

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

Cuando un trabajador sea víctima de un accidente laboral traumático, el organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, deberá proveerle un tratamiento integral en relación a su accidente que incluya, cuando sea necesario, las atenciones de salud mental y de rehabilitación, tanto psíquica como física que requiera.

En los casos de accidentes graves que requieran hospitalización, tales como, amputaciones, traumatismo ocular grave, politraumatizado, gran quemado y lesiones traumáticas de cara con potencialidad de secuela estética, deberán ser objeto de evaluación de salud mental dentro de los 3 primeros meses de ocurrido el respectivo accidente. El objetivo de la evaluación será determinar y proporcionar el tratamiento de salud mental en caso que corresponda, de manera oportuna, adecuada y suficiente para la recuperación integral de la salud del trabajador o trabajadora.

En los casos de accidentes por violencia laboral con lesiones que hayan afectado tanto la salud física como psíquica del trabajador, se le deberá otorgar las prestaciones que correspondan por parte del equipo clínico de salud mental del respectivo organismo administrador.

En el caso de accidentes con diagnóstico de traumatismo encefalocraneano moderado a severo se deberá practicar a lo menos dos evaluaciones neuropsicológicas a los 6 y 12 meses a contar de la fecha de ocurrido el accidente, las que incluirán pruebas específicas para las funciones de atención, concentración, memoria y funciones ejecutivas, realizando las correspondientes acciones de rehabilitación de acuerdo con los resultados de dichas evaluaciones. El equipo médico y psicológico podrá considerar un mayor número de evaluaciones de acuerdo a la evolución del paciente.

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.

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.

Sin perjuicio de la situación prevista en el artículo 49 del D.S N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y de las instrucciones que se imparten en el Título III de este Libro, sobre derivaciones e interconsultas, cuando un trabajador accidentado o enfermo profesional deba trasladarse a una ciudad distinta para la entrega de prestaciones médicas, por no existir en la ciudad donde reside un centro de salud propio del organismo administrador o de un prestador en convenio, se deberá analizar si requiere, a juicio del médico tratante, hacer uso de un medio de transporte apropiado a su condición clínica actual y si la distancia, los problemas de conectividad o el horario en que debe desplazarse, dificultan su asistencia, en cuyo caso sus gastos de traslado deberán ser cubiertos por el organismo administrador.

5. Programa de seguimiento de trabajadores/as con enfermedades profesionales de carácter crónico

Los organismos administradores y administradores delegados deberán realizar el seguimiento de los trabajadores/as y el ex-trabajadores/as con enfermedades profesionales de carácter crónico.

Para estos efectos, se entenderá como "enfermedad profesional de carácter crónico", aquella causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o del trabajo que realiza una persona, que provoca consecuencias para la salud a largo plazo, puede agravarse y requiere de tratamiento y/o cuidados permanentes.

Una vez calificada una enfermedad como de origen profesional, el organismo administrador o administrador delegado según corresponda, deberá ingresar al trabajador/a a un programa de seguimiento de enfermedad profesional de carácter crónico, elaborado según el agente causante de la enfermedad, y otorgar las prestaciones que correspondan. Este programa deberá diseñarse considerando una atención de salud integral y abordar al menos los siguientes aspectos:

a) Elementos generales

i) Establecer la periodicidad del control de salud, considerando lo siguiente:

- El estado clínico y funcional de los trabajadores/as, para identificar complicaciones o cambios en la evolución de la enfermedad, que ameriten una modificación de las prestaciones médicas y/o de las prestaciones económicas a que tenga derecho el trabajador/a.
- La periodicidad que el artículo 76 bis del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, establece para la revisión de las incapacidades permanentes.

ii) Especificar el tratamiento de salud integral para cada etapa de desarrollo de la enfermedad, de acuerdo con lo señalado en la siguiente letra c);

iii) Asegurar el envío oportuno de los antecedentes a la COMPIN para la evaluación y para la revisión de la incapacidad permanente cuando producto de los controles periódicos se constate una agravación o mejoría de esa incapacidad que deba ser evaluada.

Para efectos de la revisión de la incapacidad, se deberá derivar al trabajador/a a la COMPIN correspondiente, en un plazo no superior a 15 días, contado desde el término del control médico.

b) Registro y actualización de medios de contacto del trabajador/a

Los organismos administradores deberán solicitar al trabajador en cada control de salud, la confirmación de sus datos de contacto (correo electrónico, teléfono y dirección) con la finalidad de mantenerlos actualizados y de procurar que tome así conocimiento efectivo y oportuno de las citaciones que se le cursen.

En caso que un enfermo/a no asista a la evaluación y/o no se logre contactar a través de los medios registrados, los organismos administradores, sin perjuicio de efectuar otras acciones destinadas a comunicarse con el trabajador/a, deberán en el caso de pensionados del Seguro de la Ley N°16.744, incluir un recuadro destacado en la liquidación de pago mensual de la pensión, en el que se indique que debe actualizar los medios de contacto. Lo anterior, durante 6 meses corridos, a menos que se logre tomar contacto con el enfermo/a antes de que transcurra ese periodo.

El organismo administrador o administrador delegado deberá mantener un registro de la inasistencia de los trabajadores/as a 2 controles de salud continuos, sin justificación o en los casos en que no haya sido posible contactar al trabajador/a. El registro deberá contener a lo menos la siguiente información: los nombres, apellidos y RUT del trabajador/a; RUT y razón social de la entidad empleadora en la que se contrajo la enfermedad; los medios de comunicación informados o consentidos por el trabajador/a para ser contactado/a, y el motivo de la inasistencia (sin justificación o imposibilidad de contactar al trabajador/a). Este registro se deberá mantener a disposición en caso de ser requerido por la Superintendencia de Seguridad Social.

c) Del tratamiento y atención de salud

El programa deberá contemplar una asistencia de salud de carácter multidisciplinario, que según lo que el médico/a tratante determine, considere entre otros aspectos:

- i) Educación del trabajador/a enfermo/a respecto de los factores de riesgo y protectores, de la importancia de los controles y el tratamiento, incluyendo al grupo familiar o al cuidador/a o tutor/a del trabajador/a;
- ii) Asistencia nutricional para el trabajador/a enfermo/a, según la patología en control, para mantener o mejorar el estado nutricional;
- iii) Entrenamiento fisioterapéutico general, o específico para mantener o mejorar el funcionamiento articular y muscular del trabajador/a u otras;
- iv) Apoyo psicológico en las diferentes etapas de la enfermedad, según corresponda;
- v) Evaluación por un profesional trabajador/a social, considerando las necesidades asociadas al otorgamiento de las prestaciones médicas en el domicilio, en los casos que corresponda, y
- vi) Reintegro laboral y reeducación profesional, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en la Letra F. Reeducación profesional, Título II del presente Libro V.

