

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

/ LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS

LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS

TÍTULO I. Generalidades

A. Alcance de las instrucciones impartidas

Las instrucciones contenidas en el presente libro serán aplicables a todos los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, entendiéndose como tales, las tres mutualidades de empleadores, el Instituto de Seguridad Laboral y las empresas con administración delegada.

En el caso del Instituto de Seguridad Laboral, en que las prestaciones médicas las entrega necesariamente un tercero en convenio, no serán aplicables aquellas instrucciones específicas sobre aspectos prácticos de la atención médica, sin perjuicio que dicho Instituto pueda exigir el cumplimiento de las mismas a sus prestadores en convenio.

B. Prestaciones médicas de la Ley N°16.744

1. Definición de prestaciones médicas

Las prestaciones médicas corresponden a la ejecución de acciones de salud que persiguen como resultado final confirmar un diagnóstico, efectuar un tratamiento y realizar el seguimiento de un determinado problema de salud.

El artículo 29 de la Ley N°16.744, establece que la víctima de un accidente del trabajo o enfermedad profesional tendrá derecho al otorgamiento de todas las prestaciones médicas que se requieran hasta su curación completa, o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por la enfermedad o el accidente. Dichas prestaciones serán otorgadas por el organismo administrador que hubiere calificado el origen laboral del accidente o enfermedad, incluso en aquellos casos en que la entidad empleadora cambie de organismo administrador o bien cuando el trabajador cambie de entidad empleadora y esta última se encuentre adherida o afiliada a otro organismo administrador.

Respecto de esta materia, cabe precisar que las prestaciones médicas que cubre el Seguro contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, comprenden además de las actividades propiamente asistenciales (atención médica, quirúrgica y dental, hospitalización, medicamentos, prótesis y aparatos ortopédicos y rehabilitación), la reeducación profesional, los gastos de traslado y cualquier otro que sea necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

2. Derecho a las prestaciones médicas de los trabajadores independientes

Para tener derecho a las prestaciones médicas y económicas del Seguro de la Ley N°16.744, los trabajadores independientes, tanto obligados como voluntarios, deben cumplir los requisitos señalados en la Letra E, Título II, del Libro VI.

Es obligación de los organismos administradores, verificar el cumplimiento de dichos requisitos, conforme a las instrucciones contenidas en la Letra A, Título I, Libro III.

3. Pertinencia de las prestaciones médicas en el contexto de la calificación del origen del accidente o enfermedad

Los tratamientos otorgados durante el proceso de calificación del origen de la afección, deberán ser indicados con el objetivo de tratar los síntomas incapacitantes, evitando procedimientos invasivos, a menos que la gravedad y urgencia del caso así lo requiera.

Así, por ejemplo, las cirugías de carácter electivo, es decir aquellas cuya dilación no implique un detrimento en la posibilidad de recuperación del trabajador, deberán ser suspendidas mientras no se determine el origen laboral del cuadro clínico.

En caso que el accidente o enfermedad sea calificado como de origen común, el organismo administrador deberá solicitar el reembolso de las prestaciones otorgadas, a través del procedimiento dispuesto en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, o aquél establecido para los casos no regulados por el artículo 77 bis, según corresponda.

Durante el proceso de calificación no se podrán suspender los tratamientos prescritos por otro profesional de la misma o

de otra entidad, salvo por razones médicas fundadas, las que deberán constar por escrito en la ficha clínica.

4. Otorgamiento de las prestaciones médicas

Las prestaciones médicas deben ser uniformes para todos los beneficiarios de la Ley N°16.744, debiendo garantizarse que no exista diferencia o discriminación entre ellos, siendo las condiciones médicas o clínicas del paciente el único factor a considerar para establecer diferencias en su otorgamiento.

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

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

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

Por otra parte, la extensión de la atención médica a los pacientes privados - conforme a lo establecido en el artículo 29 del D.L. N°1.819, de 1977, y en su reglamento, el Decreto N°33, de 1978, del Ministerio de Hacienda - en los hospitales dependientes de las mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744, deberá orientarse preferentemente hacia los trabajadores de sus empresas adherentes y las personas que le causen asignación familiar. Esta atención sólo se podrá realizar cuando la capacidad del establecimiento permita cubrir estos nuevos servicios sin alterar ni menoscabar en forma alguna el cabal cumplimiento de las funciones y obligaciones que las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias les imponen.

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

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 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. 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.

D. Ficha clínica única

1. Contenido de la ficha clínica única

De conformidad a lo dispuesto en el Decreto N°41, de 2012, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento sobre Fichas Clínicas, los organismos administradores deben contar en sus centros de atención, con una ficha clínica única para cada paciente, que contenga toda la información de las atenciones de salud efectuadas, ya sea en forma ambulatoria u hospitalaria, incluidas las evaluaciones y evoluciones kinésicas.

El registro debe ser realizado por el profesional que efectúa la prestación y cualquiera sea su soporte, deberá ser elaborado en forma clara y legible, conservando una estructura ordenada y secuencial.

Los organismos administradores deben privilegiar la utilización de soportes electrónicos para el manejo y almacenamiento de la ficha clínica única.

El Instituto de Seguridad Laboral debe mantener una ficha de cada trabajador, que incluya los antecedentes de las prestaciones médicas otorgadas por sus prestadores externos.

La ficha clínica, además de la información consignada en el citado Reglamento, debe incluir en forma obligatoria los campos indicados en el Anexo N°1 "Contenidos básicos de la ficha clínica única".

Al respecto, la ficha debe contener un registro claro y detallado, efectuado en la primera atención, de la descripción del accidente, así como del correspondiente mecanismo lesional.

Asimismo, la ficha debe contener el resultado de los exámenes efectuados y los fundamentos del diagnóstico.

En caso de consulta por enfermedad, dicho registro debe cumplir lo señalado en el Título III del Libro III.

