LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES

TÍTULO I. Denuncias

A. Denuncia de Accidente de Trabajo y de Enfermedad Profesional

CAPÍTULO I. Denuncia Individual de Accidentes de Trabajo

El empleador debe presentar en el organismo administrador al que se encuentre afiliado o adherido, en el plazo máximo de 24 horas, desde que tuvo conocimiento del respectivo accidente del trabajo o de trayecto, la correspondiente Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) con la información que indica su formato, de la que deberá mantener una copia.

Los administradores delegados, igualmente deberán emitir la correspondiente DIAT en el plazo de 24 horas desde que tuvo conocimiento del respectivo accidente del trabajo o de trayecto.

En caso que no se cuente con la respectiva DIAT emitida por el empleador dentro del plazo de 24 horas de conocido el accidente, la denuncia deberá ser efectuada por el trabajador, por sus derecho-habientes, por el Comité Paritario de Higiene y Seguridad de la empresa cuando corresponda o por el médico tratante. Sin perjuicio de lo señalado, cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos, podrá formular la denuncia.

El trabajador independiente debe presentar en el Organismo Administrador al que se encuentre afiliado o adherido, en el plazo máximo de 24 horas de ocurrido el accidente del trabajo o de trayecto, la correspondiente DIAT, con la información que se solicite en ella, de la que deberá conservar una copia.

En el evento que el trabajador fallezca o que su condición de salud le impida presentar la denuncia dentro del plazo de 24 horas, ésta deberá ser presentada por sus derecho-habientes, por el médico tratante o por cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos.

CAPÍTULO II. Denuncia Individual de Enfermedades Profesionales

Si un trabajador manifiesta ante su entidad empleadora que padece de una enfermedad o presenta síntomas que presumiblemente tienen un origen profesional, el empleador deberá remitir la correspondiente "Denuncia Individual de Enfermedad Profesional" (DIEP), a más tardar dentro del plazo de 24 horas y enviar al trabajador inmediatamente de conocido el hecho, para su atención al establecimiento asistencial del respectivo organismo administrador, en donde se le deberán realizar los exámenes y procedimientos que sean necesarios para establecer el origen común o profesional de la enfermedad. El empleador deberá guardar una copia de la DIEP.

Los administradores delegados en su calidad de empleadores, igualmente deberán emitir la correspondiente DIEP en el plazo de 24 horas, contado desde que el trabajador manifiesta que padece una enfermedad o presenta síntomas que presumiblemente tienen origen profesional. Además, deberá enviar inmediatamente al trabajador al servicio médico correspondiente para su atención.

En caso que no se cuente con la respectiva DIEP emitida por el empleador dentro del plazo de 24 horas de conocida la presunta enfermedad, la denuncia deberá ser efectuada por el trabajador, por sus derecho-habientes, por el Comité Paritario de Higiene y Seguridad de la empresa cuando corresponda o por el médico tratante. Sin perjuicio de lo señalado, cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos, podrá formular la denuncia.

Si un trabajador independiente considera que padece una enfermedad profesional o presenta síntomas que hagan presumir tal hecho, deberá presentar la correspondiente DIEP al momento de requerir su atención en el establecimiento asistencial del respectivo organismo administrador, en donde se le deberán realizar los exámenes y procedimientos que sean necesarios para establecer el origen común o profesional de la enfermedad.

CAPÍTULO III. Formularios

Los organismos administradores, en todos sus centros de atención de público y en aquellos centros de atención de salud con los que mantengan convenio, deberán tener a disposición formularios de Denuncia Individual de Accidentes del Trabajo (DIAT) y de Denuncia Individual de Enfermedades Profesionales (DIEP) y todos los elementos que permitan completarlos. Además, deberán entregar copias de las respectivas DIAT o DIEP al denunciante.

Los administradores delegados deberán igualmente tener a disposición de sus trabajadores los formularios de DIAT y DIEP en sus centros de atención de salud o en aquellos con los que tenga convenio.

Los formatos de los formularios DIAT y DIEP corresponden a los contenidos en el Anexo N°2 "Denuncia individual de accidente del trabajo y Denuncia individual de enfermedad profesional", de la Letra G, del Título I, del Libro IX. Sistemas de información. Informes y Reportes.

CAPÍTULO IV. Ingreso a un centro asistencial de salud

El ingreso a los servicios asistenciales que correspondan al organismo administrador, de los trabajadores dependientes o independientes que hubiesen sido víctimas de un accidente presuntamente del trabajo o presenten síntomas de una posible enfermedad profesional, deberá ser respaldado por la respectiva DIAT o DIEP, según corresponda. De igual forma, los administradores delegados deberán respaldar el ingreso a los servicios asistenciales de sus trabajadores, con la respectiva DIAT o DIEP.

En el evento que la entidad empleadora no cumpla con la obligación de enviar al trabajador accidentado al establecimiento asistencial del organismo administrador que le corresponda o que las circunstancias en que ocurrió el accidente impidan que aquél tome conocimiento del mismo, la entidad empleadora podrá concurrir por sus propios medios y denunciar el accidente, debiendo ser atendido de inmediato. En estos casos, el organismo administrador le indicará que debe informar a la entidad empleadora sobre la ocurrencia de este hecho tan pronto sea posible. Lo anterior, sin perjuicio de las gestiones que dicho organismo administrador debe realizar para informarle del accidente a la entidad empleadora.

Cuando se trate de una persona trabajadora de un administrador delegado, el prestador médico que atendió al trabajador accidentado, deberá efectuar todas las gestiones destinadas a informar al área correspondiente de este hecho. Para estos efectos, los administradores delegados deberán establecer mecanismos de comunicación y control con sus propios servicios médicos, así como con sus prestadores en convenio.

El trabajador independiente, sea del artículo 88 o 89 de la Ley N°20.255, que tenga derecho a recibir las prestaciones de la Ley N°16.744 y sufra un accidente del trabajo o de trayecto, deberá concurrir o ser trasladado inmediatamente al establecimiento asistencial del organismo administrador al que se encuentre afiliado o adherido o a los establecimientos con los que éstos tengan convenio.

Los pacientes que ingresan a los servicios médicos de un organismo administrador o de un administrador delegado aquellos con los que éste tenga convenio, deberán ser advertidos e informados que en el evento que su dolencia se califique como de origen común, deberán pagar el valor de las prestaciones que no sean cubiertas por su sistema previsional de salud común (FONASA e ISAPRE).

Para ello, previo a la entrega de la atención médica, el organismo administrador pondrá a disposición de la persona trabajadora un formulario de advertencia e informar la importancia que lea atentamente el contenido del mismo, cuyo formato se establece en el Anexo N°1: "Formulario de advertencia - Trabajador Dependiente" o en el Anexo N°2: "Formulario de advertencia -Trabajador Independiente", según corresponda, ambos de la Letra C, Título I de este Libro III. El formulario deberá ser suscrito por la persona trabajadora en señal de conocimiento de la información que allí se indica, en la medida que su estado de salud y conciencia lo permita.

Si la persona trabajadora se negare a suscribir dicha advertencia, o no pudiere hacerlo por cualquier otro motivo, el organismo administrador o el administrador delegado, deberá dejar constancia por escrito de tal situación y otorgarle de igual modo atención médica.

El organismo administrador y administrador delegado, según corresponda, deberá informar a la persona trabajadora la posibilidad de ser notificado electrónicamente, de las resoluciones de calificación de su accidente o enfermedad, de las que deben emitir las mutualidades de empleadores sobre la evaluación de su incapacidad permanente y, en general, de cualquier comunicación o decisión de la que deban ser notificado con motivo del otorgamiento de las prestaciones médicas o económicas a que tenga derecho. En el evento que la persona trabajadora consienta ese tipo de notificación, deberá manifestarlo en el formulario de advertencia, según lo señalado en el Anexo N°1: "Formulario de advertencia - Trabajador Dependiente" o en el Anexo N°2: "Formulario de advertencia -Trabajador Independiente", según corresponda, ambos de la Letra C, Título I de este Libro III. Además, se deberá advertir que será su responsabilidad mantener actualizadas la/s dirección/es de correo electrónico e informar oportunamente, su voluntad de revocar dicho consentimiento o cualquier circunstancia que impida o dificulte la notificación por esa vía.

Asimismo, los organismos administradores deberán posibilitar de que, previa autenticación, las o los trabajadores dependientes e independientes puedan manifestar dicho consentimiento a través de las plataformas electrónicas habilitadas para interactuar con ellos.

Tratándose de las o de los trabajadores independientes, el organismo administrador deberá verificar el cumplimiento por éstos de los requisitos para tener derecho a las prestaciones de la Ley N°16.744, previo a su otorgamiento, por lo que debe disponer de sistemas de información que le permitan comprobarlo.

Con todo, si al momento de la admisión no es posible tener certeza de su cumplimiento, por ejemplo, cuando no aparecen acreditadas las cotizaciones que la persona trabajadora refiere haber enterado, el organismo administrador deberá otorgarle las prestaciones de la Ley N°16.744, mientras verifica su pago. En el evento de constatarse que no tiene derecho a las prestaciones, deberá solventar su valor con cargo a la cobertura de su régimen de salud común o en forma particular, según corresponda, información que es parte del formulario de advertencia, antes señalado.

La omisión de la presentación del formulario de registro por parte de los trabajadores independientes que comenzaron a cotizar para el Seguro de la Ley N°16.744 antes de la entrada en vigencia de la Ley N°20.894, no impide su cobertura, sin perjuicio de la obligación del organismo administrador, de subsanar dicha omisión. El mismo criterio debe aplicarse respecto de los trabajadores independientes obligados a cotizar para el Seguro de la Ley N°16.744, que se entiendan afiliados al ISL conforme a lo dispuesto en el penúltimo inciso del artículo 88, de la Ley N°20.255, en la medida que sus cotizaciones para dicho seguro se encuentren íntegramente pagadas.

Si una persona trabajadora no cumple los requisitos para tener derecho a las prestaciones de la Ley N°16.744, el organismo administrador, junto con notificarle dicha circunstancia, deberá informarle que puede acudir a su sistema de salud común o atenderse en forma privada.

Si una persona trabajadora requiere ser atendido de urgencia, es decir, cuando debido a su condición de salud o cuadro clínico, implique riesgo vital o secuela funcional grave para éste, de no existir una atención médica inmediata, la referida atención le será proporcionada de inmediato y sin que para ello sea necesario ninguna formalidad o trámite previo.

En forma excepcional, habida consideración de la urgencia del caso o cuando la cercanía del lugar en donde ocurrió el accidente y su gravedad así lo requiera, el trabajador podrá ser trasladado, en primera instancia, para su estabilización, a un centro asistencial que no sea el que corresponda al respectivo organismo administrador.

Para el efecto señalado en el párrafo precedente, se entenderá por urgencia, cuando la condición de salud o cuadro clínico de la persona trabajadora, implique riesgo vital y/ o de secuela funcional grave, de no recibir atención médica inmediata.

Para que la o el trabajador pueda ser posteriormente trasladado/a a un centro asistencial de su organismo administrador o con el que tenga convenio, se requerirá la autorización escrita del médico que actúe por encargo de dicho organismo administrador.

CAPÍTULO V. Tramitación de la Licencia Médica Electrónica emitida como tipo 5 o 6

1. Antecedentes generales

Para la tramitación de una Licencia Médica Electrónica emitida como tipo 5 o 6, deberán existir convenios de prestación de servicios informáticos entre el operador del sistema de información para el otorgamiento y tramitación de Licencias Médicas Electrónicas y aquellas personas y entidades que intervienen en la emisión, tramitación y pronunciamiento de la licencia médica, ya sean profesionales habilitados para otorgar licencias médicas, prestadores, organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 y empresas con administración delegada.

Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 y las empresas con administración delegada, deberán suscribir convenios de prestación de servicios con todos los operadores del sistema de información vigentes, a fin de asegurar la recepción de la totalidad de las Licencias Médicas Electrónicas tipo 5 y 6 emitidas a sus trabajadores adheridos o afiliados.