d) Registro de la información en la ficha clínica

El organismo administrador y administrador delegado deberá consignar en la ficha clínica de cada trabajador/a, la siguiente información:

- i) Las evaluaciones de salud, precisando la evolución de la enfermedad, los exámenes de laboratorio e imagenología y sus resultados, los tratamientos e indicaciones prescritas por los diferentes profesionales de la salud;
- ii) Datos de contacto del trabajador/a y los medios autorizados para las notificaciones, de acuerdo a lo señalado en la letra b) anterior;
- iii) El registro de la adaptación del puesto de trabajo o el cambio de éste y de la exposición a otros agentes de riesgo, según corresponda, cuando se haya reintegrado a trabajar en la misma entidad empleadora. En el caso que el trabajador se desempeñe en otra entidad empleadora o como trabajador/a independiente, se deberá mantener registro de la actividad específica que realiza;
- iv) El proceso de reintegro laboral y de reeducación profesional, según corresponda, y
- v) Registrar la fecha de la inasistencia a control de salud, rechazo al tratamiento, imposibilidad de contactar al trabajador/a, entre otros.

e) Registro de información en el SISESAT

Consideraciones en el registro de información en el SISESAT, en el marco del seguimiento de los trabajadores/as con enfermedades profesionales de carácter crónico de origen laboral:

- i) Atendido que existe un código único (CUN) para el registro de los documentos asociados a la enfermedad profesional, todos los diagnósticos posteriores asociados a dicha enfermedad, deberán ser consignados en una nueva Resolución de Calificación (RECA), con el mismo CUN, que incluya los diagnósticos previos, la que deberá ser remitida al SISESAT. Esta nueva RECA deberá mantener la fecha de emisión de la anterior y no deberá ser notificada al trabajador ni al empleador, puesto que no corresponde a un cambio en la calificación;
- ii) Cada vez que se realice una revisión o reevaluación de la incapacidad permanente, el organismo administrador deberá remitir al SISESAT el correspondiente documento electrónico de la Resolución de Incapacidad Permanente (REIP), en el mismo CUN generado con la denuncia de la enfermedad;
- iii) En caso de fallecimiento de un trabajador/a portador/a de una enfermedad profesional, en el documento electrónico de Alta Médica (ALME) se deberá registrar "alta médica por fallecimiento". Si la causa del fallecimiento es la enfermedad profesional, en este documento, se deberá registrar dicho diagnóstico en la zona "diagnóstico y código asociado (CIE-10)". Ejemplo: Si el fallecimiento es por silicosis, el diagnóstico de alta médica deberá indicar "silicosis y sus complicaciones" y el código CIE-10 correspondiente.

f) Indicadores de seguimiento

Considerando la importancia de la calidad y oportunidad en el otorgamiento de las prestaciones médicas y económicas, según corresponda, y su evaluación para la mejora continua, los organismos administradores y administradores delegados deberán definir y determinar indicadores, tanto de calidad de las prestaciones otorgadas en el marco del programa, así como de morbilidad asociada a la enfermedad profesional sujeta a programa.

g) Aspectos administrativos

Se deberá elaborar un documento con la descripción de cada uno de los programas de seguimiento, el que debe contener, a lo menos, el nombre del programa considerando el agente de riesgo, la fecha de elaboración y de actualización, la identificación del área o departamento responsable de la implementación del programa, un índice con los distintos contenidos y los anexos que se estimen pertinentes.

Los organismos administradores y administradores delegados deberán remitir a la Superintendencia de Seguridad Social, al correo electrónico evast@suseso.cl, dentro de los primeros 15 días del mes de julio, a contar del año 2023, un archivo Excel denominado "Información de trabajadores con silicosis y asbestosis, número 5, del Título I, del Libro V", con los siguientes campos de información: Nombres y apellidos del trabajador/a, RUT del trabajador/a, RUT y razón social de la entidad empleadora, diagnósticos, código CIE-10 del o de los diagnósticos, porcentaje de incapacidad permanente determinado por la COMPIN, fecha de la resolución de incapacidad permanente (dd/mm/aaaa), estado actual (vivo/fallecido).

6. Otorgamiento de servicios o prestaciones médicas a terceros, conforme al artículo 29 del D.L. N°1.819

Los trabajadores que soliciten atención médica como pacientes privados deberán ser advertidos al momento de agendar, por cualquier medio, su hora de atención que, si surge y se confirma una sospecha sobre el origen laboral de su dolencia, se iniciará un proceso de calificación de origen o serán derivados para tal efecto al organismo administrador al que se

encuentra adherida o afiliada su entidad empleadora o bien a esta última, si ejerce la administración delegada del Seguro de la Ley N°16.744.

Si el profesional de la salud que brinda atención al trabajador no es médico y le surgen dudas sobre el posible origen laboral de su afección, deberá informarle por escrito que será derivado a un médico de la mutualidad para la eventual confirmación de esa sospecha y que, a partir de entonces, se suspenderá su atención como paciente privado. El trabajador podrá suscribir ese documento, en señal de haber tomado conocimiento de la derivación y si no lo hace, se deberá dejar constancia de ello. Además, se deberá informar al trabajador el día, hora y lugar en que será atendido por ese médico, haciéndole presente que dicha atención no tendrá costo para él.

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

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

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

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

Con todo, a fin de evaluar los riesgos que eventualmente podrían afectar a las mutualidades de empleadores que otorguen prestaciones médicas a terceros, o que pretendan aumentar los recintos hospitalarios o centros de salud en que actualmente están autorizados por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social para otorgar dichas prestaciones, especialmente en lo relacionado con lo que dispone el inciso segundo del artículo 6° del citado Decreto N° 33, esto es, "Dicho valor sólo considerará la reposición o reembolso del gasto y no involucrará utilidad."; que se constate que no se está generando capacidad ociosa anticipada; que no exista menoscabo o desmedro en las prestaciones médicas otorgadas a los pacientes "ley"; y, adicionalmente, que les permita gestionar los eventuales riesgos reputacionales, deberán establecer las medidas pertinentes para prevenir, evitar o mitigar los efectos de la implementación de la ampliación de atenciones médicas a pacientes privados.

