÓN DE ORIGEN COMÚN O LABORAL ARTÍCULO 77 BIS. LEY N°16.744

A. ANTECEDENTES

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

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

B. DERIVACIÓN DEL TRABAJADOR

1. Resolución del primer organismo interviniente

~~Para que opere el procedimiento señalado en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, es necesaria la emisión por parte del primer organismo interviniente de una resolución que rechace la licencia médica o el reposo, fundada en que la afección invocada tiene o no origen profesional (calificación) y derive al trabajador al segundo organismo, proporcionándole copia de la misma.~~

~~Las resoluciones de calificación deberán indicar el derecho que le asiste a los trabajadores a reclamar, ante la Superintendencia de Seguridad Social, respecto de la decisión adoptada.~~

~~En especial, los organismos administradores de la Ley N°16.744, al realizar la calificación del cuadro del trabajador, deberán dar aplicación a los criterios y plazos contenidos en el Título II y Título III, de este Libro III.~~

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

~~En el mismo plazo señalado en el párrafo anterior, los organismos administradores deberán notificar la calificación al organismo de salud común que corresponda, es decir, a la ISAPRE en que se encuentre afiliado el trabajador o bien, tratándose de trabajadores afiliados a FONASA, a la COMPIN o Subcompin (SEREMI de Salud) correspondiente al domicilio del empleador, adjuntando copia de la resolución de calificación del origen de accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA), del informe de calificación a que se alude en el Título II (accidente del trabajo y de trayecto) y en el~~

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

~~Título III (enfermedades profesionales) de este Libro III, y de la o las órdenes de reposo. Las entidades de salud común deberán resguardar la confidencialidad de los datos sensibles contenidos en la información que se les remita.~~

~~La notificación deberá efectuarse a través de la oficina de partes de la entidad del sistema de salud común que corresponda. El organismo administrador deberá conservar una copia de los antecedentes notificados, que consigne el respectivo timbre con la fecha de notificación.~~

~~Alternativamente, el organismo administrador podrá acordar otro mecanismo de notificación con las entidades del sistema de salud común, siempre y cuando dicho mecanismo registre de manera fidedigna la fecha de notificación de la calificación.~~

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

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

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

~~Atendido que el rechazo de una licencia médica o de un reposo médico, en este caso por el origen de una enfermedad o accidente, implica la denegación de la cobertura de prestaciones por parte de la entidad actúa como primer interviniente en la aplicación del artículo 77 bis, este rechazo debe estar sustentado en antecedentes médicos concretos del respectivo trabajador que hagan plausible su eventual discusión respecto del origen de la respectiva enfermedad o accidente, ya sea ante el organismo que actúa como segundo interviniente y así como, ante la Superintendencia de Seguridad Social.~~

~~Las resoluciones deberán indicar el derecho que le asiste a los trabajadores a reclamar, ante la Superintendencia de Seguridad Social, respecto de la decisión adoptada.~~

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deben sustentar su resolución, a lo menos, en los siguientes antecedentes:

a) La resolución de calificación del accidente o enfermedad (RECA).

b) El informe de calificación a que se alude en el Título II (accidente del trabajo y de trayecto) y en el Título III (enfermedades profesionales) del Libro III del Compendio de Normas del Seguro de la Ley N°16.744.

c) Copia de la(s) orden (es) de reposo (s) o licencia (s) médica (s) rechazada (s) por dicho articulado, según corresponda.

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

Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 de remitir al Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) las Resoluciones de Calificación (RECA), en los plazos instruidos al efecto.

En el mismo plazo señalado en el párrafo anterior, los organismos administradores deberán notificar la calificación al organismo de salud común que corresponda, es decir, a la ISAPRE en que se encuentre afiliado el trabajador o bien, tratándose de trabajadores afiliados a FONASA, a la COMPIN o Subcomisión correspondiente al domicilio del empleador, adjuntando copia de la resolución de calificación del origen de accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA), del informe de calificación a que se alude en el Título II (accidente del trabajo y de trayecto) y en el Título III (enfermedades profesionales) de este Libro III, y de la o las licencias médicas u órdenes de reposo, según corresponda. Las entidades de salud común deberán resguardar la confidencialidad de los datos sensibles contenidos en la información que se les remita.

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

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

b) Copia de la (s) licencia (s) médica (s) rechazada (s) por dicho articulado.

Por otra parte, con el objeto de contar con un expedito relacionamiento entre el primer y segundo interviniente en la aplicación del procedimiento del artículo 77 bis, las comunicaciones y notificaciones se deberán realizar a través de un canal electrónico. El que también deberá ser utilizado para las solicitudes de reembolso de aquellas situaciones no 77 bis.