Por su parte, en caso de existir atenciones otorgadas por prestadores externos en convenio, éstas también deben ser incorporadas a la ficha, indicando en forma expresa la identificación y especialidad del o los médicos tratantes.

2. Tratamiento de la información contenida en la ficha clínica única

La información de la ficha clínica de los trabajadores atendidos por un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, sólo puede ser proporcionada por el organismo administrador a:

- a) El titular de la ficha clínica, a su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos.
- b) Un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario. Los gastos notariales no pueden ser asumidos con cargo al Seguro de la Ley N°16.744.
- c) Los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo.
- d) Los fiscales del Ministerio Público y a los abogados defensores, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.

3. Acceso de la Superintendencia de Seguridad Social a la ficha clínica e información médica

De acuerdo con lo señalado en el artículo 35 de la Ley N°16.395, la Superintendencia de Seguridad Social puede requerir a los organismos fiscalizados que le proporcionen la información y/o antecedentes necesarios para el desarrollo de sus funciones dentro del ámbito de su competencia, ya sea por documentos en papel o a través de medios electrónicos, como asimismo que se le otorgue acceso a los sistemas de información que posean esas instituciones.

En consecuencia, los organismos administradores deberán establecer los mecanismos necesarios, a fin de garantizar el acceso de la Superintendencia de Seguridad Social, ya sea en forma presencial o remota, a todos los registros clínicos y exámenes complementarios de los trabajadores atendidos por ellos.

4. Acceso de los organismos administradores a la información de sus prestadores en convenio

Tratándose de los prestadores en convenio, el organismo administrador debe incluir en el contrato respectivo, una cláusula que le otorgue el acceso a la información clínica de los pacientes atendidos en virtud del respectivo convenio, y que garantice la digitalización y envío de la epicrisis y de todos aquellos antecedentes necesarios para la calificación del origen de los accidentes o enfermedades, de acuerdo a la normativa vigente, a fin de incorporar esta información en la ficha clínica única del trabajador.

Asimismo, se deberán contemplar las coordinaciones necesarias para que, en caso que la Superintendencia de Seguridad Social requiera la ficha clínica, se cuente con ella en los plazos fijados por esa entidad.

Lo anterior, también es válido para el Instituto de Seguridad Laboral, quien deberá registrar los antecedentes de sus prestadores en convenio de acuerdo con lo establecido en la presente Letra D.

E. Plan de inducción para profesionales de la salud

Los organismos administradores deberán establecer un plan de inducción de competencias mínimas del Seguro de la Ley N°16.744, que deberá ser aplicado a todos los profesionales de la salud que, al 2 de mayo de 2018, se hayan desempeñado durante menos de un año en la entidad, o que comiencen a prestar servicios para el organismo administrador a partir de esa fecha. El plazo para efectuar la referida inducción será de tres meses, contados desde la fecha antes indicada o desde la contratación del respectivo profesional, según corresponda.

El plan de inducción deberá abordar, como mínimo, los siguientes aspectos:

- a) Definición y características del Seguro de la Ley N°16.744, incluyendo los requisitos para ser beneficiarios, conocimientos de las prestaciones médicas y económicas que otorga, el procedimiento de aplicación del artículo 77 bis de la citada ley, denuncia de enfermedades y accidentes (DIEP y DIAT) y las instrucciones en estas materias.
- b) Calificación del origen de los accidentes del trabajo, de trayecto y enfermedades profesionales.
- c) Conocimiento de las instrucciones impartidas en el presente libro para el registro en las fichas clínicas.
- d) Competencias de la Superintendencia de Seguridad Social y principales instrucciones emitidas por esa Entidad.

En caso de cambios normativos referido a los aspectos señalados precedentemente, estos deberán ser difundidos entre los profesionales de la salud de los centros asistenciales.

F. Anexo



Anexo N°1: Contenidos básicos de la ficha clínica única

TÍTULO II. Atenciones médicas

A. Atención en servicios de urgencia

1. Definición

De acuerdo a lo dispuesto en el D.S. N°369, de 1985, del Ministerio de Salud, atención de urgencia o emergencia es toda prestación o conjunto de prestaciones que son otorgadas, en atención cerrada o ambulatoria, a una persona cuya condición de salud o cuadro clínico involucre estado de riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave y que, por consiguiente, requiere atención médica inmediata e imposterizable.

2. Atención de urgencia en establecimientos asistenciales de los organismos administradores

- a) Competencias y calificación técnica del personal de urgencia

Los centros asistenciales de los organismos administradores deberán contar con profesionales de la salud acreditados ante la Superintendencia de Salud, y capacitados en materias de la Ley N°16.744, de acuerdo a lo señalado en el plan de inducción establecido en la Letra E, Título I, de este Libro.

- b) Categorización de los pacientes al ingreso

Para priorizar la atención en sus servicios de urgencia, los organismos administradores deben contar con una metodología para la categorización de la gravedad de los pacientes, siendo la determinación del método a utilizar, responsabilidad de cada organismo administrador.

El documento con esta metodología debe ser de fácil acceso y estar siempre disponible para los funcionarios del servicio de urgencia.

La realización de dicha categorización debe estar a cargo de un profesional de la salud con la capacitación necesaria, condición que debe ser controlada por el organismo administrador.

c) Gestión de los tiempos de espera

Los centros de atención de urgencia de los organismos administradores deberán contar con una estructura operacional que permita la gestión de los tiempos de espera de los trabajadores, de acuerdo a la metodología de categorización indicada en la letra b) precedente.

Las mutualidades deberán remitir mensualmente a la Superintendencia de Seguridad Social un archivo con el detalle de los tiempos de espera en la atención médica de sus pacientes. 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, del Libro IX.

Entre los pacientes categorizados en el menor grado de gravedad, se debe priorizar la atención de los beneficiarios del Seguro de la Ley N°16.744.