2. Otorgamiento de una Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6

a) Otorgamiento de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6

   Para que se verifique el otorgamiento y tramitación de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 a través del sistema de información, será requisito indispensable que tanto el profesional habilitado para otorgar licencias médicas como el organismo administrador de la Ley N°16.744 y la empresa con administración delegada, según corresponda, reciban la prestación de servicios informáticos del mismo operador. Si no se cumple dicha condición, no podrá otorgarse una Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, debiendo recurrirse, por tanto, al formulario de papel.

b) Reglas para el otorgamiento

Para el otorgamiento de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 deberán observarse las siguientes reglas:

i) El profesional habilitado para otorgar licencias médicas deberá acceder desde sus instalaciones al sistema de información, a través del cual es posible otorgar Licencias Médicas Electrónicas.

ii) El profesional habilitado para otorgar licencias médicas deberá completar la sección que le corresponde y llenar los datos de la licencia médica que son de su responsabilidad, precisando en la sección A.3. que se trata de una Licencia Médica tipo 5 o 6 y, en la misma oportunidad, firmar y verificar la identidad del trabajador a través de un sistema de autenticación electrónico.

iii) El sistema de información provisto por el operador consultará los servicios web de afiliación implementados por cada organismo administrador y administrador delegado, a fin de determinar el organismo administrador al que se encuentra adherido o afiliado el trabajador.

iv) El sistema de información deberá informar al profesional habilitado para otorgar licencias médicas si el empleador o trabajador independiente posee convenio de prestación de servicios informáticos vigente para tramitar licencias médicas electrónicas.

v) Si el empleador o el trabajador independiente está adscrito, el profesional habilitado para otorgar licencias médicas electrónicas pondrá a disposición de dicho empleador o trabajador independiente, a través del sistema de información, la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, para que éste continúe con su tramitación, mediante el referido sistema, ante el organismo administrador de la Ley N°16.744 o administrador delegado, según corresponda.

vi) La Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 quedará a disposición del respectivo organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 o administrador delegado, desde la fecha de su emisión.

c) Registro y comprobante

Una vez otorgada la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 por el profesional habilitado, el sistema de información guardará registro de la misma en el repositorio respectivo. El profesional habilitado para otorgar licencias médicas entregará al trabajador un comprobante impreso, con su correspondiente folio, que certificará dicho otorgamiento.

El comprobante indicará además, que por tratarse de una Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, corresponde que se realice la respectiva Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP) al organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, ya sea por el empleador, o bien directamente por el trabajador, en caso que el empleador no la emita. Asimismo, el referido comprobante consignará que el trabajador deberá presentarse ante la referida entidad, para continuar con el proceso de calificación de la patología contenida en la licencia médica.

d) Caso del trabajador con más de un empleador

Si el trabajador tiene más de un empleador, el profesional habilitado deberá otorgar tantas licencias por igual período y diagnóstico, como empleadores tenga y sea necesario. Adicionalmente, el profesional habilitado deberá indicar en el sistema de información el empleador al que corresponde atribuir el accidente o enfermedad sufrido por el trabajador.

3. Tramitación de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 por el empleador o trabajador independiente

a) Antecedentes

En la tramitación de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 por el empleador o trabajador independiente deberán tenerse presente las siguientes consideraciones:

i) Una vez otorgada la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, de inmediato ésta quedará a disposición del empleador o trabajador independiente adscrito en el sistema de información, quién deberá acceder al mismo previa autenticación electrónica.

ii) El plazo para la tramitación del empleador o trabajador independiente adscrito, se contará a partir del día hábil subsiguiente a la fecha en que la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 haya quedado a su disposición en la forma señalada precedentemente.

b) Obligaciones del empleador o trabajador Independiente

En atención a que la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 contiene el pronunciamiento de un profesional médico, en orden a que el trabajador padece una patología presuntamente de origen laboral, el empleador o el trabajador independiente adscrito deberá completar los datos de la licencia médica que le correspondan y la pondrá a

disposición del organismo administrador de la Ley N°16.744 al que se encuentre adherido o afiliado, a través del sistema de información. Adicionalmente, el empleador podrá efectuar la respectiva DIAT o DIEP, según corresponda, a través del sistema de información provisto por el operador, en caso que tenga conocimiento de los datos del accidente o enfermedad que dio origen a la emisión de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6.

Si el trabajador independiente tiene más de un empleador, aquellos empleadores a quienes no se hubiere atribuido el accidente o enfermedad, deberán tramitar igualmente la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, ante el organismo administrador al que se encuentren adheridos o afiliados.

Si una vez que la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 ha sido puesta a disposición del empleador, éste estima que existe alguna causal que lo exime de la obligación de tramitarla, estará obligado a registrar esta decisión en el sistema de información, debiendo señalar el motivo de su negativa.

En todo caso, una vez recepcionada la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, ya sea que el empleador haya tramitado completamente la licencia o bien que haya registrado en el sistema de información su negativa a tramitarla, el organismo administrador de la Ley N°16.744 deberá continuar con su tramitación, procediendo a calificar la patología diagnosticada en dicha licencia, cuando corresponda.

El empleador deberá remitir la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 al organismo administrador dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. A su vez, el trabajador independiente deberá presentar la licencia dentro de los 2 días hábiles siguientes a la fecha de su emisión.

c) Registro y comprobante

Una vez tramitada la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 a través del sistema de información, dicho sistema guardará registro de la misma en el repositorio respectivo, otorgando al empleador o trabajador independiente adscrito la posibilidad de imprimir el respectivo comprobante que certifique dicha circunstancia.

d) Denuncia del accidente o enfermedad ante el organismo administrador del Seguro de la Ley N° 16.744

En caso que el empleador no hubiere efectuado la DIAT o DIEP al momento de tramitar la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, el organismo administrador deberá requerir al trabajador que realice la respectiva denuncia, cuando éste se presente en sus dependencias para continuar con el proceso de calificación de la patología contenida en la licencia médica. Asimismo, la denuncia podrá ser efectuada por cualquiera de los sujetos habilitados en el artículo 76 de la Ley N°16.744.

Lo anterior deberá aplicarse también en caso que el empleador no tramite la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 o exprese su negativa a recibirla en la forma descrita en el literal b) precedente. Para todos los efectos, en este caso, la puesta a disposición de la licencia médica al organismo administrador se verificará una vez que hayan transcurrido los plazos para que el empleador la tramite, sin que éste haya realizado alguna de las gestiones señaladas.

Si no existe denuncia del empleador, y el trabajador no realiza la DIAT o DIEP dentro del plazo de 15 días, para el caso de accidentes, o 30 días, tratándose de enfermedades, el organismo administrador deberá terminar la tramitación de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, por falta de DIAT o DIEP. Para estos efectos, el plazo señalado se contará a partir del día hábil subsiguiente a la fecha en que la licencia quedó a disposición del organismo administrador. Si el trabajador tiene más de un empleador, el plazo para terminar la tramitación de la licencia por falta de DIAT o DIEP, será de 30 días para accidentes y 60 días para enfermedades.

En todo caso, lo señalado en el párrafo anterior no obsta a que, con posterioridad al término de la tramitación de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, cualquiera de los sujetos habilitados pueda efectuar la respectiva DIAT o DIEP ante el organismo administrador de la Ley N° 16.744, en los plazos generales establecidos para efectuar dicha gestión.

4. Tramitación de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 y 6 por el organismo administrador y administrador delegado del Seguro de la Ley N°16.744

a) Tramitación de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 emitida a trabajadores adheridos a una mutualidad de empleadores

i) Antecedentes

Una vez completada la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 por el empleador o trabajador independiente adscrito, o bien cuando haya transcurrido el plazo sin que el empleador haya cumplido con las obligaciones señaladas en el número 3 de este Capítulo V, los antecedentes quedarán inmediatamente a disposición de la mutualidad de empleadores en el sistema de información, la que podrá acceder a dicho sistema previa

autenticación electrónica.

Si la mutualidad determina que la calificación de la patología contenida en la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 corresponde a otro organismo administrador, deberá derivarla a la entidad que corresponda, a través del sistema de información.

ii) Calificación de la patología contenida en la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6

La mutualidad de empleadores deberá efectuar la calificación del origen de la patología, conforme a lo establecido en el Título II y Título III, ambos del Libro III. Dentro de este proceso, el organismo administrador podrá mantener, ampliar o reducir el reposo otorgado originalmente en la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, emitiendo, para estos efectos, la respectiva orden de reposo.

Si el trabajador no se presenta ante la mutualidad de empleadores dentro del plazo 15 días, en el caso de accidentes, o 30 días, tratándose de enfermedades, el organismo administrador deberá terminar la tramitación de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, por falta de presentación del trabajador. Para estos efectos, el plazo señalado se contará a partir del día hábil subsiguiente a la fecha en que la licencia quedó a disposición de la mutualidad de empleadores. Si el trabajador tiene más de un empleador, el plazo para terminar la tramitación de la licencia por falta de presentación, será de 30 días para accidentes, y 60 días para enfermedades. Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de los organismos administradores de cumplir con el principio de continuidad del ingreso, conforme a lo establecido en la Letra M, Título II, del Libro VI. Asimismo, en caso que la patología sea calificada como de origen común, los organismos administradores deberán requerir los correspondientes reembolsos, de acuerdo con las instrucciones contenidas en el Titulo IV, del Libro III.

En todo caso, lo señalado precedentemente no obsta a que, con posterioridad al término de la tramitación de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, el trabajador pueda presentarse ante el organismo administrador de la Ley N°16.744, en los plazos generales con los que cuenta para efectuar dicha gestión.

iii) Incorporación de los antecedentes de la calificación en la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6

La mutualidad de empleadores deberá completar los datos correspondientes a la Zona E, que se individualizan en el documento técnico "Requisitos Tecnológicos de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6", dentro del mismo plazo con el que cuenta para efectuar la calificación del origen de la patología, conforme a lo establecido en el Título II y Título III, ambos del Libro III.

La tramitación de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 terminará una vez que se hayan completado los datos señalados.

b) Tramitación de la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 emitida a trabajadores afiliados al Instituto de Seguridad Laboral (ISL) o pertenecientes a una empresa con administración delegada

Una vez presentada la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6 por el empleador o el trabajador independiente adscrito, o bien cuando haya transcurrido el plazo sin que el empleador haya cumplido con las obligaciones señaladas en el número 3 del presente Capítulo V, de inmediato ésta quedará en el sistema de información a disposición del ISL o de la empresa con administración delegada, según corresponda, quienes podrán acceder a dicho sistema previa autenticación electrónica.

El ISL o la empresa con administración delegada, según corresponda, dentro del mismo plazo con el que cuenta para efectuar la calificación del origen de la patología, conforme a lo establecido en el Título II y Título III, ambos del Libro III y las instrucciones señaladas en el Anexo N°38 "Instrucciones para completar la Zona B de las Licencias Médicas tipo 5 o 6" deberán cumplir con lo instruido en el número 4, Capítulo III, Letra B, Título I del Libro IX.

Si el ISL o la empresa con administración delegada determinan que la calificación de la patología contenida en la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6 corresponde a otro organismo administrador, deberá derivarla a la entidad que corresponda, a través del sistema de información.

La tramitación de la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6 terminará una vez que el ISL o la empresa con administración delegada haya completado los datos señalados.

5. Caso del empleador o trabajador independiente no adscrito

Si al momento del otorgamiento de la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6, el sistema de información indica al profesional habilitado que el empleador o trabajador independiente no se encuentra adscrito, la tramitación de dicha licencia médica se efectuará conforme a las instrucciones que se señalan a continuación.

