

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

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

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, al 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. Reeducación 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.