Los trabajadores atendidos por convenio en centros asistenciales de otros organismos administradores, deben ser considerados por éstos como beneficiarios de la Ley N°16.744 para los efectos señalados en esta Letra A.

d) Plan de contingencia

Los organismos administradores deben contar con un plan de contingencia para enfrentar situaciones excepcionales, que no puedan ser cubiertas con los recursos disponibles localmente y a través de los procedimientos habituales. Estas circunstancias pueden ser determinadas por un aumento de la demanda (por ejemplo, un accidente con múltiples víctimas o situaciones que sobrepasan la capacidad de atención habitual), o por una merma de recursos humanos disponibles (por ejemplo, disminución de trabajadores por huelga, enfermedad u otra razón).

El plan debe contemplar medidas suficientes para enfrentar las contingencias en un tiempo razonable y ser de fácil implementación, ya sea con recursos propios del centro de atención o de otros centros asistenciales del organismo administrador u otro prestador de salud.

Los procedimientos y los responsables de cada etapa del proceso deben establecerse por escrito, e incluir, como mínimo, los indicadores para activar el proceso y para controlar la eficacia de las medidas implementadas.

Dicho plan deberá ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social para su conocimiento y difundido a todos los integrantes del equipo de atención de urgencia, a más tardar el 2 de mayo de 2018.

e) Traslados desde un servicio de urgencia al domicilio del trabajador o a otro centro asistencial

Los traslados indicados en el servicio de urgencia, ya sea hacia el domicilio del trabajador o hacia otro centro asistencial, deberán regirse por los protocolos implementados por cada organismo administrador para esta actividad, de acuerdo a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social.

La indicación de traslado debe emanar del médico tratante, quien será el responsable de determinar el destino del trabajador accidentado, el medio de transporte y las condiciones del traslado.

Las mutualidades deberán remitir mensualmente a la Superintendencia de Seguridad Social un archivo con el detalle de los tiempos de espera en el traslado de sus pacientes desde el centro de atención al domicilio del trabajador o a otro centro asistencial. 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, del Libro IX.

3. Atención de urgencia en prestadores en convenio

Los organismos administradores deberán priorizar la celebración de convenios de atención con prestadores que cuenten con acreditación en calidad de prestaciones médicas, otorgada por la Superintendencia de Salud.

El contrato suscrito por cada organismo administrador con los respectivos prestadores en convenio, deberá contener, a lo menos, las siguientes exigencias para estos últimos:

- a) Contar con una metodología para la categorización de gravedad de los pacientes para priorizar la atención.
- b) Mantener un registro adecuado y completo de la atención médica otorgada, en los términos establecidos en el presente Libro.
- c) Instruir al trabajador al momento del alta para que concurra al día hábil siguiente al centro asistencial más cercano de la mutualidad, para la calificación del origen común o laboral del siniestro. Para estos efectos, el servicio de urgencia en convenio deberá entregar al trabajador un formulario de la atención otorgada, el cual deberá contener, al menos, la identificación completa del afectado, fecha y hora de atención, hallazgos relevantes del examen físico, resultado de exámenes complementarios, si los hubiera, diagnósticos e indicaciones médicas. Además, dicha información deberá agregarse a la ficha clínica única.

4. Atención de urgencia en prestadores sin convenio con el organismo administrador

El organismo administrador deberá contar con un procedimiento por escrito para el traslado a sus centros asistenciales o a aquellos con los cuales exista un convenio para su atención, de los trabajadores que, debido a situaciones excepcionales ocasionadas por su condición de urgencia, hayan recibido atención en un prestador externo sin convenio. Dicho procedimiento deberá establecer plazos máximos para efectuar el traslado, siempre que la condición clínica del afectado lo permita.

El organismo administrador será responsable de la coordinación para el traslado y de verificar si el trabajador se encuentra en condiciones de ser trasladado.

Los organismos administradores deberán elaborar y contar con el procedimiento antes indicado, a más tardar el 2 de mayo de 2018.

B. Atención en dependencias de salud ubicadas en la entidad empleadora

1. Antecedentes generales

Las instrucciones contenidas en esta letra son aplicables a todos los centros asistenciales ubicados en la faena, sea que pertenezcan a la entidad empleadora, al organismo administrador o sean provistos por un prestador externo.

a) Excepcionalidad en la instalación de centros de atención en la entidad empleadora

Los organismos administradores sólo de manera excepcional podrán instalar salas de primeros auxilios o policlínicos en sus empresas adheridas, de acuerdo a lo establecido en el Título II, del Libro VII.

b) Exigencia de denuncia individual de accidente del trabajo (DIAT) o denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP)

El empleador debe presentar la DIAT en el plazo máximo de 24 horas, desde que tomó conocimiento del accidente del trabajo o de trayecto o desde que el trabajador le manifestó presentar síntomas de una enfermedad, en el caso de la DIEP.

Asimismo, si el empleador no efectúa la denuncia, la DIAT o DIEP debe ser suscrita por el trabajador, sus derechohabientes, el médico tratante, el Comité Paritario de la entidad empleadora, o cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos.

Atendido lo señalado, todos los centros de atención ubicados en las faenas deberán contar con formularios DIAT y DIEP, los que deberán ser provistos por los organismos administradores.

c) Registro de las atenciones en centros asistenciales ubicados en la faena

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 71 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, todas aquellas consultas de trabajadores con motivo de lesiones, que sean atendidos en policlínicos o centros asistenciales, ubicados en el lugar de la faena y/o pertenecientes a las entidades empleadoras o con los cuales tengan convenios de atención, deberán ser debidamente registradas.

Los elementos mínimos que deberá contener el registro son los siguientes:

- i) Fecha y hora de la atención
- ii) Nombre del trabajador
- iii) RUT del trabajador
- iv) Motivo de la consulta
- v) En caso de accidente deberá consignar una descripción resumida del mecanismo lesional, la fecha, hora y el lugar donde ocurrió el accidente
- vi) Indicaciones entregadas al trabajador
- vii) Derivación a otro centro asistencial (su organismo administrador u otro)
- viii) Medio de traslado del trabajador
- ix) Nombre y firma de la persona que brindó la atención

El registro de todas las atenciones otorgadas en los centros de atención ubicados en la entidad empleadora, deberá ser remitido mensualmente al organismo administrador correspondiente.