En todo caso, la aplicación de estas instrucciones no implica el cambio de naturaleza de la Licencia Médica Electrónica otorgada, constituyendo sólo un procedimiento especial para permitir la tramitación de la misma en caso que el empleador o trabajador independiente no se encuentre adscrito al sistema de tramitación de Licencias Médicas

Electrónicas, o bien que no se encuentre adscrito al mismo operador con el cual el profesional habilitado o prestador y el organismo administrador que deba pronunciarse mantienen convenios de prestación de servicios informáticos.

a) Tramitación de la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6 en el caso de empleador o trabajador independiente no adscrito

   Una vez otorgada la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6 por el profesional habilitado, se deberá tener presente lo siguiente:

   i) El profesional habilitado deberá entregar al trabajador dependiente o independiente, una copia impresa de la Licencia Médica Tipo 5 o 6 otorgada electrónicamente, para que éste la presente a su empleador o al organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744, según corresponda.

   ii) El trabajador dependiente deberá entregar la copia impresa de la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6 a su empleador, quien deberá fechar y firmar el respectivo comprobante impreso. En caso que el empleador se niegue a recibirla o no la tramite, el trabajador podrá presentarla directamente ante el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744, efectuando, además, la respectiva Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP). En este caso, el trabajador dependiente deberá acompañar una declaración jurada para la tramitación de la licencia médica, extendida ante la respectiva Inspección del Trabajo.

   iii) El empleador o trabajador independiente deberá completar los datos requeridos en la copia impresa de la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6 y presentarla ante el organismo administrador al que se encuentre adherido o afiliado. Adicionalmente, el empleador podrá adjuntar la respectiva DIAT o DIEP, según corresponda, en caso que tenga conocimiento de los datos del accidente o enfermedad que dio origen a la emisión de la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6.

   iv) El empleador deberá presentar los antecedentes señalados al organismo administrador dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6. A su vez, el trabajador independiente deberá presentar la licencia dentro de los 2 días hábiles siguientes a la fecha de su emisión.

b) Prohibición a las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF), COMPIN e ISAPRE de tramitar Licencias Médicas Electrónicas Tipo 5 o 6.

   El sistema de información inhabilitará la tramitación de Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6 por parte de las CCAF, COMPIN e ISAPRE. De esta manera, las CCAF, COMPIN e ISAPRE no podrán recibir una Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6 tramitada por un empleador o trabajador independiente no adscrito, debiendo informarle que los antecedentes deben ser presentados al organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 o la empresa con administración delegada, según corresponda.

c) Tramitación de la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6 por el organismo administrador en el caso de empleador o trabajador independiente no adscrito

   Al momento de la tramitación de la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6 por parte del organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744, se deberá tener presente lo siguiente:

   i) Una vez que el empleador o el trabajador independiente no adscrito, haya entregado la copia impresa de la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6 al organismo administrador al que se encuentra adherido o afiliado, dicho organismo deberá fechar y firmar el respectivo comprobante impreso certificando este hecho.

   ii) El organismo administrador deberá consolidar y remitir al sistema de información los antecedentes contenidos en la copia impresa de la Licencia Médica Electrónica Tipo 5 o 6, para luego continuar con su tramitación en el sistema de información, de acuerdo con las instrucciones señaladas precedentemente.

   iii) El pronunciamiento por parte del organismo administrador se efectuará de acuerdo a las instrucciones contenidas en las letras a) y b) del número 4 precedente, según corresponda.

6. Aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744

Si el organismo administrador o administrador delegado del Seguro de la Ley N°16.744 rechaza el reposo otorgado en la Licencia Médica Electrónica tipo 5 o 6, por considerar que la patología que la motiva es de origen común, deberá consignar dicha circunstancia en la Zona E de la licencia, procediendo de acuerdo a lo señalado en la Letra B, Título IV, del Libro III.

CAPÍTULO VI.Tramitación de la licencia médica de papel emitida como tipo 5 o 6

1. Otorgamiento de una licencia médica de papel tipo 5 o 6

Para el otorgamiento de una licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6, el profesional habilitado para su emisión deberá completar la sección que le corresponde y llenar los datos de la licencia médica que son de su responsabilidad, precisando en la sección A.3. que se trata de una licencia médica tipo 5 o 6.

Si el trabajador tiene más de un empleador, el profesional habilitado deberá otorgar tantas licencias por igual período y diagnóstico, como empleadores tenga y sea necesario.

2. Tramitación de la licencia médica de papel tipo 5 o 6 por el trabajador dependiente

El trabajador dependiente deberá entregar la licencia médica de papel tipo 5 o 6 a su empleador, quien deberá fechar y firmar el respectivo comprobante. En caso que el empleador no reciba la licencia médica, el trabajador podrá presentarla directamente ante el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744, efectuando, además, la respectiva Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP).

3. Tramitación de la licencia médica de papel tipo 5 o 6 por el empleador o trabajador independiente

El empleador o trabajador independiente deberá completar los datos requeridos en la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6 y presentarla ante el organismo administrador al que se encuentre adherido o afiliado. Adicionalmente, el empleador podrá adjuntar la respectiva DIAT o DIEP, según corresponda, en caso que tenga conocimiento de los datos del accidente o enfermedad que dio origen a la emisión de la licencia médica tipo 5 o 6.

El empleador deberá presentar los antecedentes señalados al organismo administrador dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6.

A su vez, el trabajador independiente deberá presentar la licencia dentro de los 2 días hábiles siguientes a la fecha de su emisión, efectuando la respectiva DIAT o DIEP, según corresponda.

Cuando el organismo administrador reciba una licencia médica tipo 5 o 6, deberá comunicar al trabajador -directamente o a través de su empleador- a través de un medio verificable, que debe presentarse en sus dependencias para dar inicio al proceso de calificación del origen del accidente o enfermedad, según corresponda.

4. Denuncia del accidente o enfermedad ante el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744

En caso que el empleador no hubiere efectuado la DIAT o DIEP al momento de tramitar la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6, el organismo administrador o administrador delegado deberá requerir al trabajador que realice la respectiva denuncia, cuando éste se presente en sus dependencias para continuar con el proceso de calificación de la patología contenida en la licencia médica. Asimismo, la denuncia podrá ser efectuada por cualquiera de las personas habilitadas en el artículo 76 de la Ley N°16.744.

Lo anterior deberá aplicarse también en caso que el empleador se niegue a recibir la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6.

Si no existe denuncia del empleador, y el trabajador no realiza la DIAT o DIEP dentro del plazo de 15 días, para el caso de accidentes, o 30 días, tratándose de enfermedades, el organismo administrador o administrador delegado deberá terminar la tramitación de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6, por falta de DIAT o DIEP. Para estos efectos, el plazo señalado se contará a partir del día hábil siguiente a la fecha en que la licencia fue tramitada ante el organismo administrador. Si el trabajador tiene más de un empleador, el plazo para terminar la tramitación de la licencia por falta de DIAT o DIEP, será de 30 días para accidentes y 60 días para enfermedades.

En todo caso, lo señalado en el párrafo anterior no obsta a que, con posterioridad al término de la tramitación de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6, cualquiera de las personas habilitadas pueda efectuar la respectiva DIAT o DIEP ante el organismo administrador de la Ley N°16.744 o administrador delegado, en los plazos generales establecidos para efectuar dicha gestión. Tratándose del Instituto de Seguridad Laboral, en caso que el trabajador efectúe la denuncia del accidente o enfermedad con posterioridad al término de la tramitación de la licencia médica, dicha entidad podrá utilizar el mismo formulario cuya tramitación fue previamente terminada.

5. Tramitación de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6 por el organismo administrador y administrador delegado del Seguro de la Ley N°16.744

a) Tramitación de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6 emitida a trabajadores adheridos a una mutualidad de empleadores

Una vez recepcionada la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6, la mutualidad de empleadores deberá efectuar la calificación del origen de la patología, conforme a lo establecido en el Título II y el Título III, ambos del Libro III. Dentro de este proceso, el organismo administrador podrá mantener, ampliar o reducir el reposo otorgado originalmente en la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6, emitiendo, para estos efectos, la respectiva orden de reposo.

Asimismo, para el pago de los subsidios por incapacidad laboral, los organismos administradores deberán cumplir con el principio de continuidad del ingreso, conforme a lo establecido en la Letra M, Título II del Libro VI, en la medida que exista la respectiva DIAT o DIEP y que el trabajador se haya presentado ante el organismo administrador para continuar con el procedimiento de calificación del origen del accidente o enfermedad.

En caso que la patología sea calificada como de origen común, los organismos administradores deberán requerir los correspondientes reembolsos, de acuerdo con las instrucciones contenidas en el Titulo IV, del Libro III.

Si el trabajador -habiendo sido notificado a través de un medio verificable- no se presenta ante la mutualidad de empleadores dentro del plazo 15 días, en el caso de accidentes, o 30 días, tratándose de enfermedades, el organismo administrador deberá terminar la tramitación de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6, por falta de presentación del trabajador. Para estos efectos, el plazo señalado se contará a partir del día hábil siguiente a la fecha en que la licencia fue tramitada ante la mutualidad de empleadores. Si el trabajador tiene más de un empleador, el plazo para terminar la tramitación de la licencia por falta de presentación, será de 30 días para accidentes, y 60 días para enfermedades. En todo caso, lo señalado precedentemente no obsta a que, con posterioridad al término de la tramitación de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6, el trabajador pueda presentarse ante el organismo administrador de la Ley N°16.744, en los plazos generales con los que cuenta para efectuar dicha gestión.

Si la mutualidad determina que la calificación de la patología contenida en la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6 corresponde a otro organismo administrador, deberá derivarla a la entidad que corresponda.

b) Tramitación de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6 emitida a trabajadores afiliados al Instituto de Seguridad Laboral (ISL) o pertenecientes a un administrador delegado

Una vez presentada la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6 por el empleador, el trabajador dependiente o el trabajador independiente, el ISL o el administrador delegado, según corresponda, deberá efectuar la calificación del origen del accidente o enfermedad, conforme a lo establecido en el Título II y en el Título III, ambos del Libro III, y pronunciarse respecto de la justificación del reposo en la Zona B del respectivo formulario, conforme a las instrucciones señaladas en el Anexo N°38 "Instrucciones para completar la Zona B de las licencias médicas tipo 5 o 6". Además, deberán cumplir con lo instruido en el número 4,Capítulo III, Letra B, Título I del Libro IX.

Tratándose de trabajadores afiliados al ISL, si estos no se presentan ante dicha entidad dentro del plazo 15 días, en el caso de accidentes, o 30 días, tratándose de enfermedades, y fueron notificados a través de un medio verificable, el organismo administrador deberá terminar la tramitación de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6, por falta de presentación del trabajador. Para estos efectos, el plazo señalado se contará a partir del día hábil siguiente a la fecha en que la licencia fue tramitada ante el ISL. Si el trabajador tiene más de un empleador, el plazo para terminar la tramitación de la licencia por falta de presentación, será de 30 días para accidentes, y 60 días para enfermedades.

En todo caso, lo señalado precedentemente no obsta a que, con posterioridad al término de la tramitación de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6, el trabajador pueda presentarse ante el organismo administrador de la Ley N°16.744, en los plazos generales con los que cuenta para efectuar dicha gestión. En caso que el trabajador se presente ante el ISL con posterioridad al término de la tramitación de la licencia médica, dicha entidad podrá utilizar el mismo formulario cuya tramitación fue previamente terminada.

Si el ISL o el administrador delegado determinan que la calificación de la patología contenida en la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6 corresponde a otro organismo administrador, deberán derivarla a la entidad que corresponda.

6. Registro de la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6

Los organismos administradores y los administradores delegados deberán registrar en sus sistemas de información las licencias médicas en formulario de papel tipo 5 o 6 que recepcionen. Dicho registro deberá contener, como mínimo, la siguiente información:

a) Número de la licencia médica

b) Nombre del trabajador

c) RUT del trabajador

d) Fecha de emisión de la licencia

e) Fecha de inicio del reposo

f) Número de días de reposo

g) Tipo de licencia

h) Estado de la licencia:

i) En proceso de calificación. En este caso debe indicarse, además, el CUN asociado al evento.

ii) Tramitación terminada por falta de denuncia.

iii) Tramitación terminada por falta de presentación del trabajador.