En este orden de ideas, esta Superintendencia expone a continuación cinco temas que, a lo menos, las mutualidades deberán contemplar y monitorear con el objeto de mantener las autorizaciones con que cuentan de parte del Ministerio del Trabajo y Previsión Social para el otorgamiento de las referidas prestaciones. Los temas son los siguientes:

a) Conflictos de interés

En virtud de la factibilidad que se presenten cuestionamientos a las calificaciones de origen común efectuadas por las mutualidades, relacionados con trabajadores a quienes, con posterioridad a dicha calificación, continúen atendiendo como pacientes del sistema de salud común, se advierten dos focos de conflictos de interés que deben ser abordados por esos organismos. El primero, dice relación con las eventuales críticas que las mutualidades pudieran recibir por efectuar calificaciones de forma subjetiva. El segundo foco, se relaciona con que las mutualidades, producto de las supuestas calificaciones subjetivas o erróneas, queden en ventaja para hacerse cargo de la prestación médica frente a otros posibles prestadores.

Por tanto, resulta pertinente que las mutualidades comuniquen, a través de todos sus canales de reserva de horas de atención, en sus sitios web y, en definitiva, en todos sus establecimientos de atención que, como las mutualidades forman parte del conjunto de las instituciones que administran el Seguro de la Ley N°16.744, cualquier colaborador de una mutualidad y, en cualquiera de sus sedes o recintos hospitalarios, ante la sospecha o toma de conocimiento de que el origen de la patología por la que acude el paciente, tiene presuntamente un origen profesional, deberá efectuar la denuncia correspondiente directamente o previa coordinación y confirmación de un profesional de la salud, ante sí o ante otro organismo administrador, de ser procedente.

b) Cumplimiento de prohibición de generar utilidades

Según dispone el artículo 6° del D.S. N° 33, ya citado, el valor de las prestaciones que otorguen los establecimientos hospitalarios de las mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744, en conformidad a dicho reglamento, será pagado por el beneficiario, sin perjuicio de lo que se establezcan los convenios de salud de éste. Dicho valor, sólo considerará la reposición o reembolso del gasto y no involucrará utilidad.

Con el objeto de dar una solución real a la aprehensión antes señalada, garantizando el cabal cumplimiento del artículo citado, en orden a que la eventual extensión que se les ha concedido o se les conceda en el futuro, no

permitirá que se generen utilidades. De igual forma, deberán generar alternativas de solución que incluya procesos de registros contables como también administrativos y operacionales, que permitan dar cuenta de los reales costos incurridos en el otorgamiento de las prestaciones médicas a terceros.

c) Exposición a eventuales riesgos reputacionales

El otorgamiento de atenciones de salud a pacientes privados, supone el uso de la capacidad instalada de las mutualidades, lo cual podría ser interpretado como una especie de "subsidio" del Seguro de la Ley N°16.744 para el otorgamiento de prestaciones de salud común, circunstancia que podría derivar en potenciales denuncias por competencia desleal o discriminación con sus competidores de la salud privada, ya que eventualmente ofrecerían prestaciones a precios inferiores por los demás competidores de la industria.

d) Capacidad ociosa

Se estima relevante evaluar un aspecto que dice relación con que las prestaciones médicas que se otorguen a pacientes privados, sean otorgadas como lo señala el inciso segundo del artículo 2° del citado D.S. N°33, esto es "con los recursos e instalaciones disponibles", con los que cuentan las mutualidades de empleadores. En efecto, no resulta plausible generar, de manera anticipada e inorgánica, capacidad ociosa, de modo que cualquier iniciativa que se plantee en tal sentido, debe estar justificada en función de la demanda esperada de largo plazo de pacientes cubiertos por la Ley N°16.744, ya sea para atenciones de tipo ambulatoria u hospitalaria.

e) Eventual menoscabo o desmedro en las prestaciones médicas otorgadas a pacientes "ley"

Conforme dispone el artículo 29 del D.L. N°1.819, las mutualidades de empleadores pueden ser autorizadas para extender la atención médica que presten en sus establecimientos, sólo cuando estén en condiciones para ello, sin que esto implique un desmedro de las obligaciones y funciones que les encomienden o impongan la legislación que les es aplicable, sus reglamentos o estatutos.

Por tanto, un aspecto que resulta esencial a verificar y controlar, en el ejercicio de la extensión de la atención médica a pacientes privados que se les ha autorizado, es que no se altere en forma alguna el cumplimiento de las funciones y obligaciones impuestas a las mutualidades como organismos administradores del seguro.

Lo anterior, implica que en todo momento las mutualidades, como consecuencia de la autorización con que cuentan y que les ha permitido implementar el otorgamiento de prestaciones médicas a pacientes privados, no puede afectar en modo alguno la oportunidad y calidad de las prestaciones médicas que otorga a los trabajadores cubiertos por el Seguro de la Ley N°16.744.

7. Indicadores de seguimiento de los eventuales efectos del otorgamiento de las prestaciones médicas a terceros, conforme al artículo 29 del D.L. N°1.819

Con el objeto de contar con información transparente y continua en el tiempo, es fundamental que las mutualidades de empleadores realicen un seguimiento de distintos indicadores que permitan prevenir, mitigar y mantener bajo control, en caso de que se produzcan, los riesgos o aprehensiones que pudiesen tener y/o manifestar sectores de interés, por la participación de las mutualidades en el otorgamiento de prestaciones médicas por siniestros o afecciones de origen no laboral.

En tal sentido, las mutualidades con el objeto de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 29 del D.L. N°1.819 y su reglamento, esto es, no generar utilidad ni capacidad ociosa anticipada, no afectar la atención de los pacientes ley, deberán gestionar y monitorear, indicadores representativos de cada uno de los temas establecidos en el número 6. Otorgamiento de servicios o prestaciones médicas a terceros, conforme al artículo 29 del D.L. N°1.819, Letra B, Título I, del presente Libro V.

Para esos efectos, en el Anexo N°3: "Indicadores mínimos para monitoreo de prestaciones médicas a terceros vinculadas a autorización por D.L. N°1.819", de la Letra G, Título I del Libro V, se presenta un set mínimo de indicadores de monitoreo, los cuales la mutualidad deberá analizarlos, complementarlos e incluirlos, en su seguimiento periódico.