Tratándose de policlínicos que no pertenezcan al organismo administrador o a sus entidades relacionadas, será de cargo del organismo requerir al respectivo policlínico, ubicado en alguna de sus empresas adheridas o afiliadas, el envío del registro de atenciones efectuadas a los trabajadores de las referidas empresas.

Asimismo, la recepción y contenido de este reporte deberán ser revisados mensualmente por un profesional de la salud del organismo administrador, a fin de pesquisar eventuales problemas en el envío de la información, tales como discordancias en los antecedentes clínicos, no emisión y remisión de DIAT o DIEP cuando corresponda, no derivación del trabajador al organismo administrador, la falta de indicación de reposo u otras dificultades.

d) Derivación a un centro asistencial

Una vez efectuada la primera atención, los trabajadores deberán ser derivados según corresponda:

- i) Al centro asistencial más cercano del organismo administrador al cual esté adherida la entidad empleadora, o con el que éste mantenga convenio de atención, con la DIAT o DIEP, según corresponda, para su atención médica y/o la calificación del accidente o enfermedad.
- ii) En el caso de los trabajadores de empresas contratistas, al organismo administrador al que se encuentre adherida o afiliada su empresa.
- iii) Si se trata de una dolencia evidentemente de origen común, a un centro asistencial de su sistema de salud común, en caso de ser necesario.

En los casos en que se haya otorgado el alta inmediata al trabajador, se podrán remitir los antecedentes al organismo administrador para la calificación del accidente, sin necesidad de derivar al trabajador.

Respecto de los centros de atención que dependan de la entidad empleadora, el organismo administrador deberá coordinar directamente con ésta la implementación de un protocolo de atención médica, que incluya las normas para la adecuada derivación de los trabajadores a sus centros asistenciales.

2. Atención en salas de primeros auxilios

Las Salas de Primeros Auxilios otorgan prestaciones de baja complejidad, a cargo de personal paramédico o de una enfermera y cuentan con equipamiento básico para brindar la primera atención a los trabajadores.

Una vez otorgados los primeros auxilios, se debe derivar al trabajador a un centro asistencial del organismo administrador correspondiente, con su respectiva DIAT o DIEP, según corresponda.

El personal de las referidas salas, en ningún caso podrá determinar el origen común o laboral de un accidente o patología, ni indicar reposo o cambio de faena.

3. Atención en policlínicos

a) Definición de policlínico de empresa

Es un recinto asistencial ubicado al interior de la entidad empleadora, que debe estar a cargo de un profesional médico cirujano, de acuerdo con lo establecido en el D.S. N°829, de 1931, del Ministerio de Salud.

Los policlínicos ubicados en las empresas pueden ser:

- i) Proporcionados por el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 o,
- ii) Dependientes de la empresa o contratados por ésta a un prestador de servicios médicos.

Tratándose de policlínicos dependientes o contratados por la entidad empleadora, el organismo administrador deberá ofrecer a los profesionales de dichos policlínicos, una capacitación básica en materias del Seguro de la Ley N°16.744, incluido el registro de atención señalado en la letra c), del número 1, de esta Letra B.

La capacitación básica señalada en el párrafo anterior deberá comprender, al menos, los siguientes tópicos: Aspectos generales de la Ley N°16.744, entre ellos su cobertura; las definiciones de accidentes del trabajo, de trayecto y enfermedad profesional; los responsables de la calificación del origen de las afecciones; las prestaciones que contempla el Seguro y, quienes son sus administradores. Dicha capacitación podrá ser efectuada de manera presencial o mediante una modalidad a distancia.

La obligación prevista en esta letra a), regirá a partir del 2 de mayo de 2018.

b) Funciones del médico a cargo del policlínico

Además de las labores propiamente asistenciales, el profesional a cargo del policlínico deberá realizar las siguientes funciones, dependiendo de su vínculo laboral:

- i) Si la atención es brindada por un médico dependiente del organismo administrador, deberá:
 - Otorgar la primera atención al trabajador accidentado y definir si es necesario derivarlo al centro asistencial del organismo administrador, lo que se debe efectuar acompañando la respectiva DIAT. Adicionalmente, dicho profesional podrá calificar el origen del accidente, cuando cuente con los antecedentes necesarios para

ello.

En caso de no ser necesaria la derivación del trabajador al centro del organismo administrador, de igual forma el profesional del policlínico debe remitir la respectiva DIAT a la agencia o dependencia del organismo administrador, cuando se trate de un accidente a causa o con ocasión del trabajo, con o sin días perdidos.

- Otorgar la primera atención al trabajador con una enfermedad de posible origen laboral y derivarlo para su evaluación, con la respectiva DIEP, de acuerdo con el protocolo de calificación de origen de enfermedad establecido en el Título III, del Libro III.
- Extender el certificado de alta laboral, con su identificación y bajo su firma, cuando no considere necesario que el trabajador guarde reposo.

ii) Si la atención es otorgada por un médico no dependiente del organismo administrador, dicha entidad deberá controlar que después de la primera atención, se derive al trabajador con la DIAT o DIEP, según corresponda, a su centro asistencial más cercano.

En ningún caso el médico de policlínico podrá indicar cambio de faena o alta inmediata a trabajadores que hayan sufrido un accidente del trabajo o enfermedad profesional y que estén incapacitados para realizar su trabajo habitual. Tratándose de policlínicos que no dependan del organismo administrador, éste deberá velar por el cumplimiento de la presente instrucción, en la medida que haya recibido la información pertinente.