7. Prohibición a las COMPIN, Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) e ISAPRE de tramitar Licencias Médicas Electrónicas tipo 5 o 6

Las COMPIN, CCAF e ISAPRE no podrán recibir una licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6 tramitada por un empleador o trabajador independiente, debiendo informar que los antecedentes deben ser presentados ante el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 que corresponda.

8. Aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744

Si el organismo administrador o administrador delegado del Seguro de la Ley N°16.744 rechaza el reposo otorgado en la licencia médica en formulario de papel tipo 5 o 6, por considerar que la patología que la motiva es de origen común, deberá proceder de acuerdo a lo señalado en la Letra B, Título IV, del Libro III.

CAPÍTULO VII. Instrucciones para la implementación de las modificaciones efectuadas por el Decreto N°46 de 2019, del Ministerio de Salud

El Decreto N°46, de 2019, del Ministerio de Salud, vigente a contar del 1° de enero de 2021, determinó que la tramitación y autorización de las licencias médicas que correspondan a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (tipo 5 o 6, respectivamente) de trabajadores afiliados al Instituto de Seguridad Laboral, o pertenecientes a empresas con administración delegada, sea efectuada íntegramente por dichas entidades.

1. Licencias médicas tipo 5 y 6 presentadas a tramitación hasta el 31 de diciembre de 2020

Las COMPIN deberán pronunciarse sobre todas las licencias médicas tipo 5 y 6 que sean remitidas por el Instituto de Seguridad Laboral o los administradores delegados, para su pronunciamiento, hasta el 31 de diciembre de 2020.

Asimismo, las COMPIN, en virtud del principio de radicación, deberán resolver las reclamaciones y responder las solicitudes que se efectúen respecto de licencias médicas tipo 5 y 6, sobre las cuales hubiere emitido un pronunciamiento referido al reposo contenido en ella.

2. Tramitación de las licencias médicas tipo 5 y 6 a contar del 1° de enero de 2021

A contar del 1° de enero de 2021, el Instituto de Seguridad laboral y las empresas con administración delegada, además de efectuar la calificación del origen común o laboral del diagnóstico contenido en la licencia tipo 5 o 6, conforme a lo establecido en el Título II y en el Título III, ambos del Libro III. Denuncia, Calificación y Evaluación de Incapacidades Permanentes, deberán pronunciarse acerca de la justificación del reposo otorgado en ella. Asimismo, corresponderá a dichas entidades autorizar la prórroga del reposo a la que se refiere el inciso segundo del artículo 31 de la Ley N°16.744.

No obstante lo anterior, en consideración al principio de coordinación administrativa contenido en los artículos 3° y 5° de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y con la finalidad de asegurar el adecuado otorgamiento de las prestaciones del Seguro de la Ley N°16.744, el Instituto de Seguridad Laboral,

las empresas con administración delegada y las COMPIN, a través del Departamento de COMPIN Nacional, deberán establecer los mecanismos de coordinación necesarios para el oportuno traspaso de la información médica y/o administrativa, a la que se requiera tener acceso.

Para los efectos señalados en el párrafo anterior, el ISL, el Departamento de COMPIN Nacional y las empresas con administración delegada, deberán designar a un representante que actuará como contraparte para gestionar las solicitudes de información.

B. Responsabilidades y sanciones

La persona natural o la entidad empleadora que formule la denuncia será responsable de la veracidad e integridad de los hechos y circunstancias que se señalan en la misma.

La simulación de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional será sancionada con multa, de acuerdo con el artículo 80 de la Ley Nº16.744, y hará responsable, además, al que formuló la denuncia, del reintegro al organismo administrador correspondiente de todas las cantidades pagadas por éste por concepto de prestaciones médicas o pecuniarias al trabajador.

C. Anexos

Anexo N°1: Formulario de Advertencia – Trabajador Dependiente

Anexo N°2: Formulario de Advertencia - Trabajador Independiente

Anexo N°38: Instrucciones para completar la zona B de las Licencias Médicas Tipo 5 o 6

Anexo N°40 Contenido mínimo del folleto informativo, cuando el accidente del trabajo o de trayecto o enfermedad profesional fue calificado de origen común o no laboral

TÍTULO II. Calificación de accidentes del trabajo

A. Accidentes del trabajo

CAPÍTULO I. Definición de accidente del trabajo

De acuerdo con lo establecido en el artículo 5° de la Ley N°16.744, un accidente del trabajo es toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte.

El vínculo, ya sea directo o indirecto, entre el accidente y el daño producido, debe constar en forma indubitable.

Para efectos de la cobertura de la citada ley, la lesión que sufra el trabajador a causa o con ocasión de sus labores, puede ser de naturaleza física y/o psíquica.

CAPÍTULO II. Tipos de accidentes del trabajo

1. Accidente a causa del trabajo

Corresponde a aquel accidente del trabajo en que existe una relación de causalidad directa o inmediata entre la lesión y el quehacer laboral de la víctima.

2. Accidente con ocasión del trabajo

Son aquellos accidentes en que existe una relación mediata o indirecta entre la lesión y las labores del trabajador aun cuando ocurran fuera del lugar de trabajo.

Son accidentes con ocasión del trabajo:

a) Los accidentes acaecidos mientras el trabajador realiza su colación y aquellos ocurridos en el trayecto directo, de ida o de regreso, entre el lugar de trabajo y aquél en que el trabajador toma su colación, salvo que se traslade para ese fin a su casa habitación, en cuyo supuesto los accidentes ocurridos en los desplazamientos de ida o regreso se calificarán como accidentes de trayecto de acuerdo con lo instruido en el número 2, Capítulo II, Letra B, Título II, de este Libro III.

b) Los accidentes ocurridos en el trayecto entre dos dependencias pertenecientes a una misma entidad empleadora.

c) Los accidentes ocurridos en el trabajo que se produzcan durante la satisfacción de una necesidad fisiológica.

d) Los infortunios acaecidos en el marco de las actividades organizadas por la entidad empleadora, sean de carácter deportivo, cultural u otros similares, incluso en aquellos casos en que la participación sea voluntaria y/o que la actividad se realice fuera de la jornada laboral.

e) Los accidentes acaecidos en campamentos, en momentos que el afectado se encuentre realizando actos ordinarios de la vida (tales como afeitarse, levantarse de la cama, asearse, etc.), si la ocurrencia del infortunio se ha debido a condiciones de inseguridad propias del lugar. Este mismo criterio deberá aplicarse en caso que el trabajador deba pernoctar en hoteles, hostales, u otros establecimientos de la misma índole, en razón de asistir a cursos, capacitaciones, comisiones de servicio u otras labores encomendadas por su empleador.

f) Los accidentes ocurridos a trabajadores que, estando fuera de las dependencias de la entidad empleadora, están a disposición de la misma -por ejemplo, bajo la modalidad de turnos de llamada- mientras se desplazan desde una ubicación distinta a su habitación hacia el lugar de trabajo.

g) Los siniestros ocurridos a trabajadores que, mientras se encuentran desarrollando su quehacer laboral, sufran síntomas relacionados con una dolencia de origen común, cuando la lesión haya tenido por causa los riesgos asociados al lugar de trabajo, esto es, que la lesión resultante haya resultado de mayor gravedad que la que se habría producido de no existir dichos riesgos. Por lo anterior, el presente criterio no es aplicable en caso de accidentes de trayecto.

h) Los accidentes sufridos por dirigentes de instituciones sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales, es decir, tanto aquellos ocurridos durante la faena y en el sitio en que ella o las actuaciones sindicales se realizaban, como también los acaecidos antes o después, fuera de dichos lugares, pero directamente relacionados o motivados por las labores gremiales que el dirigente va a cumplir o ha cumplido.

   Los accidentes acaecidos a los dirigentes sindicales durante el desarrollo de una huelga legal se encontrarán bajo la cobertura de la Ley N°16.744, en la medida que el siniestro ocurra en el cumplimiento de sus cometidos gremiales.

   Los accidentes sufridos por los trabajadores que, durante el periodo de huelga, conformen el equipo de emergencia, se regirán por las reglas generales de la Ley N°16.744 y por las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social.

i) Los siniestros de violencia laboral que sufran los trabajadores en las siguientes situaciones:

   i) Violencia tipo 1: No existe relación laboral, ni trato de usuario o comercial entre quienes llevan las acciones violentas y la víctima que se desempeña en un centro de trabajo. Ejemplo: un robo o asalto;

   ii) Violencia tipo 2: Existe relación entre el autor o autora y la víctima mientras se ofrece un servicio. Habitualmente se producen estos sucesos violentos cuando hay un intercambio de servicios y/o bienes en la atención al usuario. Involucra, por ejemplo, a funcionarios de seguridad pública, conductores, personal socio-sanitario, profesores, vendedores, y

   iii) Violencia tipo 3: Existe algún tipo de implicación laboral entre el agresor o agresora y su víctima.

j) Los siniestros que sufra un trabajador -que actualmente se encuentra bajo la cobertura de la Ley N°16.744 en razón de un accidente del trabajo o enfermedad profesional- a causa o con ocasión del otorgamiento de las prestaciones médicas que le corresponden, o bien en el trayecto directo, de ida o regreso, entre su habitación o su lugar de trabajo y el lugar donde le son otorgadas las prestaciones médicas a las que tiene derecho, independientemente de quien provea el medio de transporte mediante el cual se traslada el trabajador.

k) Los accidentes ocurridos a los estudiantes que tengan al mismo tiempo la calidad de trabajadores por cuenta ajena, siendo de cargo del organismo administrador al que se encuentre afiliado en esta última calidad, las prestaciones que contempla la Ley N°16.744, las que serán incompatibles con las que establece el D.S. N°313, de 1972, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 9° de dicho decreto.

l) Las situaciones disruptivas y de alta complejidad con ocasión del trabajo que incluyen presenciar un accidente con resultado de muerte para terceros, presenciar un accidente con resultado de lesiones graves a gravísimas, exponerse a hallazgos inesperados y que pueden generar malestar emocional u otros de tipo somático.

CAPÍTULO III. Situaciones especiales

1. Accidentes ocurridos en el extranjero

El accidente que sufra una persona que por razón de sus labores se encuentre en el extranjero, deberá ser calificado como de origen laboral, en la medida que se encuentre debidamente probada la relación directa o indirecta, que debe existir entre la lesión sufrida y el trabajo ejecutado. De ese modo, el ámbito de protección del Seguro de la Ley N°16.744 respecto del trabajador que se encuentra fuera del país es acotado y no es extensible, por tanto, a las contingencias carentes de tal relación que dicho trabajador sufra, como por ejemplo una enfermedad común que le sobrevenga durante su estancia en el extranjero.

Las prestaciones médicas de urgencia recibidas en el extranjero por accidentes del trabajo ocurridos fuera del país, deberán ser pagadas por el empleador, quién podrá solicitar su reembolso en moneda nacional, al organismo administrador respectivo, presentando las facturas correspondientes con la certificación del respectivo cónsul chileno en que conste la efectividad del accidente y que el gasto efectuado está dentro de las tarifas habituales de los servicios de salud del país de que se trate.

Solo corresponderá reembolsar las prestaciones médicas otorgadas en el extranjero que sean pertinentes en razón de la urgencia del cuadro clínico que deriva del accidente sufrido por el trabajador.

El organismo administrador podrá omitir la cobertura de los accidentes ocurridos al trabajador en el extranjero, cuando dicha entidad acredite fehacientemente que el señalado siniestro se encuentra íntegramente cubierto por la legislación del lugar en que ha acaecido, por haberse efectuado cotizaciones en el país donde el trabajador se encuentra desempeñando funciones, para asegurar dicha clase de accidentes.

2. Accidentes debidos a fuerza mayor extraña

No corresponde calificar como accidente del trabajo el siniestro originado por una fuerza mayor extraña que no tenga relación alguna con las labores que desempeña el afectado. Sin embargo, la víctima de un accidente de esta especie tendrá derecho a las prestaciones médicas señaladas en el artículo 29° de la Ley N°16.744 .