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

A través de dicho medio, se deberá remitir la notificación de la calificación, los antecedentes médicos del trabajador (cuando este lo autorice), las cartas de cobranza, la entrega y/o devolución de antecedentes en cobranza, según corresponda.

El canal de comunicación, como método de relacionamiento, deberá constar en un protocolo aceptado por cada entidad. Asimismo, deberá ser dado a conocer al Gerente General o al Director Nacional de las entidades intervinientes e informado por parte de los intervinientes en el procedimiento del artículo 77 bis a la Superintendencia de Seguridad Social.

En dicho protocolo, se debe definir, a lo menos, el canal electrónico que se utilizará para las comunicaciones y notificaciones, la forma de la comunicación y el peso de la información que las entidades podrán remitirse, entre otras reglas de relacionamiento.

En caso de utilizarse correos electrónicos para las comunicaciones y notificaciones, estos podrán ser complementados o sustituidos por el uso de plataformas electrónicas integradas. Las entidades se entenderán notificadas con el envío de la respectiva información por el canal electrónico que hubiesen adoptado. Este medio de comunicación, hará plena fe de la fecha en que se concrete la respectiva notificación.

El respectivo protocolo suscrito por las entidades intervinientes, debe contemplar, entre otros, la identificación de la casilla electrónica que utilizarán para las comunicaciones y las notificaciones por aplicación del artículo 77 bis, no 77 bis y solicitudes de reembolsos (cartas de cobranzas), la que estará compuesta por la abreviatura del nombre o razón social de la entidad interviniente y las siglas: “77 bis”, “no 77 bis”, “77 bis en cobranza”, por ejemplo:

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

[nombre del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN]NO77biscobranza@xxx.cl.

[nombre corto del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN]NO77bisencobranza@xxx.cl.

Las herramientas de comunicación electrónica adoptadas por las entidades, deben preservar la confidencialidad en el tratamiento de la información del trabajador, velando por el principio de reserva y del fin de la licitud de la entrega, teniendo como objetivo primordial, la inmediata cobertura de sus beneficios de salud. De ello se deberá dejar constancia escrita en el respectivo protocolo suscrito por las entidades.

El señalado protocolo de comunicación y notificación deberá suscribirse durante el año 2022. Entretanto este no se suscriba, de manera transitoria, las comunicaciones y remisión de información, deberán ser enviadas en papel a la oficina de partes de la sucursal matriz de la respectiva entidad.

Si después de haber sido notificado del origen común de su patología, el trabajador decide continuar atendándose en los centros médicos de alguna mutualidad, bajo la cobertura de su régimen de

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

salud común, deberá suscribir, previo a su reingreso, el formulario cuyo formato se contiene en el Anexo N°26 "Declaración Ingreso Paciente Común" de este Título IV. En ningún caso, las prestaciones que se otorguen en esta modalidad, podrán incluirse en las cartas de cobranzas que se emitan al efecto.

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

~~2. Emisión de licencias médicas de derivación por parte de los organismos administradores de la ley n°16.744~~

~~Cuando la primera entidad interviniente es una mutualidad de empleadores o el Instituto de Seguridad Laboral, y se estima que la afección tiene un origen común y requiere reposo, deberá entregar al trabajador, junto con la mencionada resolución de calificación, la correspondiente licencia médica "de derivación", en formato papel, para ser tramitada ante su institución del régimen de salud común. Asimismo, deberá entregar al trabajador una copia del formulario contenido en el Anexo N°27 "Derivación de Paciente (artículo 77 bis, de la Ley N°16.744)", de este Título.~~

~~La licencia médica "de derivación" emitida por los organismos administradores de la Ley N°16.744 o por los prestadores médicos con los que mantienen convenio vigente, no podrá extenderse por un período de reposo superior a 30 días. Ello, considerando la periodicidad con que deben pagarse las remuneraciones, ya que el subsidio por incapacidad laboral o temporal tiene por objeto, precisamente, reemplazar las rentas de actividad del accidentado o enfermo, debiendo existir continuidad de ingresos entre remuneraciones y subsidios.~~

~~En atención a lo anterior, en el evento que el trabajador haya ingresado a los servicios asistenciales del correspondiente organismo administrador o sea atendido en un "centro en convenio", y se le haya prescrito reposo por más de 30 días, el subsidio por incapacidad temporal correspondiente, deberá pagársele con una periodicidad no superior a 30 días, aunque posteriormente se determine que su dolencia es de origen común.~~

Cuando la primera entidad interviniente estime que la afección tiene un origen distinto a aquel por el cual el profesional otorgó el reposo al trabajador, junto con la emisión de una resolución de rechazo por artículo 77 bis, deberá emitir una licencia médica "de derivación", ya sea en formato papel o electrónica. La licencia médica "de derivación" debe ser entregada al trabajador para que la

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

presente al otro sistema previsional de salud, común o laboral, según corresponda. Adicionalmente, en el caso de los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deberán entregar al trabajador una copia del formulario contenido en el Anexo N°27 "Derivación de Paciente (artículo 77 bis, de la Ley N°16.744)", de este Título.