Con todo, las mutualidades deberán enviar a la Superintendencia de Seguridad Social un Informe Anual sobre la gestión y los indicadores de seguimiento relativos a las condiciones.

interpuestas por el D.L. N°1.819, de 1977, para el otorgamiento de prestaciones de salud no laboral, en los centros de salud autorizados. Dicho informe debe contener, al menos, los siguientes elementos:

- a) Identificación de la autorización y centros de atención de salud vinculados;
- b) Indicadores, relativos a los temas expuestos en el número 6. anterior, tales como los indicados en el Anexo N°3: "Indicadores mínimos para monitoreo de prestaciones médicas a terceros vinculadas a autorización por D.L. N°1.819." Letra G, Título I del Libro V, y otros que la entidad considere que se ajustan a la realidad de sus operaciones;
- c) Información financiera contenida en la NOTA 44 ESTADO DE RESULTADOS DE LAS VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS A

TERCEROS, y

- d) Declaración que la entidad realice en el sentido de cumplir o no, las condiciones asociadas a mantener la autorización otorgada relacionada al D.L. N°1.819, de 1977.

C. Indicadores de calidad y acreditación de centros asistenciales

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

Los organismos administradores deberán establecer por escrito los indicadores de calidad que utilizarán para el adecuado control del otorgamiento de las prestaciones médicas, para cada uno de los niveles de complejidad de sus centros asistenciales, es decir, desagregados de acuerdo a las siguientes categorías: centros hospitalarios, incluidas las clínicas regionales, centros de atención ambulatoria y otras subcategorías que estimen pertinentes.

Los indicadores de calidad definidos, y que deben ser reportados al Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS), son los siguientes:

- a) Tasa de reclamos por prestaciones médicas (hospitalaria, de urgencia y ambulatoria);
- b) Tasa de reclamos por tiempo de espera;
- c) Postergación de cirugías;
- d) Reingreso de casos con alta inmediata, y
- e) Tiempo de espera en primera atención.

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.

2. Indicadores de seguimiento de casos

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

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

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

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

Para este efecto, los organismos administradores y administradores delegados deberán enviar a la aprobación de la Superintendencia de Seguridad Social, una propuesta conjunta de indicadores.

3. 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 I, 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 y los administradores delegados del Seguro de la Ley N°16.744 deberán 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 y administradores delegados deberán privilegiar la utilización de soportes electrónicos para el manejo y almacenamiento de la ficha clínica única.

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

Además de la información consignada en el citado Reglamento, el registro en la ficha clínica de una primera atención por denuncia de accidente o de sospecha de enfermedad profesional, deberá incluir los contenidos indicados en el Anexo N°1 "Contenidos básicos de la ficha clínica única en la primera atención" de la Letra G, Título I del Libro V, debiendo consignar en el caso de los accidentes, una descripción exhaustiva de las circunstancias en que ocurrió, además del mecanismo lesional y de las lesiones físicas y/o psíquicas que provocó. A su vez, en caso de sospecha de enfermedad profesional, deberán registrarse sus síntomas y características, la presencia o no de un mecanismo lesional traumático agudo al cual atribuir dichos síntomas y la eventual exposición a factores de riesgo, entre otros elementos de relevancia.

En el caso de las atenciones que son parte del proceso de calificación de enfermedad profesional, dicho registro deberá 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 deberán 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 o administrador delegado 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.

Los organismos administradores y los administradores delegados deberán cautelar la información relativa al diagnóstico o condición de salud del trabajador, así como su tratamiento médico, atendido el carácter sensible y confidencial de esos antecedentes, encontrándose prohibido su conocimiento y acceso a la entidad empleadora.

Tratándose de las empresas con administración delegada, la información señalada en el párrafo anterior, sólo podrá ser conocida por el área o las áreas que participan en la administración del Seguro de la Ley N°16.744, sin que proceda otorgar acceso a las demás áreas de la entidad empleadora, debiendo establecerse controles eficientes que garanticen dicha limitación, los que deberán ser auditados periódicamente por la empresa con administración delegada.

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 y administradores delegados 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. Programa de Atención Psicológica Temprana

1. Definición

Los organismos administradores deberán contar con Programa de Atención Psicológica Temprana, cuyo objetivo será otorgar la primera respuesta para evaluar y mitigar el impacto emocional y cognitivo de un incidente cuya consecuencia es exclusivamente de carácter psíquico. Lo anterior, sin perjuicio, de contribuir a su prevención.

Se entenderá por Programa de Atención Psicológica Temprana a aquel diseñado y ejecutado por un equipo profesional especializado en psicología del trauma y emergencias, que deberá desarrollar acciones reactivas y preventivas preferencialmente en terreno, ante situaciones violentas o altamente disruptivas que afecten el ámbito laboral.

2. Elementos mínimos del programa de intervención temprana

El estándar mínimo de estos programas deberá contemplar, a lo menos, los siguientes elementos:

- a) Tener profesionales de salud mental capacitados para intervenir en situaciones disruptivas que ocurren a causa o con ocasión del trabajo;
- b) Otorgar una intervención organizada y guiada, dentro de las primeras 48 horas, contados desde que el organismo administrador toma conocimiento del incidente, con el objetivo de contener el sufrimiento psíquico y facilitar la emergencia de aspectos resilientes con el empleo de recursos personales y grupales;
- c) El organismo administrador deberá generar la DIAT o DIEP correspondiente, en todos aquellos casos en que la persona trabajadora requiere la atención, sin haber sido derivado con una DIAT o DIEP por parte del empleador;
- d) Los organismos administradores deberán contar con indicadores de gestión y control interno del respectivo programa;
- e) El Programa de Atención Psicológica Temprana deberá contar con protocolos de capacitación en psicología del trauma y emergencias de sus equipos y contar con acciones de cuidado preventivas de la salud de sus equipos, y
- f) Contar con protocolos técnicos para su aplicación, el que deberá ser revisado anualmente por el organismo administrador, considerando un enfoque de mejora continua de procesos.

3. Derivación y alta

Los organismos administradores deben contar con protocolos de derivación directa de los trabajadores afectados entre sus equipos, evitando la revictimización del paciente por evaluaciones no especializadas en un momento de hiperreactividad al trauma.