En este caso, el organismo administrador deberá calificar el referido siniestro como de naturaleza común y cuando el trabajador requiera reposo, deberá derivarlo de acuerdo con lo establecido en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, y en el Título IV de este libro, a fin de que se le otorguen las respectivas prestaciones pecuniarias, por el organismo al que se encuentre afiliado en el sistema de salud común.

Sin embargo, cuando este tipo de accidentes afectare al trabajador en razón de su necesidad de residir o desempeñar sus labores en el lugar del siniestro, los consejos de los organismos administradores podrán otorgar a aquél el derecho al goce beneficios establecidos en la Ley N°16.744, sin necesidad de aplicar en este caso la derivación y cobranza establecida en el artículo 77 bis de dicha norma.

Tratándose de trabajadores que hayan sufrido una incapacidad permanente debido a un accidente producido por una fuerza mayor extraña, el organismo administrador deberá entregarles orientación respecto de las prestaciones a las que puede acceder en su sistema de previsión común.

Cuando la fuerza mayor que provoque el siniestro que sufre un trabajador tenga su origen en una circunstancia propia o inherente al trabajo -es decir, cuando el imprevisto al que no es posible resistir tiene relación con el trabajo, de tal manera que los factores y/o elementos de éste, han sido un medio a través del cual opera la fuerza mayor- se deberá calificar dicho accidente como de origen laboral. Así, por ejemplo, corresponden a esta clase de accidentes la rotura de una máquina o explosión de una caldera, a pesar de los cuidados y precauciones tomadas o los siniestros que ocurran durante un aluvión que afecta a un campamento.

Los actos terroristas se podrán considerar como causa de un accidente del trabajo, si la víctima se ha expuesto a dicho riesgo en virtud de la actividad laboral que desempeña, y no como un miembro cualquiera de la comunidad. En efecto, en estos casos el acto terrorista interviene en el acaecimiento del infortunio, y aquel tiene relación con el trabajo de la víctima, ya que es precisamente la actividad laboral que ésta desarrolla al momento del accidente la que la vincula con el acto terrorista. Así, por ejemplo, tratándose de terrorismo biológico, cometido a través de sobres o paquetes contaminados con alguna bacteria, o perpetrado a través de los ductos de ventilación de una empresa, la contingencia constituirá un accidente del trabajo, respecto de aquellos trabajadores que resultaren afectados en razón del cumplimiento de sus obligaciones laborales.

Tratándose de accidentes derivados de actos terroristas que se hayan producido durante el periodo de colación de la víctima, corresponderá aplicar lo establecido en el N°2 del Capítulo II, de este Título.

Con todo, los accidentes derivados de actos terroristas deben calificarse en forma casuística, debiendo acogerse a la cobertura de la Ley N°16.744 sólo si se acredita fehacientemente el vínculo de causalidad directo o indirecto entre las lesiones producidas y el quehacer laboral de la víctima.

3. Accidentes producidos intencionalmente por la víctima

Los siniestros provocados de manera intencional por la víctima no corresponden a accidentes del trabajo y sólo dan

derecho a las prestaciones médicas señaladas en el artículo 29° de la Ley N°16.744. Si el trabajador requiere reposo, el organismo administrador deberá derivarlo a su sistema de salud común, conforme a lo dispuesto en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744 y en el Título IV de este libro, para efectos del otorgamiento de las respectivas prestaciones pecuniarias.

Para determinar la intencionalidad del siniestro, el organismo administrador deberá reunir todos los antecedentes que permitan establecer de manera indubitada que el hecho ha sido provocado deliberadamente por la víctima, debiendo acreditarse que ha existido la disposición del trabajador en orden a generar el accidente y su resultado dañoso.

4. Accidentes provocados por negligencia, impericia o falta de cuidado del trabajador

La negligencia inexcusable, la impericia en el actuar o la falta de cuidado en la conducta que provoca un accidente, no obstan a la calificación de éste como de origen laboral, por cuanto en estos casos el siniestro se ha originado en una falta de diligencia de la víctima, pero el hecho dañino no ha sido buscado por ella y, en consecuencia, no ha existido la intención de ocasionarlo.

El mismo criterio deberá aplicarse respecto de aquellos accidentes en los que el trabajador, por iniciativa personal y sin la anuencia de su empleador, efectúa una tarea que excede las labores para las que fue contratado. Asimismo, corresponderá calificar como de origen laboral aquellos siniestros en que el trabajador, encontrándose dentro del lugar donde desempeña habitualmente sus funciones, se accidenta producto de la realización de un acto que le importa un beneficio personal, siempre y cuando dicho acto reporte algún tipo de beneficio para el empleador.

Sin perjuicio de lo anterior, si el accidente del trabajo ocurre debido a negligencia inexcusable de un trabajador, se le deberá aplicar una multa, de acuerdo con lo establecido en el artículo 70 de la Ley N°16.744, aún en el caso que el mismo hubiere sido víctima del accidente. Corresponderá al Comité Paritario de Higiene y Seguridad determinar si el accidente del trabajo tuvo su origen en una negligencia inexcusable del trabajador.

La circunstancia que el trabajador se encuentre en estado de embriaguez o bajo el efecto de las drogas al momento de sufrir un accidente del trabajo, no impide, por si sola, la calificación de dicho siniestro como de origen laboral. Sin embargo, la referida conducta puede ser catalogada como una negligencia inexcusable, de acuerdo con lo señalado en el párrafo anterior.

Para que los accidentes ocurridos a raíz de una broma puedan ser calificados como de origen laboral, se requiere que el trabajador denunciante sea el sujeto pasivo de la misma.

Tratándose de lesiones producidas por agresiones, para que proceda otorgar la cobertura del Seguro la Ley N°16.744, es necesario que haya tenido un motivo laboral y el afectado no haya iniciado la agresión.

5. Accidentes provocados por picadura o mordedura de insectos

Si la picadura o mordedura de insectos ocurrida en el desempeño de las actividades laborales, solo genera una lesión en la piel, corresponde que sea calificado como un accidente a causa o con ocasión del trabajo. En cambio, si genera efectos sistémicos deberá ser calificado como enfermedad profesional.

CAPÍTULO IV. Calificación del origen de los accidentes

1. Procedimiento de calificación de accidentes

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

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

En todo caso, el procedimiento deberá contemplar la emisión de un informe que contenga los fundamentos médicos y/o administrativos que justifiquen la calificación que se efectúe con posterioridad a la primera atención, cuando éstos no se hayan consignado previamente en la ficha clínica. En el caso de los accidentes calificados como de origen común, el informe señalado deberá contener los datos establecidos en el Anexo N°3 "Fundamentos de la calificación de origen común de accidente del trabajo o de trayecto", de la Letra D, Título II de este Libro III. Una copia del mencionado informe deberá ser entregado a la persona trabajadora, por lo que deberá ser elaborado en lenguaje claro, esto es, una redacción simple y eficiente que permita entender con facilidad los fundamentos médicos y/o administrativos

señalados, evitando el uso de abreviaturas, en especial los términos médicos. Además, éste deberá ser remitido al SISESAT mediante el Anexo N°60 "Documento electrónico de fundamentos de la calificación de origen común de accidente del trabajo o de trayecto", de la Letra H,Título I del Libro IX, en el plazo señalado en el Capítulo XV, Letra B, Título I del Libro IX de este Compendio de Normas.

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

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

2. Calificación durante la primera atención médica

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Situaciones particulares

a) Episodio agudo de origen laboral

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

b) Calificación de accidentes sin días perdidos

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

c) Calificación de accidentes sufridos por trabajadores independientes

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

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

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

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

5. Plazo para calificar

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

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

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

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

B. Accidentes de trayecto

Para una correcta calificación de los accidentes de trayecto, los organismos administradores y administradores delegados deberán evaluar las circunstancias del caso concreto, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

CAPÍTULO I. Definición de accidente de trayecto

Son aquellos ocurridos en el trayecto directo, de ida o de regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo, y aquellos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores (inciso segundo del artículo 5° de la Ley N°16.744).

El trayecto puede realizarse caminando o a través de distintos medios de locomoción, tales como automóviles particulares, bicicleta, servicios de locomoción colectiva o vehículos de acercamiento proporcionados por la entidad empleadora.

CAPÍTULO II. Conceptos relevantes

1. Habitación

El accidente de trayecto debe ocurrir fuera de los límites de la habitación o del lugar de trabajo. En la especie, el concepto habitación se ha entendido como "el asiento ocasional y esencialmente transitorio de una persona", correspondiendo al lugar donde se pernocta, esto es, donde se aloja u hospeda.

Por ende, los siniestros que acontecen dentro de los límites territoriales de la habitación del trabajador, incluido, v.gr., el jardín de la misma, corresponden a accidentes domésticos que no están cubiertos por el Seguro Social de la Ley N°16.744, puesto que ocurren en los deslindes de una casa habitación, esto es, en el interior de un espacio físico privado de uso excluyente.

Ahora bien, en el caso de trabajadores que pernocten en inmuebles sujetos al régimen de copropiedad inmobiliaria, resulta improcedente sostener que los bienes comunes de un edificio puedan ser susceptibles de uso privativo y excluyente por el propietario, arrendatario o por quienes detenten el uso o goce de un piso o departamento. Conforme a ello, en el caso del trabajador que se accidenta, por ejemplo, mientras transita por las escaleras del edificio en dirección al departamento que habita, constituye un accidente de trayecto. Del mismo modo, cuando el trabajador se traslada desde o hacia su habitación, y el lugar de trabajo se encuentra en un inmueble sujeto al referido régimen de copropiedad, los siniestros que ocurran en los espacios de uso común, tales como, los ascensores, estacionamientos, escaleras, etc., también corresponden a accidentes de trayecto.

Por otra parte, son también accidentes cubiertos por el inciso segundo del artículo 5° de la Ley N°16.744, aquéllos que sufren los trabajadores que estando fuera de las dependencias de la entidad empleadora, están a disposición de la misma -por ejemplo, bajo la modalidad de turnos de llamada-, mientras se desplazan desde su habitación hacia el lugar de trabajo. No obstante, si el trayecto se inicia desde otra ubicación, se tratará de un accidente con ocasión del trabajo.

A su vez, en aquellos casos en los cuales el trabajador se encuentre en un lugar distinto a su habitación y sea convocado por su empleador, de manera extraordinaria y sin previo aviso, para desempeñarse laboralmente fuera de su jornada habitual, los accidentes que ocurran mientras aquél se traslada, corresponderán a siniestros con ocasión del trabajo.

2. Trayecto directo

La expresión "trayecto directo" supone que el recorrido debe ser racional y no interrumpido ni desviado, conforme a la invariable y reiterada jurisprudencia de la Superintendencia de Seguridad Social. En consecuencia, dicho desplazamiento no implica que el trayecto necesariamente sea el más corto, sino que éste debe ser razonable y, en términos generales, no interrumpido ni desviado por razones de interés particular o personal.

Sin embargo, la interrupción por tales razones, particularmente cuando aquélla es habitual y responda a una necesidad objetiva y no al mero capricho, no impide calificar un siniestro como del trayecto, puesto que se considera que en esos casos ello no alcanza a romper el nexo que se supone existe entre el accidente de trayecto y el trabajo. Tal es el caso, por ejemplo, del infortunio que se verifica mientras el trabajador se dirige desde su domicilio a dejar a sus hijos al colegio, para posteriormente dirigirse a su trabajo, o del accidente que ocurre una vez finalizada la jornada laboral, cuando, el afectado se dirige a retirar sus pertenencias a la pensión en la que ha debido pernoctar con motivo de sus labores, para continuar su trayecto a su habitación.

Ahora bien, los organismos administradores y administradores delegados, previo a calificar un hecho como una interrupción del trayecto, deberán ponderar, en cada caso, los elementos señalados en el párrafo precedente, esto es, que sea habitual y responda a una necesidad objetiva, considerando, por lo tanto, que no todo desvío habilita para calificar un accidente como común.

A su vez, cuando la satisfacción de una necesidad objetiva, ponderada en su mérito, justifique por sí misma la interrupción, el accidente podrá ser calificado como de trayecto, aun cuando la interrupción no sea habitual.