Tratándose de policlínicos pertenecientes a los organismos administradores o a sus entidades relacionadas, la información del registro de atención del policlínico debe ser incorporada a la ficha clínica única.

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 deben 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 debe 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 el mismo médico especialista, salvo en los casos en que exista una situación de urgencia.

D. Hospitalización

1. En establecimientos hospitalarios del organismo administrador

- a) Salas de hospitalización

Las habitaciones deben ser uniformes para todos los beneficiarios de la Ley N°16.744, en cuanto a su calidad y comodidad, incluyendo el acceso a servicios higiénicos. En efecto, se debe garantizar que no exista diferencia o discriminación entre ellos, siendo las condiciones médicas el único factor a considerar, para establecer diferencias.

Tratándose de pacientes privados que sean atendidos por el organismo administrador, las habitaciones para hospitalización que se otorguen a éstos no pueden ser de mejor calidad de aquellas ofrecidas a los beneficiarios de la Ley N°16.744, excepto cuando las condiciones médicas requieran de un trato diferente.

Sin perjuicio de lo anterior, si las habitaciones del recinto presentan diferencias, se deben otorgar las de mejor calidad de manera prioritaria a los beneficiarios de la Ley N°16.744.

- b) Acceso oportuno a exámenes especializados y/o a interconsultores especialistas, para la resolución de situaciones de urgencia

Se debe garantizar el acceso de los trabajadores hospitalizados, en un plazo no superior a 24 horas, contados desde la respectiva solicitud, a los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se requieran, como también a la atención de especialistas del respectivo organismo administrador o externos.

Del mismo modo, el organismo administrador debe contar con un procedimiento alternativo establecido por escrito, que garantice el acceso a estas prestaciones en el plazo señalado, en la eventualidad que éstas no estén disponibles en el centro asistencial, ya sea por ausencia de los profesionales, por exceso de demanda u otra situación excepcional.

El plazo para contar con el referido procedimiento, es el 2 de mayo de 2018.

2. Hospitalización en centros de prestadores en convenio

- a) Los organismos administradores deberán priorizar la contratación de prestaciones de servicios hospitalarios, con establecimientos asistenciales acreditados como prestadores institucionales por la Superintendencia de Salud, a menos que cuenten con razones fundadas que justifiquen la contratación con un prestador no acreditado.

En los convenios respectivos, deberán estipularse las siguientes obligaciones del prestador:

- i) Realizar un registro adecuado y completo de la atención médica otorgada, en la ficha clínica del establecimiento, que incluya al ingreso una descripción detallada del mecanismo del accidente o del inicio de los síntomas de la enfermedad, así como también del examen físico completo. Igualmente se deben registrar todas las evoluciones clínicas, resultados de exámenes complementarios y fundamentos de las decisiones diagnósticas y terapéuticas, hasta la fecha del alta hospitalaria, con individualización del profesional que efectúa cada prestación.
- ii) Otorgar al organismo administrador el acceso electrónico a los antecedentes clínicos de los trabajadores atendidos en virtud del convenio y garantizar la digitalización y envío, al organismo administrador, de la epicrisis y de todos aquellos antecedentes necesarios para la calificación del origen de los accidentes o enfermedades, de acuerdo a la normativa vigente, así como también el envío de copia de la ficha clínica cuando ésta le sea requerida.
- iii) Incluir en la ficha clínica los protocolos quirúrgicos si procede, y la epicrisis, la que debe contener, a lo menos, la identificación completa del afectado, fecha de ingreso y de alta hospitalaria, resultado de exámenes complementarios si los hubiera, diagnósticos, estado clínico al alta, indicaciones médicas y fecha de citación a control en el organismo administrador respectivo.
- iv) Hacer entrega al organismo administrador de copia de la epicrisis y de todos aquellos antecedentes necesarios para la calificación del origen de los accidentes o enfermedades, de acuerdo a la normativa vigente, correspondientes al periodo durante el cual el trabajador estuvo hospitalizado, en un plazo máximo de 5 días hábiles, contado desde el término de las prestaciones intrahospitalarias.

- b) Obligaciones del organismo administrador

- i) Un profesional médico del organismo administrador debe hacerse responsable del ingreso y del alta hospitalaria, así como de la evolución clínica del trabajador afectado, lo que deberá constar por escrito en la ficha clínica del organismo administrador. Asimismo, el organismo administrador deberá contar con mecanismos que permitan controlar el cumplimiento del contrato celebrado con el prestador en convenio y la adecuada atención del trabajador.
- ii) En aquellos casos en que no exista integración electrónica, una vez recibida la copia de la epicrisis y de todos aquellos antecedentes necesarios para la calificación, remitidos por el prestador, el organismo administrador debe incorporar todos los registros a la ficha única del trabajador, en un plazo máximo de 5 días hábiles, contados desde la recepción de los documentos.

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. 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.

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.

3. 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, psicólogo, asistente social, entre otros).

TÍTULO III. Derivación e interconsultas

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 puede realizarse entre centros de atención propios del organismo administrador, o desde éstos a un prestador externo.

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

El médico tratante 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.

El organismo administrador deberá 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. El plazo máximo para el cumplimiento de esta obligación, es el 2 de mayo de 2018.

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, 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 debe revisar en forma periódica el cumplimiento de estos protocolos, a fin de controlar su adecuada utilización, pesquisar y corregir posibles deficiencias en su aplicación.

Los organismos administradores deberán contar con dichos protocolos, a más tardar el 2 de mayo de 2018.

B. Interconsultas

1. Definición

Es la evaluación del paciente por otro profesional especialista no tratante, del mismo o de otro establecimiento asistencial, con el objetivo de solucionar materias médicas específicas, para efectuar un diagnóstico y/o formular o adecuar el tratamiento.

Una vez resuelta la materia específica que requirió la interconsulta, el profesional médico tratante será el responsable de adecuar el tratamiento o prescribir las indicaciones que correspondan.