4. Programa de acciones preventivas

El organismo administrador deberá registrar toda la información necesaria para caracterizar la siniestralidad a la que están expuestos los trabajadores y trabajadoras que ingresan al programa, de acuerdo a la zona geográfica y a la actividad económica del centro de trabajo, con el objeto de ejecutar articuladamente acciones preventivas específicas y focalizadas en terreno, en conjunto con las entidades empleadoras, dirigidas a mejorar la seguridad de trabajadores y trabajadoras, incorporando criterios de equidad de género.

5. Registro electrónico de las atenciones

Los Programas de Atención Psicológica Temprana deberán registrar sus acciones en un sistema electrónico en el cual consten las atenciones realizadas a los trabajadores y que puedan ser analizadas, sincrónicamente, en línea, por los equipos de salud mental. Asimismo, dicho registro deberá ser reportado al sistema GRIS de la Superintendencia de Seguridad Social, de acuerdo a lo instruido en el Título II del Libro IX. Sistemas de información. Informes y reportes.

6. Atención Psicológica Temprana en caso de acoso laboral, sexual o violencia en el trabajo en el marco de la Ley N°21.643 (Ley Karin)

La Atención Psicológica Temprana en el marco de la Ley N°21.643 (Ley Karin) debe tener un procedimiento especial de tramitación en el organismo administrador, que deberá implementar para personas trabajadoras que hayan sufrido acciones de violencia y acoso ejercidas por otras personas que se desempeñen en un mismo lugar de trabajo; que hayan sufrido acoso o violencia con ocasión de la prestación de servicios, ejercida por usuarios, clientes, u otros terceros ajenos a la relación laboral, cuando exista una denuncia por Ley N°21.643 ante el empleador, la Dirección del Trabajo o la Contraloría General de la República, según corresponda.

Los organismos administradores deberán informar a las entidades empleadoras el procedimiento para la atención oportuna de los trabajadores afectados que fueren derivados al programa de atención temprana.

Los organismos administradores y las empresas con administración delegada deberán adecuar la atención psicológica temprana para abordar estas situaciones, según se detalla a continuación:

- a) Recibir los antecedentes que entregue la persona afectada o el empleador, vía telemática, presencial o telefónica;
- b) Registrar la atención en el archivo M01 del sistema GRIS, identificándola como Ley N°21.643 (Ley Karin);
- c) Otorgar la Atención Psicológica Temprana, la que será realizada por profesionales psicólogos y psicólogas, especialmente capacitados en la atención del trauma, según lo especificado en el número 2. Elementos mínimos del Programa de Atención Psicológica Temprana, de la presente Letra F, Título I de este Libro V;
- d) La Atención Psicológica Temprana, tendrá como objetivo otorgar contención emocional y acompañamiento terapéutico inicial, y contemplará lo siguiente:
 - i) Tomar conocimiento del incidente, realizar una evaluación de los síntomas y de los hechos denunciados;
 - ii) Otorgar la atención psicológica pertinente de acuerdo con el incidente y la persona afectada;
 - iii) Si existen síntomas psíquicos derivados del incidente, luego de la atención psicológica prestada, se deberá derivar a la persona afectada a una evaluación médica que tendrá como objetivo principal la realización de un diagnóstico y la indicación de un tratamiento, cuando este sea necesario, como atención adicional. Esta evaluación deberá ser realizada por un/a profesional médico/a que cumpla los requisitos establecidos en la letra a)
 - a) Evaluación médica, número 1. Evaluación clínica por sospecha de enfermedad mental de origen laboral, Capítulo II, Letra C, Título III del Libro III. "Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes", quien podrá ser asesorado por un profesional del área salud mental;
 - iv) Si no existen síntomas psíquicos derivados del incidente o situación de agresión sufrida, lo que significa que la persona afectada no requiere continuar con la atención, se le deberá otorgar el alta realizando los registros correspondientes que se indican en el número 8, Letra F del presente Título I, y
- e) Si la Atención Psicológica Temprana es otorgada producto de una consulta espontánea de la persona afectada, sin que exista una denuncia formal previa ante el empleador, la Dirección del Trabajo, o la Contraloría General de la República, como lo exige la Ley N°21.643, el organismo administrador o de administración delegada deberá igualmente otorgar la atención o las atenciones posteriores si correspondiere, sin embargo este caso deberá registrarse como una atención fuera de la Ley N°21.643 y dentro de la Ley N°16.744. Este caso deberá regirse por el procedimiento general de la atención psicológica temprana.

El personal del programa de atención psicológica temprana, así como los otros profesionales que intervienen en la atención por acoso laboral, sexual o de violencia en el trabajo, deberá recibir capacitación en género y diversidad, que incluya entre otros aspectos, la importancia del respeto del uso del nombre social de las personas trans y no binarias y otras expresiones de la identidad de género

Para efectos del registro, se deberá indicar si la denuncia es por Ley N°21.643. Para ello se deberá registrar en la DIAT_OA o DIEP_OA, en el campo "Origen del ingreso por Ley N°21.643" definido en el Anexo N°3: DIAT y DIEP electrónica, Letra H, Título I del Libro IX, cualquiera de las siete opciones de ese campo.

El procedimiento general que rige la atención psicológica temprana, aplicará supletoriamente, en todo aquello que resulte compatible.

7. Atención adicional para los casos derivados desde los Programas de Atención Psicológica Temprana

La atención adicional que requieran estos casos, deberá considerar los siguientes elementos:

- a) Los profesionales que otorgan esta atención deberán estimar si el caso es accidente o enfermedad, según lo establecido en el número 3, Letra G. Situaciones especiales del Título III. Calificación de Enfermedades Profesionales del Libro III. Denuncia, Calificación y Evaluación de Incapacidades Permanentes.

Los profesionales responsables de la atención y calificación podrán modificar la tipología de la denuncia, ya sea desde "accidente" a "enfermedad" o viceversa, de acuerdo con su criterio y los antecedentes de cada caso;

- b) En caso de sospecha de enfermedad profesional deberá seguirse el procedimiento establecido en la Letra C, Título III del Libro III;
- c) La persona afectada recibirá la atención de salud que sea necesaria de acuerdo con el incidente o evento ocurrido y la sintomatología que presente, la que podrá incluir atención médica y fármacos, así como atención psicológica y psiquiátrica. La atención de salud deberá incluir la prescripción de reposo si se estima que este es necesario. La

atención de salud deberá prestarse hasta la completa remisión del cuadro clínico;

- d) Los profesionales responsables de la atención y calificación podrán modificar la tipología de la denuncia, ya sea desde "accidente" a "enfermedad" o viceversa, de acuerdo con su criterio y los antecedentes de cada caso;
- e) Los profesionales que participen de las distintas etapas de atención y calificación deberán mantener un contacto entre ellos que permita el flujo expedito de información entre los diferentes equipos y evitar una sobreexposición o revictimización de la persona afectada.