Por otra parte, los accidentes que se verifiquen en el trayecto directo, aun cuando existan antecedentes que permitan presumir que se había planificado un eventual futuro desvío, corresponden a siniestros cubiertos por el inciso segundo del artículo 5° de la Ley N°16.744.

A su vez, si el trabajador se traslada a su habitación para tomar su colación, los siniestros de que fuere víctima en el trayecto de ida o de regreso entre ésta y el lugar de trabajo, constituirán accidentes de trayecto, en la medida que se verifiquen las condiciones antes señaladas, esto es, que el recorrido sea racional y no interrumpido.

3. Lugar de trabajo

Dado que los accidentes del trabajo en el trayecto son aquellos que tienen lugar en el recorrido directo, de ida o de regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo, aquellos siniestros que ocurren una vez traspasados los límites físicos de este último, corresponden a accidentes del trabajo.

En general, los accidentes que se verifican en los camarines o salas de cambio, esto es, aquellos que no ocurren en el recinto específicamente designado para realizar las labores para las cuales el trabajador ha sido contratado, pero que se encuentran dentro de las dependencias de la entidad empleadora, corresponden a accidentes con ocasión del trabajo, puesto que no acontecen en el trayecto directo entre dicho lugar y la habitación del trabajador, si no que en una dependencia en la que el trabajador debe prepararse para ingresar a realizar sus labores o retirarse a su habitación. Del mismo modo, los siniestros que ocurran en el desplazamiento entre las referidas salas de cambio y el puesto de trabajo, deben ser calificados como accidentes con ocasión del trabajo.

Por otra parte, si bien los campamentos se consideran parte integrante del lugar de trabajo, no todo accidente que se verifica en ellos debe ser calificado como laboral, ya que puede suceder que el infortunio tenga lugar cuando el afectado se encuentra realizando actos ordinarios de la vida (tales como ducharse, levantarse de la cama, etc.), caso en el cual su accidente se calificará como común, salvo que su ocurrencia se deba a deficiencias en las condiciones de higiene y seguridad del lugar. Lo anterior, por existir en tal caso una relación indirecta o mediata entre el trabajo y la lesión.

4. Trayecto directo entre dos lugares de trabajo

La Ley N°20.101 modificó el artículo 5° de la Ley N°16.744, ampliando el concepto de accidente del trabajo en el trayecto a aquellos que ocurran en el trayecto directo "entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores".

De acuerdo con el espíritu y letra de la citada ley, el mensaje presidencial respectivo y la discusión parlamentaria que conforman su historia fidedigna, los accidentes ocurridos en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo dicen relación con aquéllos ocurridos durante el desplazamiento entre dos lugares de trabajo pertenecientes a distintas entidades empleadoras, pues esta normativa debe interpretarse armónicamente con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 5° de la Ley N°16.744, previo a la modificación introducida por la Ley N°20.101.

Por consiguiente, constituyen también accidentes de trayecto los que ocurren en el desplazamiento directo entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores, en cuyo caso debe acreditarse que el infortunio ocurrió en el trayecto directo entre el lugar de trabajo donde el afectado concluyó su jornada laboral y aquél hacia donde se dirigía. Al respecto, resultan aplicables los requisitos de racionalidad, no interrupción ni desvío que, de acuerdo con la jurisprudencia de la Superintendencia de Seguridad Social, supone la expresión "trayecto directo".

En consecuencia, constituyen accidentes a causa o con ocasión del trabajo los que afectan a los trabajadores en el desplazamiento entre dos lugares pertenecientes a la misma entidad empleadora, pues corresponden a contingencias cubiertas por la norma del inciso primero del artículo 5° de la Ley N°16.744.

Ahora bien, cuando el siniestro ocurra en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores se considerará que el accidente dice relación con el trabajo al que se dirigía el trabajador al ocurrir el siniestro (inciso segundo del artículo 5° de la Ley N°16.744). Por ende, el organismo administrador a que esté afiliado el referido empleador es el que debe otorgar las prestaciones que prevé dicho cuerpo legal.

CAPÍTULO III. Calificación del accidente de trayecto

1. Antecedentes para la calificación

Conforme al inciso segundo del artículo 7º del D.S. Nº101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, la circunstancia de haber ocurrido el accidente en el trayecto directo deberá ser acreditada ante el respectivo organismo administrador mediante el correspondiente parte de Carabineros u otros medios igualmente fehacientes, tales como declaración de testigos. Ahora bien, la declaración de la víctima debidamente circunstanciada y ponderada con otros antecedentes concordantes, también permite formarse la convicción de la ocurrencia del siniestro.

Por lo anterior, el pronunciamiento que emita el organismo administrador o administrador delegado respecto a los accidentes que le han sido denunciados, debe ser suficientemente fundado. Para dicho efecto, le requerirá al trabajador que preste su declaración, la que deberá constar en un documento que deberá ajustarse al formato establecido en el Anexo N°4 "Accidente de trayecto -Declaración del trabajador" de este Título y deberá hacerle presente que puede presentar todos los antecedentes de que disponga, tales como declaraciones de compañeros de labores, familiares o terceros, comprobantes de primeras atenciones en otros centros médicos, registros de asistencia, el parte de Carabineros o la denuncia al Ministerio Público, entre otros. Al efecto, el organismo deberá conceder al trabajador 5 días, descontando los sábados, domingos y festivos, para que acompañe antecedentes, advirtiéndole que, de no adjuntarlos, se resolverá con aquéllos que posea dicha entidad.

En aquellos casos en que la víctima no cuente con testigos, parte de Carabineros u otros antecedentes, la jurisprudencia de la Superintendencia de Seguridad Social ha instruido que la declaración de la víctima debidamente circunstanciada respecto del día, hora, lugar y mecanismo lesional, cuando aparece corroborada por otros elementos de convicción, tales como: el registro de asistencia, la compatibilidad del mecanismo lesional o la concordancia de su signología con el tiempo de su supuesta evolución, podrá constituir una presunción fundada que dé lugar a la calificación de un siniestro como de trayecto. Para ello, se ha tenido en cuenta que esta materia debe ser analizada y ponderada con flexibilidad, como quiera que involucra el otorgamiento de prestaciones del Seguro Social de la Ley N°16.744.

Los organismos administradores y administradores delegados deberán contar con material informativo que oriente a los trabajadores sobre la acreditación de su accidente del trayecto. Aquél deberá indicar diversas hipótesis en que este siniestro puede verificarse (en medios de transporte público, automóvil particular, caminando, etc.) y precisar los antecedentes con que puede probarse la ocurrencia del accidente en cada uno de los casos que sean descritos.

Al tomársele al interesado declaración, el material informativo antes mencionado le será entregado. El contenido de dicho documento, como también sus posteriores modificaciones, deberá ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social, para su aprobación; al ser ésta otorgada, se fijará el plazo a partir del cual dicho material deberá ser proporcionado a los trabajadores. En el evento que la Superintendencia de Seguridad Social formule observaciones, fijará un término para que sean subsanadas.

La no presentación del trabajador a su organismo administrador o administrador delegado dentro del mismo día en que tuvo lugar el accidente no podrá, por sí sola, ser fundamento suficiente para calificarlo como de origen común.

Por otra parte, en caso que el afectado haya otorgado varias declaraciones sobre las circunstancias del siniestro ante su organismo, se deberá considerar aquélla en que conste su firma, sin perjuicio del análisis de los demás antecedentes con los que se cuente. En el evento que existan diversas declaraciones, suscritas por el afectado, respecto a los elementos esenciales del accidente que resulten contradictorias, tales como su lugar de ocurrencia o el mecanismo lesional, los organismos administradores o administradores delegados podrán calificar el infortunio como común, en tanto no sea posible formarse la convicción sobre las reales circunstancias del siniestro. En particular, la entidad deberá ponderar si las declaraciones son efectivamente contradictorias, no bastando para realizar esta valoración el mero hecho que una de ellas se encuentre más desarrollada que otra. Para tal efecto, si existe duda, el organismo deberá re interrogar al trabajador.

A su vez, previo a calificar el origen de un accidente, los organismos administradores y administradores delegados deberán analizar los antecedentes que se señalan en los N°s.2, 4, 5, 6, 7 y 9, del Capítulo II, Letra C, de este Título y en el evento que no cuenten con alguno de esos antecedentes, dejar constancia de ello.

2. Plazo para calificar

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

Sólo en casos debidamente fundados, se podrá efectuar la calificación del accidente fuera del plazo señalado.

Dicha resolución en su versión impresa deberá ser notificada al trabajador y a su entidad empleadora, dentro de los 5 días hábiles siguientes a su emisión. Una copia de la RECA deberá ser incluida en la ficha médica del trabajador y en el caso del ISL, en la ficha que contiene los antecedentes de las prestaciones médicas otorgadas por sus prestadores externos, a que se refiere el número 1, Letra D, Título I, del Libro V.

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

En todo caso, el procedimiento deberá contemplar la emisión de un informe que contenga los fundamentos médicos y/o administrativos que justifiquen la calificación que se efectúe con posterioridad a la primera atención, cuando éstos no se hayan consignado previamente en la ficha clínica. En el caso de los accidentes calificados como de origen común, el informe señalado deberá contener los datos establecidos en el Anexo N°3 "Fundamentos de la calificación de origen común de accidente del trabajo o de trayecto" de la Letra D del presente Título II, el que deberá ser remitido al SISESAT mediante el Anexo N°60 "Documento electrónico de fundamentos de la calificación de origen común de accidente del trabajo o de trayecto de la Letra H, Título I del Libro IX, en el plazo señalado en el Capítulo XV, Letra B, Título I del Libro IX de este Compendio de Normas.

C. Remisión de antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social en caso de reclamaciones

Los sistemas de información de los organismos administradores y de los administradores delegados, según corresponda, deberán contener la documentación correspondiente a cada uno de los accidentes del trabajo o de los accidentes de trayecto que deban calificar, de modo de posibilitar su oportuno envío a la Superintendencia de Seguridad Social, para la resolución de los procedimientos contencioso administrativo o para los otros fines que ésta determine, en virtud de sus facultades fiscalizadoras.

Dichos antecedentes corresponden a los enumerados en los Capítulos I y II de esta Letra C, relativos a los accidentes del trabajo y de trayecto, respectivamente.

De esta forma, cuando la Superintendencia de Seguridad Social requiera información respecto de un determinado accidente, el organismo administrador o el administrador delegado, deberá remitir la totalidad de los antecedentes que procedan según el tipo de accidente, junto a una copia actualizada de la ficha clínica. En caso que no cuente con alguno de esos antecedentes, el organismo administrador o el administrador delegado, deberá precisar en su respuesta las razones que justifican la falta del o los documentos de que se trate.

CAPÍTULO I. Remisión de antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social en caso de reclamaciones por calificación de accidentes del trabajo

En el caso de los accidentes del trabajo, los antecedentes que los sistemas de información deberán contener y que deberán ser remitidos a la Superintendencia, son los siguientes:

1. Copia de la DIAT;
2. Resolución que califica el accidente como de origen común o laboral;
3. Informe que justifique la calificación del origen efectuada y que se pronuncie, cuando corresponda, respecto de la compatibilidad del mecanismo lesional descrito con el diagnóstico formulado, en los casos en que no exista registro de esta información en la ficha clínica. Dicho informe deberá contener, a lo menos, la información que se presenta en el Anexo N°3 "Fundamentos de la calificación de origen común de accidente del trabajo o de trayecto", de la Letra D del presente Título II.
4. Todos los exámenes de imágenes con sus respectivos informes (cuando procediere);
5. Informe de investigación de accidente (cuando procediere);
6. Registro de control de asistencia del interesado (cuando procediere);
7. Certificado de alta con derivación, precisando si lo hizo con licencia médica (cuando procediere);
8. Copia de licencia médica emitida al trabajador por patología de origen común (cuando procediere);
9. Orden de Reposo Ley N°16.744 o copia de licencia médica tipo 5 o 6, según corresponda (cuando procediere), y
10. Cualquier otro antecedente que haya servido de base para la calificación.