Se debe considerar que, para emitir una licencia médica "de derivación", de manera electrónica, la Zona A.6. del respectivo formulario debe consignar en la sección "otros diagnósticos", lo siguiente: "licencia médica de derivación otorgada por [nombre del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN], por aplicación del artículo 77 bis". Lo que se debe reiterar en la Zona E del respectivo formulario electrónico.

En el caso de las mutualidades y el Instituto de Seguridad Laboral la licencia médica "de derivación" que emitan deberá contener a lo menos un día de reposo futuro y extenderse por un período de reposo que no sea superior a 30 días corridos. Ahora bien, por aplicación del artículo 77 bis podrán, excepcionalmente, extender una licencia médica "de derivación" sin días de reposo futuro cuando no han transcurrido más de 30 días, contados desde el inicio del reposo médico. En estas situaciones, el reposo médico pudiese provenir de otro continuo o discontinuo que afectó al trabajador y cuyo subsidio por incapacidad laboral ya fue cubierto por el organismo administrador como una situación no 77 bis.

En atención a lo anterior, en el evento que el trabajador haya ingresado a los servicios asistenciales del correspondiente organismo administrador o sea atendido en un "centro en convenio", y se le haya prescrito reposo por más de 30 días, el subsidio por incapacidad temporal correspondiente, deberá pagársele con una periodicidad no superior a 30 días, aunque posteriormente se determine que su dolencia es de origen común.

Ambos intervinientes en el procedimiento del artículo 77 bis deben respetar la periodicidad con que deben pagarse las remuneraciones, ya que el subsidio por incapacidad laboral o temporal tiene por objeto, precisamente, reemplazar las rentas de actividad del accidentado o enfermo, debiendo existir continuidad de ingresos entre remuneraciones y subsidios.

3. Antecedentes a entregar al trabajador ~~por parte del respectivo organismo administrador~~

~~Con el objeto de evitar que el trabajador deba incurrir en nuevos gastos de consultas médicas y de realización de exámenes, su organismo administrador deberá hacerle entrega, a lo menos, de los siguientes antecedentes:~~

- ~~a) Tratándose de accidentes, copia de los informes y exámenes clínicos practicados, y~~
- ~~b) Tratándose de enfermedades calificadas como de origen común, deberá cumplirse con lo instruido en el N°7, Capítulo IV, Letra A, Título III, de este Libro.~~

Se debe tener presente, por parte de las entidades intervinientes en la aplicación del artículo 77 bis, que toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas son de propiedad de su titular, esto es, del respectivo trabajador, debiendo ser

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

considerados como un dato sensible de conformidad con lo dispuesto en la letra g), del artículo 2° y 10° de la ley N° 19.628. Por lo tanto, esa información no podrá ser objeto de tratamiento o manipulación, salvo cuando la ley lo autorice, exista consentimiento del titular o sean datos necesarios para la determinación y el otorgamiento de los beneficios de salud que correspondan a sus titulares.

Por otra parte, la entidad que rechazó la cobertura como primer interviniente en la aplicación del artículo 77 bis, sin perjuicio de su deber de entregar al trabajador la respectiva copia impresa de la licencia médica electrónica “de derivación” o la licencia médica “de derivación” en papel, deberá entregarle copia de todos los informes y exámenes clínicos practicados de que disponga, y deberá consultar al trabajador si autoriza el envío de ellos al segundo interviniente, vía correo electrónico u otro medio similar que hubiese acordado con el otro sistema de salud. Para tales efectos, el trabajador, deberá consentir el envío por escrito.

La no disponibilidad de los antecedentes antes señalados, no relevará la obligación que tiene el segundo interviniente en el procedimiento del artículo 77 bis de actuar de inmediato, otorgando la cobertura de prestaciones médicas y/o pecuniarias que requiera el afiliado, entretanto obtiene dichos antecedentes, que pueden ser requeridos al propio trabajador. Asimismo, no exime el deber del trabajador de presentarse al proceso de calificación correspondiente, cuando es derivado por el sistema de salud que rechazó la cobertura.

No obstante lo señalado, el organismo administrador deberá hacerle entrega al trabajador, de los antecedentes señalados en el número 7, Capítulo IV, Letra A, Título III, de este Libro.

C. DEL RECLAMO Y COMPETENCIA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

Cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar directamente ante la Superintendencia de Seguridad Social por el rechazo de la licencia médica o reposo médico en razón del origen - laboral o común- del accidente o de la enfermedad, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso. Consecuentemente, el trabajador afectado, el empleador, la respectiva entidad del régimen de salud común o el organismo administrador, podrán recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social respecto del carácter del accidente o la enfermedad, con los antecedentes que posean.

