

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

/ LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES / TÍTULO II. Calificación de accidentes del trabajo / A. Accidentes del trabajo / CAPÍTULO IV. Calificación del origen de los accidentes

CAPÍTULO IV. Calificación del origen de los accidentes

1. Procedimiento de calificación de accidentes

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

El referido procedimiento deberá regular la gestión de las denuncias y de los medios probatorios que permitan confirmar o descartar el origen laboral de un accidente. Asimismo, deberá precisar las acciones que debe adoptar el organismo administrador y el administrador delegado, según corresponda, para efectuar la calificación y describir los roles y responsables de cada una de las etapas de dicho proceso. De igual modo, deberá contemplar la forma en que se procederá a la investigación de aquellos accidentes en los que existan versiones contradictorias por parte de la persona trabajadora y de la entidad empleadora, considerando, por lo menos, el análisis de la compatibilidad del mecanismo lesional con la afección que presenta la persona trabajadora, la hora en que habría ocurrido el accidente, entre otros.

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

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

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

2. Calificación durante la primera atención médica

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

El profesional del organismo administrador o del administrador delegado deberá consignar en la ficha clínica los fundamentos médicos que justifiquen la calificación efectuada, pronunciándose, además, respecto de la compatibilidad del mecanismo lesional descrito con el diagnóstico formulado y dejando constancia de los exámenes de laboratorio y/o imágenes que se hayan tenido a la vista para efectuar la calificación del accidente. Adicionalmente, el profesional médico deberá explicar a la persona trabajadora, de manera clara y comprensible, los fundamentos de la calificación médica realizada. Lo señalado en el presente párrafo deberá aplicarse en todos aquellos accidentes que sean calificados como de origen común, sin perjuicio de que el organismo administrador o del administrador delegado podrá hacerlo extensivo también a los accidentes calificados como de origen laboral.

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

Tratándose de casos calificados como de origen común o no laboral, conjuntamente con la entrega de la Resolución de Calificación (RECA), el organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, deberá poner a disposición de la persona trabajadora un folleto informativo que tenga por objeto orientar al interesado respecto a qué acciones deberá seguir cuando el accidente del trabajo o de trayecto sea calificado como No Laboral. Esta información podrá ser entregada en forma física (folleto impreso) o vía electrónica. En caso de un correo electrónico, se requiere previamente haber dado su consentimiento. La información a entregar por esta vía, también podrá ser adjuntando un video educativo e informativo. En todo caso, cualquiera sea el medio, la información deberá contener, como mínimo, los elementos indicados en el Anexo N°40: "Contenido mínimo del folleto informativo cuando el accidente o enfermedad es calificado como de origen común o No Laboral", de la Letra C, del Título I, de este Libro III.

Respecto al envío de un video educativo e informativo, mediante un correo electrónico, el organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, deberá utilizar mecanismos que garanticen que la información sea proporcionada por medios seguros.

3. Toma de declaración en caso de accidentes con compromiso de conciencia

Si el trabajador ha sufrido un accidente traumático con algún grado de compromiso de conciencia, el organismo administrador o administrador delegado, sólo podrá tomarle declaración cuando aquél se encuentre lúcido, consciente y orientado temporariamente, dejando constancia de ello en su ficha clínica. En estos casos, la primera declaración deberá ser tomada en presencia de un familiar o del tercero que lo acompañe, circunstancia de la que se deberá dejar constancia en el respectivo documento, individualizando sus datos. En el evento que ninguna persona asista al trabajador, ello se deberá indicar en la declaración.

Lo señalado en el párrafo anterior, también aplicará cuando se requiera tomar declaración a un trabajador que ha sufrido un accidente de trayecto, con compromiso de conciencia.

4. Situaciones particulares

a) Episodio agudo de origen laboral

Cuando el trabajador protegido por el Seguro de la Ley N°16.744 sufra una afección que se ha iniciado directamente por un accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo y el mecanismo lesional descrito es concordante con la producción de los síntomas presentados por el afectado, el organismo administrador o administrador delegado, deberá calificar dicho cuadro clínico como de origen laboral, aún en aquellos casos en que el trabajador presente simultáneamente una patología de base preexistente de origen común, debiendo otorgarle las prestaciones que sean necesarias para la recuperación de dicho cuadro agudo.

b) Calificación de accidentes sin días perdidos

Si un trabajador presenta una contingencia laboral que no amerite reposo, dicha circunstancia dará origen a un caso de accidente laboral sin días perdidos, el que deberá ser igualmente cubierto por el organismo administrador o administrador delegado, para efectos del otorgamiento de las prestaciones médicas pertinentes.

c) Calificación de accidentes sufridos por trabajadores independientes

Para determinar la naturaleza común o laboral del accidente sufrido por un trabajador independiente, el organismo administrador deberá, en primer término, analizar los antecedentes aportados por el interesado, teniendo en consideración la descripción efectuada por dicho trabajador en el formulario de registro de trabajadores independientes, cuando existiere dicho formulario, de su actividad laboral, así como del lugar y horario en el que desempeña sus funciones.

En caso que el trabajador independiente indique que el accidente se produjo durante el desarrollo de una actividad no descrita en el formulario de registro, pero relacionada con las labores que desempeña, el organismo administrador deberá exigirle que acredite que dicha actividad se encuentra vinculada, directa o indirectamente, con las tareas que desarrolla como trabajador independiente. El mismo criterio deberá aplicarse respecto de los trabajadores independientes obligados a cotizar para el Seguro de la Ley N°16.744, que se entiendan afiliados al ISL conforme a lo dispuesto en el penúltimo inciso del artículo 88, de la Ley N°20.255.

d) Situación de trabajadores dependientes que se desempeñan bajo la modalidad de trabajo a distancia o teletrabajo

La determinación del origen, común o laboral, de los accidentes que afecten a los trabajadores que se desempeñan bajo la modalidad de trabajo a distancia o teletrabajo, se regirá por lo dispuesto en los números 6 y 8 de la Letra D, Título III, del Libro I.

5. Plazo para calificar

El organismo administrador o administrador delegado, deberá resolver acerca del origen de un accidente dentro del plazo de 15 días corridos, contado desde la fecha en que recepcione la primera DIAT. Efectuada la calificación del accidente, se deberá emitir la respectiva Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA) y remitirla al SISESAT en el plazo señalado en el número 4, Capítulo VI, Letra B, Título I del Libro IX.

Solo en casos debidamente fundados, el organismo administrador o administrador delegado podrá efectuar la calificación del accidente fuera del plazo señalado.

Dicha resolución en su versión impresa deberá ser notificada al trabajador y a su entidad empleadora, dentro de los 5 días hábiles siguientes a su emisión. De igual modo, si en virtud de un dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social o actuando de propia iniciativa, recalifican el origen común o laboral del accidente, deberán notificarles la nueva resolución, dentro del mismo plazo. Una copia de la RECA deberá ser incluida en la ficha médica del trabajador y en el caso del ISL, en la ficha que contiene los antecedentes de las prestaciones médicas otorgadas por sus prestadores externos, a que se refiere el número 1, Letra D, Título I, del Libro V.

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