CAPÍTULO II. Remisión de antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social en caso de reclamaciones por accidentes de trayecto

Tratándose de los accidentes de trayecto, los antecedentes que los sistemas de información deberán contener y que deberán ser remitidos a la Superintendencia, son los siguientes:

1. Copia íntegra y legible de la resolución impugnada;
2. Copia legible de la DIAT y de la declaración del trabajador conforme al formato contenido en el Anexo N°4 "Accidente de trayecto - Declaración del trabajador"de este Título;
3. Copia legible del contrato de trabajo del afectado, con indicación de su jornada laboral, si se ha tenido a la vista para resolver;
4. Copia legible del registro de control de asistencia correspondiente al mes en que ocurrió el accidente;
5. Croquis o mapa, que grafique la ubicación del lugar de trabajo, la habitación del trabajador y el lugar donde habría ocurrido el siniestro, con indicación aproximada de la distancia entre dichos puntos y el tiempo de demora esperable, según el medio de transporte utilizado, en que debieran recorrerse tales distancias;
6. Copia íntegra del parte de Carabineros o constancia, en caso que éstos existiesen;
7. Copias legibles de las declaraciones de testigos, acerca del accidente o hechos conexos, aportadas por el trabajador o que hayan sido recabadas por el organismo administrador o por la empresa con administración delegada,junto a todo otro antecedente tenido a la vista por dicha entidad;
8. Copia íntegra y legible de las licencias médicas extendidas, si procede y fueron tenidas a la vista por el Organismo

Administrador;

9. Dependiendo de la naturaleza médica o jurídica de los fundamentos que sustentan la calificación del siniestro como accidente común, se deberá remitir:

   a) Un informe médico que precise: i) La naturaleza de la lesión; ii) Su compatibilidad con el mecanismo lesional relatado por el interesado, y iii) La concordancia de la signología exhibida por el trabajador al momento de presentarse a los centros asistenciales del organismo administrador o de los administradores delegados con el tiempo que habría transcurrido desde la ocurrencia del accidente, o

   b) Un informe que contenga un análisis fundado respecto de la falta de uno o más de los presupuestos que para la configuración de un accidente de trayecto, exige el inciso segundo del artículo 5° de la Ley N°16.744; el artículo 9° del D.S. N°101, de 1968; el inciso segundo del artículo 5° del D.S. N°67, de 2008 o el inciso segundo del artículo 3° del D.S. N°313, de 1972, todos, del Ministerio del Trabajo o Previsión Social.

D. Anexos

Anexo N°3: Fundamentos de la calificación de origen común de accidente del trabajo o de trayecto

Anexo N°4 : Accidente de trayecto - declaración del trabajador

TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales

A. Protocolo General

CAPÍTULO I. Aspectos generales

1. Ámbito de aplicación del protocolo general y plazo para la calificación

Este protocolo es aplicable a la calificación de patologías que efectúen los organismos administradores y administradores delegados, cualquiera sea su naturaleza, denunciadas como de origen presuntamente profesional, exceptuadas aquellas que cuenten con protocolos específicos. En lo no previsto en los protocolos específicos, se aplicarán supletoriamente las normas establecidas en este Protocolo General.

El proceso de calificación comprende diversas actividades que los organismos administradores y administradores delegados deben cumplir para determinar el origen laboral o común de las enfermedades presuntamente de origen profesional. Sus etapas se esquematizan en el Anexo N°5 "Proceso de calificación", de este Título.

Dicho proceso deberá concluir íntegramente dentro de un plazo máximo de 30 días corridos contados desde la presentación de la DIEP, salvo que en casos excepcionales y por motivos fundados se exceda ese plazo. De igual modo, cuando se esté evaluando una enfermedad por exposición a sílice, se podrá ampliar dicho plazo en virtud de los tiempos requeridos para obtener los resultados del análisis de la muestra de una evaluación ambiental.

2. Entrega de información y de prestaciones médicas durante el proceso de calificación

Al inicio del proceso, el organismo administrador o administrador delegado, deberá entregar al trabajador información sobre los objetivos, plazos y posibles resultados del proceso de calificación.

Durante el proceso de calificación se deberá otorgar al trabajador evaluado las prestaciones médicas necesarias para el tratamiento de sus síntomas, evitando procedimientos invasivos a menos que la gravedad y urgencia del caso lo requiera.

3. Formación de expediente y tratamiento de datos sensibles

El expediente del caso, definido como el conjunto de documentos y evaluaciones realizadas a un trabajador por cada enfermedad o accidente, identificado con un Código Único Nacional (CUN), que mantiene el respectivo organismo administrador o la empresa con administración delegada debe incluir, entre otros, la DIAT o DIEP, la ficha médica, la historia ocupacional y/o el estudio de puesto de trabajo, informes técnicos de evaluaciones ambientales, otras

evaluaciones de riesgo y certificado de cotizaciones, según corresponda. Estos documentos deben estar a disposición de los profesionales del organismo administrador o administrador delegado que evaluarán al trabajador y de la Superintendencia de Seguridad Social.

Para el tratamiento de los datos sensibles de los trabajadores que participan del proceso de calificación del origen de una enfermedad, el organismo administrador y administrador delegado deberán definir e incluir en sus procedimientos, los distintos profesionales que participan de dicho proceso, con sus respectivos perfiles de acceso a la información.

CAPÍTULO II. Calificadores

La calificación podrá ser realizada por un médico de urgencia, por un Médico del Trabajo, o por un Comité de Calificación, en las situaciones previstas a continuación:

1. Médico de urgencia

El médico de urgencia podrá efectuar la calificación en los siguientes casos:

a) Cuando la condición de salud de "emergencia o urgencia" derive de una patología común, la calificación podrá efectuarse en el contexto de la atención de urgencia, dejando constancia en la ficha médica de los antecedentes y fundamentos que la sustentan.

   En estos casos, el organismo administrador o administrador delegado, en sus servicios médicos propios o en aquellos que tengan convenio, deberán otorgar al paciente las atenciones médicas necesarias hasta su estabilización, sin perjuicio de solicitar al régimen de salud común los reembolsos pertinentes. Para este efecto, los términos "atención médica de emergencia o urgencia", "emergencia o urgencia" y "paciente estabilizado", deberán interpretarse de acuerdo con el sentido o alcance que les confiere el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, aprobado por el D.S. Nº369, de 1985, del Ministerio de Salud.

b) Tratándose de patologías graves, esto es, de aquellas que requieran atención médica inmediata para la compensación de su sintomatología aguda y que no sean susceptibles de resolución definitiva en una primera atención, siempre que de los antecedentes disponibles fluya indubitablemente que corresponde a una patología de origen común.

En las situaciones previstas en las letras a) y b) precedentes, en la glosa sobre el tipo de calificador de la enfermedad denunciada, de la Zona H, del documento electrónico de la RECA, descrito en el Anexo N°10 "Documento electrónico de la Resolución de Calificación (RECA)", de la Letra G, Título I, Libro IX, se deberá consignar: "1) Califica médico de urgencia por causal de emergencia" o "2) Califica médico de urgencia por causal de patología grave", según corresponda.

El médico de urgencia no podrá realizar la calificación, cuando una vez otorgadas las prestaciones médicas necesarias para la condición de "emergencia o urgencia" o patología grave, no pudiere descartarse el origen laboral del cuadro clínico. En dicho supuesto, deberá derivar el caso al profesional que corresponda, para someterlo al proceso de calificación de su origen, común o laboral.

2. Médico del Trabajo

El Médico del Trabajo podrá calificar:

a) Los casos que le sean derivados por los médicos evaluadores conforme a lo establecido en el número 3. Derivación por el médico evaluador al médico del trabajo, Capítulo IV, Letra A del presente Título III;

b) Los casos sujetos a Programa de Vigilancia Epidemiológica, a que se refiere la Letra F de este Título; y

c) Aquellos considerados como situaciones especiales, según lo dispuesto en la Letra G de este Título.

Para una correcta calificación, el Médico del Trabajo deberá contar con todos los antecedentes reunidos en la evaluación clínica, los exámenes de laboratorio, imágenes y los informes de evaluación de las condiciones de trabajo, cuando corresponda, y analizar la suficiencia de éstos.

Si los antecedentes fueren considerados insuficientes para la realización de la calificación, o se presentara duda razonable de la misma, dicho profesional deberá solicitar la evaluación de condiciones de trabajo establecidas en el número 4. Evaluación de condiciones de trabajo, Capítulo IV, Letra A de este Título III o los exámenes que considere pertinentes, y remitir el caso al Comité de Calificación, para determinar su origen laboral o común.

3. Comité de Calificación

Todos los casos no comprendidos en las situaciones descritas en los N°s.1 y 2 precedentes, serán calificados por el Comité de Calificación.

Para una correcta calificación, dicho Comité deberá contar con todos los antecedentes reunidos en la evaluación clínica, los exámenes de laboratorio, imágenes y los informes de evaluación de las condiciones de trabajo, y analizar la suficiencia de éstos.

Para mejor resolver, el Comité podrá solicitar cualquier antecedente adicional; la repetición de alguno de los estudios o evaluaciones realizadas y/o citar al trabajador para su evaluación directa.

En casos estrictamente excepcionales, la calificación podrá efectuarse prescindiendo de algunos de los elementos señalados, lo que deberá ser debidamente fundamentado por el Comité, dejando constancia de las razones que se tuvo en consideración, en el informe a que se refiere el Anexo N°6 "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la patología".

Por otra parte, sólo el Comité de Calificación podrá recalificar el origen de la patología, de oficio o a petición del trabajador y/o del empleador, si existen nuevos antecedentes que permitan modificar lo resuelto. En este caso, junto con registrar los nuevos antecedentes y generar un nuevo informe que fundamente la recalificación, se deberá emitir una nueva resolución y consignar en el campo "indicaciones": "Resolución de calificación que reemplaza la resolución N° (indicar número de la anterior RECA)". De igual forma se deberá emitir una nueva RECA en el evento que se ratifique la calificación.

Cuando la recalificación obedezca a un dictamen emitido por esta Superintendencia, en ejercicio de sus facultades fiscalizadoras, la glosa a consignar en el campo indicaciones corresponderá a la expresión: "Recalificación por instrucción de SUSESO, Oficio N°nnnn de dd/mm/aa".

CAPÍTULO III. Requisitos de los calificadores

1. Médico del Trabajo

Para efectos de este título, se considerará Médico del Trabajo, el profesional que cumpla alguno de los siguientes requisitos:

a) Hubiere aprobado un diplomado en salud ocupacional o medicina del trabajo y cuente con una experiencia laboral de, al menos, 5 años en un servicio de salud ocupacional o de medicina del trabajo;

b) Cuente con una experiencia laboral demostrada en un servicio de salud ocupacional o de medicina del trabajo, de al menos diez años;

c) Hubiere aprobado un programa en salud ocupacional/medicina del trabajo a nivel de doctorado, magister, master o fellow y cuente con una experiencia laboral mínima de 3 años, en un servicio de salud ocupacional o de medicina del trabajo, o

d) Acredite experiencia académica, docente y/o de investigación de, al menos 5 años, en una institución de educación superior en el área de medicina del trabajo y salud ocupacional y experiencia laboral mínima de 5 años en un servicio de salud ocupacional o de medicina del trabajo.

2. Comité de Calificación

El Comité de Calificación deberá estar conformado por, al menos, tres profesionales, dos de ellos médicos. Si el número de integrantes es superior a tres, la proporción de los médicos no podrá ser inferior a dos tercios.

Uno de los médicos deberá poseer la calidad de Médico del Trabajo.

Todos los integrantes del Comité deberán contar con un curso mínimo de 40 horas sobre aspectos generales del Seguro de la Ley N°16.744 y conceptos de salud ocupacional. Dicho requisito no será exigible respecto de los profesionales que acrediten formación en tales materias, a nivel de diplomado o magíster.