Por tanto, en el evento que exista controversia sobre el origen de la patología que ha motivado el reposo fundante de la licencia médica, solamente corresponde que se reclame ante la Superintendencia de Seguridad Social.

En caso que el segundo organismo concuerde con la calificación de la patología efectuada por el que ha rechazado la licencia médica o reposo médico, esto es, si se allana a la calificación realizada por el primer organismo, podrá reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social respecto de la procedencia de las prestaciones médicas o pecuniarias o por el monto de los reembolsos.

Cuando el segundo organismo no concuerde con la calificación de la patología como común o laboral, podrá recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social, la que resolverá determinando el origen de la misma, de conformidad a lo señalado precedentemente.

Tratándose de resoluciones emanadas de los organismos administradores, el plazo para reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social será de 90 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de la respectiva resolución.

Si la entidad del sistema de salud común no reclama a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 90 días antes señalado, se entenderá que se ha allanado al reembolso. La no reclamación deberá ser certificada por la Superintendencia de Seguridad Social.

Para tal efecto, transcurrido el plazo de 90 días hábiles desde que la entidad del sistema de salud común fue notificada de la calificación del organismo administrador, sin que el pago se haya realizado, este último deberá consultar a la Superintendencia de Seguridad Social mediante un medio electrónico que se establecerá para tal efecto, si ha recibido reclamación respecto de la referida Resolución. Dicha consulta podrá incluir más de un caso, debiendo precisarse para cada uno de ellos el número de la Resolución, el nombre y RUT del trabajador subsidiado y la COMPIN o SUBCOMPIN o ISAPRE involucrada, según corresponda.

Si la reclamación es formulada por una COMPIN, por un Servicio de Salud, por una ISAPRE, por una mutualidad, por el Instituto de Seguridad Laboral o por una empresa con administración delegada, ésta debe ser debidamente fundamentada. Al efecto, la mera reiteración de las declaraciones entregadas por los trabajadores o de los antecedentes remitidos por el primer organismo, sin ningún análisis de los mismos, no se considerará como fundamentación suficiente.

En consecuencia, la Superintendencia de Seguridad Social rechazará de plano las reclamaciones que no argumenten debidamente los motivos que se tuvieron en consideración para no concordar con el primer organismo interviniente.

Además, la reclamación efectuada por una COMPIN, por un Servicio de Salud, por una ISAPRE deberá ser ingresada acompañando, a lo menos, los siguientes antecedentes:

- a) Copia de licencia médica emitida por Organismo Administrador, por 77 bis.
- b) Informe médico, si procede.
- c) Exámenes practicados, si los hubiere.
- d) Informe de peritaje médico, si procede.
- e) Declaración del trabajador, en la que describa las circunstancias del accidente o enfermedad.
- f) Copia de carta de cobranza, si procede.

A su vez, si la reclamación es realizada por un organismo administrador, deberá adjuntar los siguientes antecedentes:

- a) Copia de licencia médica rechazada por COMPIN o ISAPRE, por 77 bis.
- b) Antecedentes que correspondan, dependiendo si se trata de Accidente de Trayecto, Accidente a Causa o con Ocasión del Trabajo o Enfermedad Profesional (informe médico;

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

exámenes practicados, si los hubiere; declaración del trabajador afectado por la dolencia de que se trata, en la que describa las circunstancias del accidente o de la enfermedad que le fue diagnosticada, entre otros)

c) Copia de la carta de cobranza, si procede.

Es obligación de los organismos administradores custodiar el documento original de la licencia médica reclamada hasta que la reclamación sea resuelta. Lo anterior, considerando que en el caso que esta Superintendencia determine que la patología fundante es de origen común, dicho documento debe ser remitido al organismo del régimen de salud común del afectado para que éste le reembolse los gastos incurridos.

La Superintendencia de Seguridad Social dispondrá de un plazo de 30 días hábiles administrativos para resolver acerca de la calificación de la afección, término que se computará desde que se recepcionan los antecedentes que se requieran o desde la fecha en que se practiquen al paciente los exámenes que hubiere ordenado, si éstos son posteriores.

Por lo tanto, atendido el objetivo del artículo 77 bis, los antecedentes y exámenes que se requieran por parte de la Superintendencia de Seguridad Social, deberán evacuarse en el plazo que se le fije al efecto.

D. NORMAS PARA EL REEMBOLSO EN CASO DE APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 77 BIS DE LA LEY N°16.744 Y EMISIÓN DE CARTAS DE COBRANZA

1. Prestaciones a ser reembolsadas

Procederá el cobro de las prestaciones otorgadas para la determinación del origen de una presunta enfermedad profesional o accidente del trabajo y de las prestaciones médicas necesarias que se hubieren entregado hasta la fecha en que se haya procedido a la respectiva calificación.