2. Gestión de tiempos de espera para la interconsulta

Los centros de atención de los organismos administradores deberán contar con una planificación operativa, que posibilite realizar una gestión de los tiempos de espera para la interconsulta, en especial cuando se trate de especialidades de alta demanda, o cuando se produzca la ausencia del interconsultor habitual.

El referido plan debe constar por escrito y el documento respectivo debe ser remitido a la Superintendencia para su conocimiento. El plazo máximo para el cumplimiento de estas instrucciones, es el 2 de mayo de 2018.

3. Protocolos de derivación a interconsultas

El organismo administrador, deberá contar con un protocolo para la derivación de pacientes en interconsulta a otro centro asistencial, que garantice el otorgamiento oportuno de las prestaciones adecuadas a su condición clínica y el cumplimiento de los objetivos de la interconsulta.

Dicho protocolo deberá considerar siempre la situación médica del afectado y designar a los responsables de cada una de las actividades a desarrollar.

El plazo máximo para contar con dicho protocolo, es el mismo indicado en el numeral 2 precedente.

TÍTULO IV. Reposo médico

A. Generalidades

Si el trabajador presenta una afección laboral que le impide reintegrarse a su labor habitual, aun cuando sea por un día, el organismo administrador deberá emitir la Orden de Reposo Ley N°16.744 o licencia médica tipo 5 o 6, según corresponda, hasta que aquél esté capacitado para volver a realizar sus labores y jornadas habituales, derivándolo para control ambulatorio en caso de estimarse necesario.

Para estos efectos, se entenderá por labores y jornadas habituales aquellas que el trabajador realizaba normalmente antes del inicio de la incapacidad laboral temporal.

En trabajadores incapacitados que presentan un estado probablemente secuelear, el reposo laboral deberá mantenerse mientras existan terapias pendientes y una vez otorgada el alta médica, se deberá iniciar o solicitar la declaración de invalidez, dentro de los 5 días hábiles siguientes.

Los trabajadores que necesiten hospitalización, podrán ser derivados a un centro hospitalario propio o a un prestador en convenio, siendo el médico tratante el responsable de la indicación de derivación y, si es el caso, de determinar el medio de transporte que corresponde a la condición clínica del paciente, de acuerdo al protocolo establecido para estos efectos.

B. Orden de reposo Ley N°16.744 y licencia médica

1. Orden de reposo

Tratándose de trabajadores pertenecientes a entidades empleadoras adheridas a una mutualidad de empleadores o de trabajadores independientes afiliados a alguna de dichas entidades, deberá emitirse una Orden de Reposo Ley N°16.744 que, entre otra información, deberá precisar el periodo de reposo, y ser suscrita por un médico cirujano o un cirujano dentista, debidamente individualizado.

La orden de reposo deberá emitirse en tres copias, una para el trabajador, otra para el empleador y la tercera para respaldo de la mutualidad respectiva.

La mutualidad deberá notificar a la entidad empleadora, dentro de las 48 horas siguientes de emitida la orden, acerca del reposo prescrito al trabajador, lo que puede ser realizado a través de medios electrónicos.

Tratándose de trabajadores con más de un empleador, adheridos a organismos administradores distintos, la mutualidad que emite la orden de reposo, deberá extender la o las licencias médicas tipo 5 o 6, para que el trabajador las presente a sus otros empleadores, quienes deberán tramitarlas en sus respectivos organismos administradores.

2. Licencia médica

Tratándose de trabajadores pertenecientes a entidades empleadoras afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral, de trabajadores independientes afiliados a dicho Instituto, o de trabajadores pertenecientes a empresas con administración delegada, un médico cirujano o un cirujano dentista deberá emitir un formulario de licencia médica tipo 5 o 6, que contenga entre otra información, el periodo de reposo necesario para su recuperación. Dicho formulario deberá ser presentado al empleador dentro del plazo de 2 días hábiles, en el caso de trabajadores del sector privado y 3 días hábiles, respecto de trabajadores del sector público, en ambos casos, contados desde la fecha de inicio del reposo.

El empleador deberá completar la parte correspondiente y presentar el formulario de licencia médica al Instituto de Seguridad Laboral (ISL), dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. Los trabajadores independientes, por su parte, deberán presentar el formulario de licencia en el ISL, dentro de los 2 días hábiles siguientes a la fecha de su emisión. Las empresas con administración delegada, en tanto, deberán presentar la licencia médica directamente en las COMPIN.

Cuando el ISL califique como de origen laboral el diagnóstico, deberá remitir inmediatamente la licencia médica a la COMPIN competente, para que se pronuncie dentro del plazo de 7 días hábiles, contado desde su recepción, sobre la autorización, reducción o rechazo del reposo. Este plazo podrá ampliarse por otros 7 días hábiles, en caso que se requiera de un estudio especial, dejándose constancia de ese hecho en el expediente de trámite. Cuando a juicio de la COMPIN sea necesario un nuevo examen del trabajador o solicitar informes o exámenes complementarios para pronunciarse sobre la licencia, el plazo se prorrogará por el lapso necesario para el cumplimiento de esas diligencias, el que no podrá exceder de 60 días, decisión que deberá ser comunicada al trabajador y al empleador.

C. Alta inmediata, alta laboral y alta médica

1. Alta inmediata

Corresponde a la certificación, efectuada por el médico del respectivo organismo administrador que brinda la atención, de que la afección calificada como de origen laboral no precisa reposo y, por tanto, el trabajador puede ser enviado a la entidad empleadora para continuar inmediatamente con su actividad laboral habitual. Al indicarle el alta inmediata, se deberá entregar al trabajador el correspondiente certificado de alta laboral con alta inmediata.

Tratándose del Instituto de Seguridad Laboral, el prestador en convenio deberá remitir los antecedentes a dicho organismo, quien deberá emitir el certificado de alta laboral con alta inmediata, en caso de ser procedente.