En todos los casos, el organismo administrador deberá hacer las gestiones necesarias para que las personas afectadas no queden sin una atención de salud apropiada durante el proceso de calificación, y

- f) El organismo administrador deberá velar por el reintegro laboral de la persona afectada, concordando la oportunidad de la misma y coordinando las medidas de mitigación que correspondan para evitar la exposición de la persona trabajadora al riesgo que dio origen al evento, considerando el estado psicológico de la víctima, su situación laboral, así como sus condiciones particulares, incluida la diversidad sexogenérica de la víctima y en lo posible con la participación de un prevencionista de riesgos asignado al caso.

8. Resolución de calificación (RECA)

- a) En los casos que provengan de una atención derivada de la Ley N°21.643 o en aquellos casos de alto impacto emocional que se atiendan como Ley N°16.744, la resolución de calificación (RECA) deberá consignar en el campo "tipo de calificación" los códigos:

Accidente a causa o con ocasión del trabajo	(1)
Enfermedad profesional	(3)
Accidente a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad	(4)
Enfermedad laboral sin incapacidad temporal ni permanente	(5)
No se detecta enfermedad (En este caso, el organismo administrador debe consignar en el archivo M01 del sistema GRIS, campo "Resultado de intervención" el código 1, alta)	(12)
Incidente laboral sin lesión (en este caso, el organismo administrador debe consignar en el archivo M01 del sistema GRIS, campo "Resultado de intervención" el código 1, alta.	(14)

Además, podrá consignar otra de las opciones señaladas en la RECA según corresponda;

- b) En los casos de códigos RECA (1) y (4) anteriores, así como en las opciones señaladas en la RECA referidas a otro tipo de accidente o cuando se trate de un incidente laboral sin lesión (14), en el documento electrónico de la resolución de la calificación (RECA) se deberá registrar en el campo "codigo_forma" los siguientes códigos según corresponda:

Descripción	Código
Violencia, agresión o amenaza entre colaboradores de la misma empresa (Directa)	91.30
Violencia, agresión o amenaza ejercida por personas ajenas a la empresa (Indirecta)	91.31
Agresión o acoso sexual a causa o con ocasión del trabajo	91.32

- c) En el caso de las enfermedades (3) y (5) o cuando no se detecte enfermedad (12), en el campo "codigo_agente_enfermedad" de la RECA se debe registrar alguno de los agentes causales de acuerdo con la "Lista europea de agentes causales de enfermedades profesionales", considerando los siguientes códigos según corresponda:

Descripción	Código
Hostilidad de la jefatura	5000080105
Hostilidad de pares	5000080106
Hostilidad de subalternos	5000080107
Acoso sexual	5000100002
Agresión por usuarios (alumnos, pacientes, clientes)	5000100100
Agresión por terceros (delincuentes, otros externos)	5000100101
Hostilidad durante el trabajo desde personas con relación de parentesco, familiar o afectiva con el/la trabajador/a	5000100102
Ser testigo de violencia, accidente grave o muerte de una persona vinculada al trabajo	5000100103
Ser acusado/a de agresión sexual, laboral, violencia en el trabajo	5000100104

G. Anexos



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



Anexo N°3: Indicadores mínimos para monitoreo de prestaciones médicas a terceros vinculadas a autorización por D.L. N°1.819

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 impostergable.

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 registrarse 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, a título gratuito, por el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744, de conformidad con lo establecido en el número 3, Letra D, Título II, del Libro VII o,
- ii) Dependientes de la empresa o contratados por ésta a título oneroso a un prestador de servicios médicos, incluyendo dentro de estos últimos, los que contrate a su organismo administrador o a las empresas relacionadas de éste.

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.

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

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:

- i) Si el policlínico pertenece al organismo administrador y la atención es brindada por un médico dependiente de ese organismo, dicho profesional deberá:
 - Otorgar la primera atención al trabajador accidentado y definir si es necesario derivarlo a otro centro asistencial del organismo administrador para su tratamiento o evaluación médica, lo que se debe efectuar acompañando la respectiva DIAT. En caso de no ser necesaria la derivación, el profesional del policlínico solo deberá de remitir la respectiva DIAT a la agencia o dependencia del organismo administrador.

Adicionalmente, dicho profesional podrá calificar el origen del accidente, cuando cuente con los antecedentes necesarios para ello. Sin embargo, si el policlínico es proporcionado a título oneroso, el médico a cargo sólo podrá calificar el accidente cuando los antecedentes disponibles permitan concluir que es de origen laboral. En caso contrario, no podrá calificarlo y deberá remitir esos antecedentes, junto con la respectiva DIAT, a la agencia o dependencia del organismo administrador.

 - 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 el policlínico es de la empresa o ha sido contratado por ésta a un prestador de servicios, el médico a cargo,

salvo que ese prestador corresponda a su organismo administrador, sólo podrá brindar a primera atención al trabajador accidentado o enfermo y deberá necesariamente derivarlo con la DIAT o DIEP, según corresponda, al centro asistencial más cercano del organismo administrador, el cual deberá controlar que esa derivación se efectúe.

De conformidad con lo dispuesto en las letras d) y c) del artículo 73 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, cuando un trabajador se encuentre incapacitado para realizar su trabajo habitual producto de un accidente del trabajo o enfermedad profesional, el médico a cargo del policlínico no podrá indicar cambio de faena o alta inmediata. Respecto de los policlínicos a que se refiere el número ii. precedente, el organismo administrador deberá velar por el cumplimiento de esas disposiciones, en la medida que haya recibido la información pertinente.

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.

3. Plan de contingencia

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

Dicho plan deberá ser de fácil implementación, quedando establecidos por escrito los procedimientos y responsables de cada etapa, además de los elementos o situaciones que se considerarán para su activación. Este plan deberá ser consistente con lo señalado en el Capítulo VI. Gestión de la continuidad operacional, de la Letra B. Gestión específica de los riesgos, Título IV del Libro VII.

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, así como sus actualizaciones, deberá ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social para su conocimiento y difundido a todos los integrantes de las agencias.

4. Prestaciones de especialistas

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

En esta materia, se debe tener en consideración que los pacientes con patologías de salud mental deben ser controlados por un mismo psicólogo, en caso que esta atención sea necesaria, y 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.