Por ejemplo, tratándose de accidentes, los organismos administradores podrán incluir entre las prestaciones a reembolsar, aquéllas de carácter médico que haya sido necesario otorgar dentro del plazo de calificación.

En ningún caso podrá formularse el cobro del gasto en que dichos organismos deban incurrir con cargo al Seguro de la Ley N°16.744 por concepto de las siguientes prestaciones:

- a) Estudios de puestos de trabajo;
- b) Exámenes comprendidos en el artículo 71 de la Ley N°16.744;
- c) Exámenes ocupacionales;
- d) Reuniones o juntas médicas, y
- e) Actividades de prevención de riesgos profesionales.

Tratándose de los trabajadores independientes que ejerzan el derecho a efectuar cotizaciones progresivas para pensiones y para el sistema de salud común, conforme a lo establecido en el artículo segundo transitorio de la Ley N°21.133, el organismo administrador deberá cobrar a la

entidad del sistema de salud común que corresponda, el 100% del valor de las prestaciones indicadas en el primer y segundo párrafo de este número 1, sin perjuicio de la facultad de dicha entidad del sistema de salud común, en orden a cobrar a su afiliado la parte del valor de las prestaciones que a éste le corresponde solventar, conforme a lo señalado en el número 3 siguiente.

2. Reajustabilidad e intereses hasta el requerimiento

El valor de las prestaciones médicas y pecuniarias que corresponda reembolsar, se deberá expresar en Unidades de Fomento, según el valor de éstas al momento en que los beneficios se concedieron.

Además, deberá agregarse el interés corriente para operaciones reajustables contemplado en la Ley N°18.010, el que se devenga desde que las prestaciones se otorgaron hasta la fecha en que se formula el requerimiento de reembolso.

Para estos efectos, corresponde utilizar la tasa de interés corriente vigente al término del otorgamiento de las prestaciones, sea que aquél cese se produzca por alta o derivación.

3. Reembolso del o al trabajador

Si las prestaciones se hubieren otorgado con cargo al régimen establecido para accidentes o enfermedades comunes y resultare que la afección es un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, el Servicio de Salud, el Fondo Nacional de Salud -FONASA- o la ISAPRE respectiva, que las proporcionó, deberá devolver al trabajador la parte del reembolso correspondiente al valor de las prestaciones que éste hubiere solventado, conforme al régimen de salud previsional a que esté afiliado, con los reajustes e intereses respectivos.

Por el contrario, si el accidente o la enfermedad es calificada como de origen común y los beneficios se concedieron con cargo al régimen de la Ley N°16.744, el Servicio de Salud o la ISAPRE que efectuó el reembolso deberá cobrar a su afiliado la parte del valor de las prestaciones que a éste le corresponde solventar, según el contrato o plan de salud de que se trate, para lo cual sólo se considerará el valor que señala el numeral siguiente.

4. Del valor de las prestaciones médicas

El valor de las prestaciones médicas que se hubieren concedido, deberá ser considerado conforme al que cobra por ellas la entidad que las otorgó, al proporcionarlas a particulares.

5. Cartas de cobranza ~~de los organismos administradores de la ley n°16.744. antecedentes y plazos para su emisión~~

~~Las cartas de cobranza que emitan los organismos administradores en virtud de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.~~

~~Dichas cartas deberán ser remitidas a los Servicios de Salud o las ISAPRE, según corresponda, con los siguientes antecedentes:~~

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

- ~~a) El detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas, los antecedentes médicos o de otro orden, fundantes (anamnesis) de la patología respectiva, y los antecedentes que sirvieron para el cálculo del subsidio y,~~
- ~~b) Copia de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), según corresponda, y de las demás declaraciones del trabajador que estén en poder del Organismo.~~

~~No procede que se formulen cartas de cobranza sin que se acompañen los antecedentes enunciados precedentemente.~~

~~Los organismos administradores podrán remitir la carta de cobranza conjuntamente con la notificación de la calificación, sin embargo, las acciones de cobro derivadas del no pago por parte de las entidades del sistema de salud común, solo podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social certifique que no ha habido reclamación dentro del período de 90 días, o bien cuando confirme el origen común de la patología.~~

~~Los organismos administradores de la Ley N°16.744 no estarán obligados a analizar las cartas de cobro que le sean remitidas por las entidades del sistema de salud común, en tanto no vengán acompañadas de los siguientes antecedentes:~~

- ~~a) Un informe reservado con la especificación detallada de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico.~~
- ~~b) El detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas, los antecedentes médicos o de otro orden, fundantes (anamnesis) de la patología respectiva, y los antecedentes que sirvieron para el cálculo del subsidio.~~