Adicionalmente, se deberá informar al trabajador las razones del alta inmediata y consignar en la ficha clínica dicha fundamentación.

2. Alta laboral

Corresponde a la certificación del respectivo organismo administrador de que el trabajador está capacitado para reintegrarse a su jornada de trabajo y labor habitual, en las condiciones prescritas por el médico tratante.

La fecha del alta laboral corresponde al día siguiente a la fecha de término de la última licencia médica u orden de reposo extendida al trabajador. Lo anterior, es sin perjuicio que efectivamente este día sea o no un día laboral.

3. Alta médica

Se entenderá por alta médica la certificación del médico tratante del término de los tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y otros susceptibles de efectuarse en cada caso específico, para lograr la curación del afectado.

Dicha certificación deberá pronunciarse en torno a la existencia o no de secuelas producto de un accidente o de la irrecuperabilidad de una enfermedad, que deban ser evaluadas.

D. Reintegro laboral progresivo

Si el médico tratante estima necesario, como parte de su terapia, que el trabajador se reincorpore a sus labores en forma

progresiva, este tipo de reintegro podrá ser autorizado por un período limitado, precisando el horario en el cual se realizará y entregando las indicaciones que sean necesarias al trabajador y su empleador. Asimismo, el médico deberá asegurarse que dicha autorización no impida al interesado cumplir con el resto del tratamiento que le ha sido prescrito, su asistencia a controles o su rehabilitación, para lo cual deberá evaluar constantemente la evolución del trabajador. Por consiguiente, esta reincorporación resultará aplicable en tanto se cumplan las condiciones descritas, sin que sea procedente entender que se trata de un alta laboral.

Ahora bien, durante los periodos en los cuales, como parte de la terapia, se autorice la reincorporación laboral paulatina del afectado, conforme a las condiciones citadas precedentemente, el respectivo organismo administrador deberá continuar pagando subsidios por incapacidad hasta el alta del trabajador, sin que el empleador deba enterarle su remuneración, toda vez que el reintegro laboral progresivo se encuentra enmarcado dentro de tratamiento del trabajador y no corresponde a una sustitución del reposo laboral total por uno parcial.

Consecuentemente, corresponde que dichos períodos sean considerados dentro de la siniestralidad efectiva de la respectiva entidad empleadora.

TÍTULO V. Adecuación domiciliaria y contratación de cuidador

A. Adecuación domiciliaria

Cuando la víctima de un accidente del trabajo o enfermedad profesional resulte con una incapacidad permanente que interfiera con su adecuado desplazamiento y sus actividades de la vida diaria, el organismo administrador, con la finalidad de conseguir una rehabilitación integral del afectado, podrá dotar al lugar donde habita, de la infraestructura y equipos necesarios para facilitar la realización de dichos actos. El organismo administrador deberá contar con mecanismos de evaluación que le permitan determinar la pertinencia y viabilidad de tales modificaciones.

Asimismo, cuando a juicio del organismo administrador resulte procedente sustituir la hospitalización del afectado en uno de sus centros asistenciales por una hospitalización domiciliaria, corresponderá a dicha entidad efectuar todas aquellas modificaciones al domicilio del trabajador que sean necesarias para tales efectos.

B. Contratación de cuidador

Si las circunstancias del caso así lo ameritan, conforme a la evaluación efectuada por el organismo administrador, éste podrá proporcionar al inválido el auxilio de terceros, mediante la contratación de los servicios de un cuidador que le brinde asistencia en el desarrollo de los actos elementales de la vida en su casa habitación.

TÍTULO VI. Instrucciones para la implementación de la Ley N° 21.054

A partir del 1° de enero de 2019, la Ley N°21.054 ha puesto término a la distinción entre obreros y empleados, para efectos de la cobertura del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744 y a la coadministración que respecto de los primeros ejercían el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) - como continuador legal del ex Servicio de Seguro Social -, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y los Servicios de Salud, instituciones estas últimas a las que correspondía el pago de los subsidios por incapacidad laboral y el otorgamiento de las prestaciones médicas, respectivamente.

A partir de entonces, el ISL asume la administración integral del referido Seguro respecto de todos los trabajadores de sus entidades empleadoras afiliadas, según dispone el nuevo artículo 10 de la Ley N°16.744.

De conformidad con el mismo artículo, los Servicios de Salud señalados en el artículo 16 del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud y los establecimientos de salud experimental creados por los D.F.L. N°s. 29, 30 y 31, de 2000, del mismo ministerio, se encuentran obligados a convenir con el ISL el otorgamiento de las prestaciones médicas, de acuerdo a las tarifas establecidas en los aranceles vigentes.

En razón de lo expuesto, las SEREMIS de Salud - a través de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) -, los Servicios de Salud y el ISL, deberán cumplir las siguientes instrucciones, con la finalidad de asegurar la continuidad en el otorgamiento de las prestaciones médicas y económicas a los trabajadores obreros, y el oportuno traspaso de la información médica y/o administrativa a la que requiere tener acceso dicho Instituto.

A. Licencias médicas tipo 5 y 6

1. Presentadas a tramitación hasta el 31 de diciembre de 2018, inclusive

Las COMPIN deberán pronunciarse sobre la autorización de todas las licencias médicas extendidas a dichos trabajadores y que sean presentadas a tramitación hasta el 31 de diciembre de 2018. Además, deberán efectuar el cálculo y enviar los antecedentes que correspondan a la Subsecretaría de Salud Pública para el pago, con cargo al presupuesto del mismo año, del subsidio por incapacidad laboral que proceda.

Aquellas licencias médicas cuyo subsidio por incapacidad laboral no alcance a ser pagado con cargo a dicho presupuesto, deberán ser remitidas al ISL para su pago, con el respectivo cálculo.

Además, las COMPIN deberán remitir o poner a disposición del ISL, en la forma que ambas partes convengan, todos los antecedentes médicos y/o administrativos que se tuvo a la vista para la autorización y cálculo del respectivo subsidio.