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, kinesiterapia, 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 deberán contar con protocolos de tratamiento para las afecciones más frecuentes, en sus agencias y hospitales.

2. Objetivos de la rehabilitación

El proceso de rehabilitación tiene dos objetivos:

- a) Recupera la capacidad funcional que el trabajador tenía previo al siniestro

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

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

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

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

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

3. Centros de rehabilitación a nivel regional

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

- a) Infraestructura y equipamiento

- i) Los centros deben ubicarse cercanos al lugar donde se efectúa la atención médica, para facilitar la supervisión de los tratamientos. Esta exigencia no será aplicable cuando el centro de rehabilitación pertenezca a un prestador en convenio.

- ii) El espacio debe ser adecuado en relación a la demanda de prestaciones kinésicas, con el fin de otorgar una atención personalizada y con la debida comodidad de los pacientes, evitando el hacinamiento.

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

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

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

- b) Recursos humanos

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

El centro deberá designar un profesional de la salud (medicina, enfermería, kinesiología o terapia ocupacional), quien será la contraparte técnica del médico tratante, según se requiera.

El centro deberá confeccionar un informe de rehabilitación al término del proceso. En dicho informe se debe indicar si existen secuelas que deban ser evaluadas y cuál es la capacidad funcional del trabajador.

4. 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).

F. Reeducción profesional

1. Definición

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

Para efectos de la Ley N°16.744 se considera inválido al trabajador que producto de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional presenta una disminución en su capacidad funcional igual o superior a un 15% de incapacidad presumiblemente permanente.

2. Márgenes racionales para otorgar la reeducación profesional y cobertura de gastos asociados

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

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

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

Asimismo, esta prestación debe contemplar el financiamiento de los siguientes gastos:

- a) Matrícula;

- b) Mensualidades o arancel;
- c) Artículos de estudio, tales como cuadernos, libros, lápices;
- d) Equipos informáticos, insumos técnicos y afines. En este caso, se deberá requerir al interesado y/o directamente a la casa de estudios, los antecedentes que avalen la necesidad imperiosa y objetiva de contar con esos equipos o insumos y que precisen cuáles son los requerimientos técnicos que aquellos deben cumplir. Una vez obtenida esa información, el organismo administrador o administrador delegado deberá optar por la adquisición de un equipo o insumo de valor razonable, de acuerdo con la calidad y funcionalidad necesarias para el cumplimiento de la reeducación profesional. Tales equipos e insumos técnicos podrán ser entregados en comodato, y
- e) Gastos de traslado, solo en caso que el trabajador no pueda desplazarse por sus propios medios a consecuencia de las secuelas causadas por el accidente del trabajo o enfermedad profesional, lo que debe ser certificado y autorizado por el médico tratante.

3. Procedimiento para solicitar la reeducación profesional

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

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

- a) Datos del trabajador;
- b) Fecha de la solicitud;
- c) Nivel educacional del trabajador previo al accidente o enfermedad que dio origen a la incapacidad permanente, con las siguientes opciones, sin escolaridad, educación básica, educación media, técnico profesional, universitario, postgrado;
- d) Tipo de reeducación profesional que solicita: curso, seminario, carrera técnica o profesional, estudio de postgrado, y la materia o área de conocimiento (por ejemplo, electricidad, mecánica, salud, contabilidad, etc.), y
- e) Motivo por el que solicita la reeducación profesional (de qué modo le permitirá al trabajador hacer un mejor uso de su capacidad de ganancia residual).

4. Gestión de la solicitud de reeducación profesional

El organismo administrador o el administrador delegado deberá realizar las siguientes gestiones:

- a) Recepcionar la solicitud del trabajador;
- b) Conformar un expediente electrónico con los siguientes antecedentes: REIP, informe médico de las secuelas, la capacidad funcional residual, la capacidad para desarrollar la función o labor habitual desempeñada antes del accidente o del diagnóstico de enfermedad y los demás antecedentes que el comité de reeducación profesional estime necesarios para resolver;
- c) Enviar el expediente al comité de reeducación profesional para su análisis y resolución, y
- d) Una vez aprobado el beneficio, realizar las gestiones necesarias para su adecuado y oportuno otorgamiento.

5. Comité de reeducación profesional

El organismo administrador o el administrador delegado deberá constituir un comité de reeducación profesional, conformado por un mínimo de 3 integrantes: un médico, un profesional del área de la salud y uno del área social. El comité podrá sesionar en modalidad presencial o remota.

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

El comité de reeducación deberá pronunciarse sobre la solicitud, mediante una resolución fundada, en un plazo no superior a quince días hábiles, contados desde su presentación. Dicha resolución deberá ser notificada al trabajador en un plazo no superior a cinco días hábiles. En ella, se deberá hacer presente al trabajador que, en caso de disconformidad con lo resuelto, podrá reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social, dentro del plazo de noventa días hábiles,

establecido en el inciso tercero del artículo 77 de la Ley N°16.744.

6. Registro

El organismo administrador y el administrador delegado deberán mantener un registro de los trabajadores a los que se les ha otorgado esta prestación, precisando su modalidad (curso, carrera de nivel técnico, entre otros), la materia o área de conocimiento, la duración, la institución que lo imparte, el gasto total comprometido, y si fue o no concluido, precisando cuando corresponda, las causas de deserción o abandono.

El beneficio se podrá otorgar una vez por cada accidente del trabajo o enfermedad profesional que genere invalidez.

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

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

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

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

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

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

3. Protocolos de derivación y traslado

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

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

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.

La referida planificación deberá constar por escrito.

3. Protocolos de derivación a interconsultas

El organismo administrador y el administrador delegado, según corresponda, deberán 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.

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 o administrador delegado 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 secular, 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.

El médico tratante y el cirujano dentista, son los únicos habilitados para emitir la orden de reposo laboral, y no pueden extenderla cuando se encuentren haciendo uso de licencia médica o reposo laboral. Asimismo, no podrán emitirse a sí mismos una licencia médica o reposo laboral.

Dichos profesionales deberán estar debidamente inscritos y legalmente habilitados en el Registro Nacional de Prestadores

Individuales de Salud (RNPI) de la Superintendencia de Salud.

Para tales efectos los organismos administradores y las empresas con administración delegada, deberán establecer actividades de control adecuadas, estandarizadas, verificables y documentadas, para gestionar los riesgos asociados a la correcta emisión del reposo laboral y del pago del subsidio por incapacidad temporal.