~~Lo anterior, sin perjuicio de que la entidad informe a la institución requirente que no cursará el pago solicitado, por no haber remitido los antecedentes que sustentan el cobro realizado.~~

~~Las cartas de cobranza deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.~~

~~Dichas cartas deberán ser remitidas a las mutualidades, el Instituto de Seguridad Laboral, COMPIN, Subcomisiones, Servicios de Salud, Cajas de Compensación o las ISAPRE, según corresponda, con los siguientes antecedentes:~~

- ~~a) Un informe reservado con la especificación detallada de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico.~~
- ~~b) El detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas, los antecedentes médicos o de otro orden fundantes de la patología respectiva y los antecedentes que sirvieron para determinar el monto del subsidio.~~
- ~~c) En el caso de los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, además, deberán emitir copia de la Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), según corresponda, y de las demás declaraciones del trabajador que estén en su poder y de la notificación de calificación de la afección, si no la hubiesen remitido con anterioridad al envío de la respectiva carta de cobranza.~~

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

d) Cuando se hubiese reclamado ante esta Superintendencia, además, se deberá adjuntar a la carta de cobranza, la copia de la resolución mediante la cual la Superintendencia acogió la respectiva reclamación.

No procede que se formulen cartas de cobranza que no acompañen la totalidad de los antecedentes antes indicados. Las entidades no estarán obligados a analizar las cartas de cobranza que le sean remitidas sin todos estos antecedentes, debiendo la entidad requerida de cobro comunicar a la solicitante del reembolso que, por ello no cursará el pago requerido, informándole siempre cuales son los documentos faltantes.

Por lo señalado, el plazo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 77 bis, para concretar el reembolso, comenzará a contabilizarse cuando la entidad recepcione la carta de cobranza con la totalidad de los antecedentes antes indicados.

Para efectos de gestión, las cartas de cobranza por aplicación del artículo 77 bis podrán estar en estado de revisión, pagadas, rechazadas o devueltas. No resulta procedente crear otros estados de tramitación distintos, como podrían ser anuladas o no recibidas.

Los organismos administradores podrán remitir la carta de cobranza conjuntamente con la notificación de la calificación, o con posterioridad. Las acciones de cobro por no pago, dirigidas a las entidades del sistema de salud común, podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social confirme el origen común de la patología o bien transcurrido el plazo de 90 días hábiles contados desde la notificación de la resolución de calificación por parte de la mutualidad o del organismo administrador. A contar del año 2023, dichas cartas de cobranza deberán ir acompañadas de un certificado otorgado por la Superintendencia de Seguridad Social que indique que no se ha presentado reclamo respecto del origen de la dolencia.

Respecto de los trabajadores afiliados a FONASA, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deberán requerir los reembolsos pertinentes al respectivo Servicio de Salud y a la COMPIN o Subcomisión que corresponda al domicilio del empleador. Si el trabajador se encuentra afiliado a una CCAF, el reembolso de los subsidios que correspondan se deben requerir a ésta.

~~Las entidades involucradas podrán acordar la implementación de mecanismos electrónicos para la remisión de las cartas de cobranza y de los respectivos antecedentes.~~

En cuanto a la prescripción del derecho de los organismos administradores para solicitar a las entidades del sistema de salud común el reembolso de las prestaciones, resulta necesario señalar que el artículo 77 bis de la Ley N°16.744 no establece un plazo de caducidad ni de prescripción que extinga dicho derecho, de lo que se infiere que éste puede ser requerido conforme al plazo de prescripción general de cinco años, establecido por el artículo 2515 del Código Civil. En estos casos, dicho plazo deberá contarse desde el término de las prestaciones o desde la fecha de notificación del oficio emitido por la Superintendencia de Seguridad Social, según corresponda.

~~Cuando el organismo administrador actuando como segundo organismo interviniente, haya reclamado ante la Superintendencia de Seguridad Social y su apelación haya sido acogida, para efectos de requerir el reembolso de las prestaciones que por aplicación del artículo 77 bis estuvo~~

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

~~obligado a otorgar, deberá adjuntar a su carta de cobranza el dictamen mediante el cual la Superintendencia acogió la reclamación.~~

Al efectuar los reembolsos por aplicación del citado artículo 77 bis, las entidades del sistema de salud común deberán tener en consideración las diferencias que existen en el cálculo del subsidio determinado según las reglas del Seguro de la Ley N°16.744 y aquel que se paga en la salud común, esto es:

- a) La Ley N°16.744 no contempla un periodo de carencia como el establecido en el artículo 14 del D.F.L. N°44 y, por tanto, respecto de licencias médicas de hasta 10 días, el organismo administrador pagará la totalidad del respectivo subsidio, monto que debe ser íntegramente reembolsado a éste.
- b) Respecto de los trabajadores dependientes, cabe señalar que la Ley N°16.744 no establece exigencias de tiempo mínimo de afiliación, ni de densidad de cotizaciones para tener derecho a subsidio y, por esta razón, dicho antecedente no debe ser tomado en consideración para efectos de determinar la procedencia del respectivo reembolso.
- c) Tratándose de trabajadores independientes los requisitos para tener derecho a subsidio se detallan en los números 2 y 3 de la Letra E, del Título II del Libro VI.
- d) Adicionalmente, tratándose de subsidios derivados de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, cuando en alguno de los meses considerados en la base de cálculo, las remuneraciones correspondan a un número menor de días de los pactados en el contrato de trabajo, éstas se amplificarán, con el fin de que sean representativas de las que habría obtenido el trabajador si hubiese trabajado el tiempo completo. Lo anterior salvo que en los días no trabajados el trabajador haya percibido subsidio.

6. Reembolso de prestaciones otorgadas a trabajadores afiliados a FONASA y a una caja de compensación de asignación familiar

Cuando los organismos administradores, actuando como segundo organismo interviniente, hayan reclamado ante la Superintendencia de Seguridad Social y la reclamación haya sido acogida, podrán solicitar a una Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) el reembolso de los subsidios y cotizaciones pagados a trabajadores afiliados a una de dichas Cajas y a FONASA.

Por su parte, la Superintendencia de Seguridad Social, cuando acoja el reclamo del organismo administrador y resuelva que la patología es de origen común, comunicará a la COMPIN mediante oficio, que debe proceder a autorizar como tipo 1 la o las licencias médicas reclamadas, las que se identificarán con el número de la licencia, el nombre del trabajador y el número de días de reposo autorizados. Copia del oficio que se envíe a la COMPIN, se enviará al organismo administrador reclamante.

Una vez recibida la copia del oficio en que la Superintendencia instruye a la COMPIN que autorice la licencia médica como tipo 1 y atendido que la referida Superintendencia resuelve con competencia exclusiva y sin ulterior recurso los reclamos presentados en virtud del artículo 77 bis, el organismo administrador podrá enviar la solicitud de reembolso a la respectiva CCAF, adjuntando como

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

respaldo a su solicitud, una copia del referido oficio y la licencia médica original, para que la CCAF la envíe a la COMPIN y esta pueda redictaminarla aprobándola como tipo 1.

Además, para efectos de que la CCAF pueda corroborar que el monto de los subsidios y cotizaciones cuyo reembolso se solicita, se encuentra debidamente calculado de acuerdo con las disposiciones establecidas en la Ley N°16.744, el organismo administrador debe acompañar a la solicitud los antecedentes que ha tenido a la vista para calcular los respectivos montos pagados por concepto de subsidios, de acuerdo a lo instruido por la Superintendencia de Seguridad Social, en el Título II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral, del Libro VI.

La CCAF deberá tener presente que existen algunas diferencias en el cálculo del subsidio determinado según las reglas del Seguro de la Ley N°16.744 y aquel que se paga en el sistema de salud común, las que se señalan en el número 5 de esta Letra D. Considerando lo señalado, las CCAF deberán reintegrar íntegramente el monto del subsidio pagado por los organismos administradores y rendirlos al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral.

La COMPIN por su parte deberá dar cumplimiento al dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social y autorizar la licencia médica como tipo 1, dejando clara constancia de que se trata de un redictamen en la zona B del formulario de licencia, precisando la fecha del redictamen y el nombre, timbre y firma del médico que autoriza. La licencia médica autorizada deberá ser enviada a la Caja de Compensación que inicialmente la gestionó.

La CCAF, una vez que reciba la solicitud de reembolso, acompañada por la copia del dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social donde se resuelve que la patología es de origen común y que corrobore, en base a los antecedentes remitidos, que el monto que se ha solicitado reembolsar es correcto, deberá efectuar el reembolso al organismo administrador, dentro de los 10 días siguientes al requerimiento. Posteriormente, cuando la CCAF rinda el monto reembolsado a través del sistema de información SISILHIA, se aceptará como documentación de respaldo, la copia del dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social, mientras la COMPIN envía a la CCAF la licencia médica autorizada.

En cuanto a la prescripción del derecho de los organismos administradores para solicitar a las CCAF el referido reembolso, se debe tener presente el plazo señalado en el número 5 de esta Letra, el que debe contarse desde la fecha de notificación del oficio emitido por la Superintendencia de Seguridad Social.