Los antecedentes relativos al cálculo del subsidio, se requieren para que el ISL los incorpore en el expediente que debe conformar de acuerdo con lo instruido en la Letra B y en el número 2 de la Letra C, ambas del Título II, del Libro VI.

Prestaciones económicas.

2. Presentadas a tramitación a contar del 1° de enero de 2019

En virtud del principio de economía procedimental, consagrado en los artículos 4° y 9° de la Ley N°19.880; del principio de continuidad de ingresos que establece el artículo 1°, del D.S. N°109, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y de la periodicidad máxima de 30 días, a la que debe ajustarse el pago de los subsidios por incapacidad laboral del Seguro de la Ley N°16.744, resulta imperativo actuar con la máxima celeridad y eficiencia en la tramitación de las licencias médicas 5 y 6, en la que intervienen el ISL y las COMPIN.

Por lo expuesto, la tramitación de las licencias médicas tipo 5 y 6 que se presenten a partir del 1° de enero de 2019, deberá ajustarse al siguiente procedimiento:

- a) El empleador o trabajador independiente que reciba una licencia médica tipo 5 o 6, deberá presentar el formulario de licencia ante el ISL, a fin de que tanto dicha entidad como las COMPIN emitan los respectivos pronunciamientos, dentro de su ámbito de competencia.
- b) Las COMPIN y las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) no podrán recibir una licencia médica tipo 5 o 6 tramitada por un empleador o trabajador independiente afiliado al ISL, debiendo informarle que los antecedentes deben ser presentados ante dicho organismo administrador.
- c) El ISL, una vez recepcionada la licencia médica, deberá efectuar la calificación del origen, común o laboral del diagnóstico, conforme a lo establecido en los Títulos II y III, del Libro III. Denuncia, Calificación y Evaluación de Incapacidades Permanentes.
- d) Si el ISL califica el diagnóstico como de origen laboral, deberá remitir el formulario de licencia médica a la COMPIN competente, para que dicha entidad se pronuncie sobre la pertinencia del reposo. Por el contrario, si resuelve que es de origen común, deberá rechazar la licencia médica en virtud del artículo 77 bis de la Ley N°16.744 y proceder de acuerdo a las instrucciones del Título IV, del Libro III, que regulan su aplicación.

Sin embargo, tan pronto el ISL advierta que, por motivos fundados, no podrá cumplir los plazos máximos de 15 y 30 días que se instruyen para la calificación de los accidentes y enfermedades, respectivamente, deberá remitir la licencia médica de que se trate a la COMPIN competente, sin adjuntar la resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (RECA), con la finalidad de respetar el plazo máximo de 30 días, para el pago del subsidio por incapacidad laboral que proceda.

- e) Las COMPIN, en ejercicio de las funciones médico administrativas que deben desarrollar, de acuerdo con el artículo 13 del D.F.L. N°1, de 2005 y los D.S. N°136, de 2005 y N°3, de 1984, todos del Ministerio de Salud, solo deberán pronunciarse sobre la pertinencia del reposo. Una vez emitido su pronunciamiento, deberán enviar la licencia médica respectiva al ISL, para el cálculo y pago del subsidio por incapacidad laboral que corresponda.
- f) Cuando las COMPIN autoricen el reposo de una licencia médica que sea continuación de otra vigente al 31 de diciembre de 2018, junto con informar al ISL sobre su autorización, deberán remitir o poner a disposición de dicho organismo, los antecedentes médicos y/o administrativos y de cálculo del respectivo subsidio, de la o las licencias médicas de la que es continuadora la licencia médica autorizada.

Se exceptúan de este procedimiento las licencias médicas tipo 5 y 6, emitidas a trabajadores de empresas con administración delegada, las que deberán continuar presentándose en forma directa a las COMPIN, para que resuelvan sobre la pertinencia del reposo.

B. Prestaciones médicas

Los Servicios de Salud y los establecimientos de salud experimental mencionados precedentemente, que no dispongan de la capacidad técnica y/o recursos necesarios para continuar otorgando, ya no por mandato de la ley, sino en virtud de los convenios de atención suscritos con el ISL, prestaciones médicas adecuadas y oportunas a los trabajadores que registren terapias pendientes al 31 de diciembre de 2018, deberán derivarlos a dicho Instituto, adjuntado o poniendo a su disposición, en la forma que ambas partes convengan, los antecedentes médicos y administrativos (DIAT, DIEP, etc.), que permitan dar continuidad a esas prestaciones y evitar la repetición de evaluaciones, exámenes o procedimientos, con el consiguiente gasto asociado.

De igual modo, cuando el ISL se los solicite, los Servicios de Salud y los establecimientos de salud de carácter experimental, le deberán remitir o dar acceso a los antecedentes médicos y administrativos de aquellos pacientes a los que se hubiere otorgado el alta médica con anterioridad al 31 de diciembre de 2018.

La remisión o puesta a disposición de antecedentes que se instruye en este número, permitirá al ISL conformar y mantener una ficha de las prestaciones médicas otorgadas a los trabajadores cubiertos, de acuerdo con lo instruido en la Letra D, del Título I, del Libro V.

Al respecto, se debe tener presente que conforme al criterio que esta Superintendencia expresó en la Circular N°3.012, de 2016, y que también recoge su jurisprudencia administrativa (por ejemplo, en los Oficios N°s.48.815, de 2015 y 45.512, de 2018,) las mutualidades de empleadores, las empresas con administración delegada y, en lo que interesa, el ISL, se encuentran legalmente facultados en virtud de la Ley N°16.744 y el artículo 10 de la Ley N°19.628, para acceder a la información contenida en las fichas clínicas de los trabajadores afectados por una contingencia de origen laboral, con la

finalidad de cumplir las obligaciones que la ley les impone, en relación con la determinación y otorgamiento de los beneficios de salud a que tienen derecho.