Al emitir la orden de reposo laboral, deberán informar por escrito a la persona trabajadora que debe cumplir el reposo médico prescrito según las indicaciones médicas y que su incumplimiento puede dar lugar a la medida de suspensión del pago del subsidio por incapacidad temporal y la restitución de los montos que hubiese percibido desde la fecha del eventual incumplimiento.

La circunstancia que una persona trabajadora mantenga el pago de la remuneración durante el período de su reposo en virtud de la ley o de un convenio, no obstará a que el organismo administrador o el administrador delegado deba cumplir con la obligación de emitir la respectiva orden de reposo laboral.

Si la persona trabajadora no se ha reincorporado a sus labores, su ausencia laboral debe siempre ser justificada por una orden de reposo o una licencia médica, según corresponda, salvo que el trabajador haya superado las 104 semanas de subsidio por incapacidad temporal, a partir de las cuales gozará de la pensión transitoria y no gozará de subsidio por incapacidad laboral, debiendo ser sometido al trámite de la pensión transitoria.

Lo anterior no obsta que, el organismo administrador o empresa con administración delegada deba respaldar la ausencia laboral, con la respectiva orden de reposo o licencia médica, según corresponda, durante el período previo al pago de la pensión transitoria.

2. Licencia médica

Tratándose de trabajadores pertenecientes a entidades empleadoras afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral (ISL), 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. Corresponderá al ISL pronunciarse respecto de la justificación del reposo contenido en la respectiva licencia médica.

Cuando la licencia médica tipo 5 o 6 haya sido extendida por un administrador delegado, dicha entidad deberá completar la parte correspondiente al empleador y pronunciarse respecto de la justificación del reposo contenido en ella, en la Zona B de la licencia médica.

Al emitirse una licencia médica tipo 5 o 6, se debe informar por escrito a la persona trabajadora que debe cumplir el reposo médico prescrito según las indicaciones médicas y que su incumplimiento puede dar lugar a la medida de suspensión del pago del subsidio por incapacidad temporal y la restitución de los montos que hubiese percibido desde la fecha del eventual incumplimiento.

Por lo señalado el ISL deberá informar a los prestadores en convenio que, cuando emitan la licencia médica tipo 5 o 6, deben comunicar a la persona trabajadora que debe cumplir el reposo médico otorgado y que su incumplimiento puede dar lugar a la medida de suspensión del pago del subsidio por incapacidad temporal y la restitución de los montos que hubiese percibido desde la fecha del eventual incumplimiento.

El médico tratante y el cirujano dentista, son los únicos habilitados para emitir la licencia médica tipo 5 o 6. En todo caso, no pueden extenderla cuando se encuentren haciendo uso de licencia médica o reposo laboral. Asimismo, no podrán emitirse así mismo una licencia médica o reposo laboral.

Dichos profesionales deberán estar debidamente inscritos y legalmente habilitados en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (RNPI) de la Superintendencia de Salud.

Para tales efectos, los organismos administradores y las empresas con administración delegada, deberán establecer actividades de control adecuadas, estandarizadas, verificables y documentadas, para gestionar los riesgos asociados a la correcta emisión, y del pago del subsidio por incapacidad temporal.

La circunstancia que una persona trabajadora mantenga el pago de la remuneración durante el período de su reposo, en virtud de la ley o de un convenio, no obstará a que, el organismo administrador o el administrador delegado deba cumplir con la obligación de emitir la respectiva licencia médica.

En el caso de la empresa con administración delegada, en atención a su doble calidad de entidad empleadora y administradora del Seguro de la Ley N°16.744, el alta médica de la persona trabajadora, deberá ser emitida por un médico del trabajo de la administración delegada, de acuerdo a las normas vigentes de este Compendio. Si la persona trabajadora no se ha reincorporado a sus labores, su ausencia laboral debe siempre ser justificada por una orden de reposo o una licencia médica, según corresponda, salvo que el trabajador haya superado las 104 semanas de subsidio por incapacidad temporal, a partir de las cuales gozará de la pensión transitoria y no gozará de subsidio por incapacidad temporal, debiendo ser sometido al trámite de la pensión transitoria.

Lo anterior no obsta que, el organismo administrador o empresa con administración delegada deba siempre respaldar la ausencia laboral, con la respectiva orden de reposo o licencia médica, según corresponda, durante el período previo al pago de la pensión transitoria.

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.

La circunstancia de que el trabajador esté capacitado para reintegrarse a su trabajo, supone evaluar la condición de salud física y/o mental del trabajador, según corresponda, considerando las características y exigencias específicas de las actividades laborales que desarrolla. Por ejemplo, para el reintegro laboral de un trabajador accidentado con lesiones físicas, deben ponderarse las diferencias entre las actividades laborales que no requieren de esfuerzo físico y aquéllas que sí lo requieren, como ocurre con los deportistas profesionales, los peonetas, entre otros.

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.

Sin embargo, si un gran inválido por su particular condición clínica puede desplazarse temporalmente a un domicilio distinto del habitual y es factible mantener la continuidad del servicio de cuidado domiciliario en ese otro lugar, debe otorgársele esa flexibilidad siempre que el trabajador o un familiar responsable lo soliciten, de modo de permitir al equipo médico del organismo administrador evaluar el cumplimiento de ambas condicionantes y efectuar las coordinaciones necesarias con el personal encargado de otorgar el servicio.

Para ello se deberá elaborar un protocolo de atención que considere la prestación del servicio en un lugar distinto al de la casa habitación, considerando la evaluación de la condición clínica del paciente y de las condiciones de ese otro lugar. Además, deberá precisar las obligaciones y compromisos que asume el paciente, incluido su deber de comunicar anticipadamente el cambio de lugar y por otra parte, las prestaciones que el servicio domiciliario comprende.

De igual modo, si el médico tratante determina que la condición clínica de un gran inválido le permite realizar actividades frecuentes fuera de su domicilio, como desempeñar algún tipo de trabajo, remunerado o no, u otra actividad habitual que implique salir a un determinado lugar y regresar durante la misma jornada a su domicilio, el paciente podrá solicitar que un cuidador lo acompañe con el exclusivo propósito de asistirlo en actos elementales de la vida, siempre que la estadía en dicho lugar y los traslados necesarios no pongan en riesgo su integridad ni la del cuidador