7. Plazo para efectuar el reembolso

Si se resuelve que las prestaciones han debido otorgarse con cargo a un régimen previsional distinto conforme al cual se concedieron, el organismo respectivo (Servicio de Salud, ISL, COMPIN, mutualidad, CCAF o ISAPRE) deberá reembolsar en un plazo no superior a 10 días, el valor de aquéllas a la entidad que las proporcionó, el que se contará desde el requerimiento de ésta. La entidad obligada al reembolso deberá efectuarlo conforme a lo señalado en el número 2 anterior y considerando el valor que tenga la Unidad de Fomento al momento del pago efectivo; si así no lo

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

hiciera en el plazo indicado, lo adeudado devengará, a partir del requerimiento, un interés diario equivalente al 10% anual.

El plazo de 10 días se contará desde la fecha del requerimiento con los antecedentes de respaldo detallados en el número 5 de esta Letra. El organismo requerido no estará obligado al reembolso si no cuenta con todos los antecedentes que respaldan el cobro solicitado.

En el caso de las CCAF el interés por pagos fuera del plazo establecido, se rendirá al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral, conjuntamente con la rendición del respectivo subsidio.

E. SITUACIONES QUE NO SE ENCUENTRAN REGULADAS POR EL ARTÍCULO 77 BIS DE LA LEY N°16.744

1. Casos no regulados por el artículo 77 bis de la ley n°16.744

El estudio de la norma en análisis, ha permitido a la Superintendencia de Seguridad Social determinar que existen situaciones en las que no se presentan todos los presupuestos que permiten la aplicación del citado artículo 77 bis. Ello ocurre, entre otros, en los siguientes casos:

- a) Cuando el trabajador no ha necesitado reposo. En este caso, el organismo administrador otorgará la prestación médica correspondiente y si detecta que es de origen común, deberá derivar al paciente a su sistema de salud común con un formulario que precise que se trata de una situación no regulada por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, indicando el diagnóstico por el cual el trabajador fue atendido.
- b) Cuando se ha extendido una licencia médica meramente retroactiva, es decir, no existen días de reposo futuros a la fecha de su emisión, y
- c) Cuando ha existido re dictamen, esto es, cuando la licencia médica ha sido autorizada, reducida o rechazada por una causal distinta a la calificación del origen del accidente o la enfermedad y posteriormente, en virtud de un segundo dictamen, se rechaza por dicha calificación. En efecto, para que opere el procedimiento contemplado en el artículo 77 bis, la primera y única causal del rechazo debe ser el origen del accidente o enfermedad en que se sustenta la licencia médica u orden de reposo. Esta restricción opera únicamente respecto de la entidad que hubiere autorizado, reducido o rechazado la licencia médica, por una causal distinta a la calificación del origen de la afección.

En las situaciones en que no se configuran los presupuestos del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, los cobros se deberán realizar en términos nominales, acorde a las siguientes reglas:

- a) En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por el sistema de salud común y se determinare que la patología es de origen laboral, el organismo administrador de la Ley N°16.744, le reembolsará nominalmente al régimen de salud común - previo requerimiento de éste- la parte del valor de las prestaciones que ha debido financiar y al trabajador el valor correspondiente a su copago, y
- b) En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por un organismo administrador de la Ley N°16.744 y se determinare que la patología es de origen común, dicho Organismo le cobrará al sistema de salud común el valor nominal de la totalidad de las prestaciones. El

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

sistema de salud común, le reembolsará el costo de las prestaciones que deba solventar según la cobertura de su afiliado, debiendo el organismo administrador cobrar directamente al trabajador el saldo insoluto.

Las cartas de cobranza ~~que los organismos administradores emitan en virtud de cuadros a los que no le sea aplicable el artículo 77 bis de la Ley N°16.744,~~ deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

~~Los organismos administradores no deberán remitir~~ No procede formular cartas de cobranza sin acompañar los documentos enunciados en el número 5, de la Letra D, de este Título.

~~Las entidades. A su vez, dichos organismos~~ no estarán obligados a analizar las cartas de cobranza que recepcionen en tanto no contengan los antecedentes mencionados en el número 5, recién citado. Lo anterior, sin perjuicio de informar a la institución requirente que no cursará el pago requerido por falta de antecedentes que sustenten el cobro realizado, individualizando siempre el documento faltante.

~~Los organismos administradores podrán remitir la carta de cobranza conjuntamente con la notificación de la calificación, sin embargo, las acciones de cobro derivadas del no pago por parte de las entidades del sistema de salud común sólo podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social certifique que no ha habido reclamación dentro del período de 90 días, o bien cuando, existiendo reclamación, confirme el origen común de la patología.~~

Las acciones de cobro por el no pago, dirigidas a las entidades del sistema de salud común, podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social confirme el origen común de la patología o bien transcurrido el plazo de 90 días hábiles contados desde la notificación de la resolución de la mutualidad o del organismo administrador. A contar del año 2023, dichas cartas de cobranza deberán ir acompañadas de un certificado otorgado por la Superintendencia de Seguridad Social que indique que no se ha presentado reclamo respecto del origen de la dolencia.