El Comité deberá ser presidido por el Médico del Trabajo y en caso de empate decidirá su voto.

Cada organismo administrador deberá definir el número de comités, su competencia territorial (nacional, regional o zonal), la periodicidad de sus reuniones, las áreas de especialidad que traten y las demás materias necesarias para su adecuado funcionamiento, con excepción de las reguladas en este Título.

CAPÍTULO IV. Proceso de calificación

1. Inicio del proceso

El proceso de calificación se iniciará con la presentación de una DIEP, por parte del empleador, y/o del trabajador, sus derecho-habientes, el médico tratante, el Comité Paritario de Higiene y Seguridad o cualquier persona que hubiese

tenido conocimiento de los hechos. Si la DIEP no es presentada por el empleador, el organismo administrador deberá notificarle el ingreso de la denuncia.

Si un trabajador independiente presenta una DIEP, el organismo administrador deberá verificar si presta servicios en una entidad contratante y en caso afirmativo, proceder conforme a lo indicado en el número 4. Evaluación de condiciones de trabajo, de este Capítulo IV, Letra A del presente Título III.

Si mediante exámenes o evaluaciones médicas que forman parte de los programas de vigilancia de la salud implementados por el organismo administrador o administrador delegado, se pesquisan en un trabajador alteraciones que hagan sospechar la presencia de una enfermedad profesional, el organismo administrador deberá notificar inmediatamente de ello al empleador, quien deberá realizar la respectiva DIEP para iniciar el proceso de calificación, igual acción deberá realizar el administrador delegado. Aun cuando el empleador no presente la DIEP en un plazo de 24 horas, el organismo administrador deberá someter al trabajador a los exámenes que correspondan para estudiar la eventual existencia de una enfermedad profesional.

Si un trabajador se cambia de entidad empleadora y por aplicación de lo instruido en la letra e) del número 3, Capítulo I, Letra F, Título II, del Libro IV, es el organismo administrador de su ex empleador el que debe mantenerlo en vigilancia, corresponderá a dicho organismo gestionar la emisión de la DIEP con el trabajador y realizar la calificación del origen de la enfermedad, si presenta síntomas de una enfermedad presuntamente atribuible al agente de riesgo por el cual se mantiene en vigilancia.

Por su parte, si un trabajador se cambia de entidad empleadora, sin encontrarse en vigilancia, y presenta posteriormente síntomas de una presunta enfermedad de origen profesional, el organismo administrador del nuevo empleador o la empresa con administración delegada, según corresponda, deberá efectuar la calificación del origen de la enfermedad, aun cuando no exista exposición al riesgo en su puesto de trabajo, pero sí antecedentes de una exposición previa, emanados en particular de su historia ocupacional y/o de los antecedentes que deberá solicitar al organismo administrador del empleador o empresa con administración delegada donde estuvo expuesto al riesgo.

Cuando el trabajador se presente con una DIAT y existan elementos de juicio que permitan presumir que su dolencia es producto de una enfermedad y no de un accidente, el organismo administrador o administrador delegado deberá someter al trabajador al protocolo de calificación de enfermedades presuntamente de origen laboral y emitir la DIEP correspondiente.

Por el contrario, si existiesen elementos de juicio que permitan presumir que la dolencia del trabajador es consecuencia de un accidente del trabajo o de trayecto, el organismo administrador deberá derivarlo al proceso de calificación de accidentes del trabajo, emitiendo una DIAT.

2. Evaluación clínica por sospecha de enfermedad profesional

Corresponde a la prestación otorgada por un médico evaluador quien, mediante la anamnesis, el examen físico y estudios complementarios, establece un diagnóstico.

El organismo administrador o administrador delegado deberá someter al trabajador a la evaluación clínica, dentro del plazo máximo de 7 días corridos, contado desde la presentación de la DIEP, excepto en los casos calificados por el médico de urgencia, conforme a lo señalado en el número 1. Médico de urgencia, Capítulo II, de esta Letra A.

El médico evaluador deberá contar al menos con un curso de 40 horas o más, sobre aspectos generales del seguro y conceptos de salud ocupacional, y cumplir los requisitos de capacitación establecidos en los protocolos de calificación específicos.

Dicho profesional deberá solicitar la evaluación de las condiciones de trabajo que corresponda y derivar el caso al Comité de Calificación, con la finalidad de determinar adecuadamente el origen común o laboral de la afección, excepto en los casos que se señalan en el número 3. Comité de Calificación, Capítulo II de esta Letra A, que corresponde calificar al Médico del Trabajo.

Todo el proceso de evaluación clínica de la enfermedad, incluyendo los resultados de los exámenes y conclusiones de la evaluación de condiciones de trabajo, deberán ser registrados en la ficha médica del trabajador, la que será remitida al Médico del Trabajo o Comité de Calificación, según corresponda.

Si en la evaluación clínica se diagnostica un problema de salud cubierto por las Garantías Explícitas en Salud (GES) del Régimen General de Garantías de la Ley N°19.966, las mutualidades de empleadores y administradores delegados deberán notificar al trabajador dicha circunstancia, conforme la interpretación que la Superintendencia de Salud, en ejercicio de sus facultades legales, ha efectuado respecto del artículo 24 de la citada Ley N°19.966. Lo anterior, sin perjuicio de informar a los trabajadores sobre los procesos de calificación de los accidentes y enfermedades de presunto origen profesional, de cumplir las instrucciones impartidas en el Título II y Título III de este Libro III; y en el evento que el accidente o la enfermedad se califique como de origen común, de solicitar al régimen previsional de salud común y al trabajador, cuando corresponda, el reembolso del valor de las prestaciones que hubieren otorgado, con reajustes e intereses, si se configuran los supuestos del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

Para todos los casos en que no exista un protocolo específico de calificación, la evaluación clínica deberá contener los elementos mínimos establecidos en el Anexo N°18: 'Ficha de evaluación clínica inicial general', de la Letra H, Título III del

Libro III.

El envío al SISESAT de la información contenida en el referido Anexo N°18, deberá realizarse a través del documento electrónico definido en el Anexo N°58: 'Documento electrónico de Evaluación Médica Inicial General', de la Letra H, Título I del Libro IX.

Tratándose de enfermedades musculo esqueléticas, que no se encuentren especificadas en el protocolo contenido en la Letra B. Protocolo de patologías músculo esqueléticas de extremidad superior (MEES), de este Título III, la evaluación clínica deberá contener los elementos mínimos establecidos en el Anexo N°12: 'Ficha de evaluación clínica de patología músculo-esquelética' de la Letra H, Título III del Libro III y su envío al SISESAT deberá realizarse a través del documento electrónico definido en el Anexo N°45: 'Documento electrónico de evaluación médica inicial en enfermedad músculo-esquelética' de la Letra H,Título I del Libro IX.

3. Derivación por el médico evaluador al Médico del Trabajo

El médico evaluador deberá derivar el caso al Médico del Trabajo, para su calificación, en las siguientes situaciones:

a) Si durante la evaluación clínica realizada conforme a los protocolos previstos en este Título III o la lex artis médica, si no hubiese protocolo, se diagnostica una enfermedad no contemplada en el artículo 19 del D.S. N°109, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y se confirma la ausencia de diagnósticos diferenciales que potencialmente sean de origen laboral.

b) Si conforme a lo establecido en el literal a), del artículo 72, del D.S. N°101 de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el organismo administrador verifica que no existe exposición al agente causal, mediante una evaluación de las condiciones de trabajo, realizada dentro de los seis meses inmediatamente anteriores a la presentación de la DIEP o dentro de los períodos establecidos en los protocolos de vigilancia del Ministerio de Salud, para los agentes que cuenten con ello.

c) Si durante la evaluación clínica realizada conforme a los protocolos previstos en este Título III o la lex artis médica, si no hubiese protocolo, se diagnostica una enfermedad contemplada en el artículo 19 del D.S. N°109 de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que mediante una adecuada anamnesis impresiona como de origen laboral.

No obstante, cuando la evaluación clínica sea realizada por un Médico del Trabajo, éste podrá efectuar directamente la calificación, sin necesidad derivar el caso a otro médico.

4. Evaluación de condiciones de trabajo

Las evaluaciones de condiciones de trabajo tienen por objetivo determinar si existe exposición a agentes de riesgo en el lugar de trabajo.

Dentro de éstas se encuentran el estudio de puesto de trabajo, las evaluaciones de riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales puntuales o en el contexto de programas de vigilancia, la historia ocupacional y los demás antecedentes que sirvan como fuente de información para la calificación. La aplicación de las evaluaciones, de la historia ocupacional y de los demás antecedentes, deberán ser realizadas por profesionales con competencias específicas en las mismas y cumplir con los demás requerimientos que se exigen a continuación, así como los señalados en otros apartados del presente Compendio:

a) Estudio de puesto de trabajo (EPT)

   Consiste en el análisis detallado, mediante la observación en terreno, de las características y condiciones ambientales en que un trabajador en particular se desempeña y de las actividades, tareas u operaciones que realiza. Este instrumento tiene por objetivo identificar la presencia de factores de riesgo específicos condicionantes de la patología en estudio. En conjunto con otros elementos de juicio, el EPT permitirá al Comité de Calificación o al Médico del Trabajo, según corresponda, establecer o descartar la existencia de una relación de causalidad directa entre la patología y la actividad laboral del trabajador evaluado.

   Los protocolos de las enfermedades de salud mental y de las patologías músculo esqueléticas de extremidad superior (MEES) tienen formatos específicos para la realización del EPT, los que se especifican en cada protocolo, de acuerdo con las instrucciones de las Letra B y Letra C de este Título III. Para el resto de las patologías, se deberá utilizar un formato con los elementos mínimos señalados en el Anexo N°31: "Instructivo para evaluación de puesto de trabajo general", de la Letra H del presente Título III.

b) Evaluaciones de riesgos

   Corresponde a la realización de mediciones representativas y confiables, cualitativas o cuantitativas, de la presencia de agentes de riesgo químico, físico, biológico, condiciones ergonómicas o psicosociales existentes en el ambiente de trabajo donde se desempeña el trabajador evaluado.

c) Historia Ocupacional

Es el instrumento en el que se registra cronológicamente la información de las empresas y puestos de trabajo en las que se ha desempeñado y/o se desempeña el trabajador, los agentes de riesgos a los que ha estado expuesto y sus niveles de exposición, entre otros, que permite o facilita el diagnóstico y la calificación del origen de una enfermedad.

La necesidad de realización de la historia ocupacional comienza con la entrevista médica o anamnesis realizada a un trabajador que presenta una posible enfermedad profesional, en la que se indague acerca de los antecedentes ocupacionales remotos o actuales, esta entrevista podrá entregar información que permita identificar los agentes d e riesgo presentes en el lugar de trabajo actual o en el de anteriores empleadores. Atendido lo señalado, y considerando los antecedentes ocupacionales aportados por el trabajador en dicha anamnesis, el médico evaluador o el Médico del Trabajo deberá solicitar al equipo o área de prevención de riesgos la confección de la historia ocupacional en aquellos casos en que ésta sea necesaria para la calificación del origen de la enfermedad.

La confección de la historia ocupacional será obligatoria cuando se trate de enfermedades profesionales crónicas, de larga latencia y/o secundarias a exposiciones de larga data, tales como las neumoconiosis, mesotelioma, hipoacusias sensorio-neural por exposición a ruido, neuropatías por exposición a metales y enfermedades por exposición a citostáticos o radiaciones, entre otras.

En caso de patología osteomuscular de extremidad superior y/o de origen mental, el médico evaluador o el Médico del Trabajo deberá determinar la necesidad de contar con la historia ocupacional para la calificación del origen de la patología y requerirla, según corresponda. Lo anterior, dado que en caso de dichas patologías podría ser suficiente con el estudio de puesto de trabajo, el que refleja la exposición en las tareas que ejecuta actualmente el trabajador. En los casos que, a juicio médico, no exista exposición actual y hubiese antecedentes de cambio de empleador en los últimos 6 meses o cambio en las condiciones de trabajo con el mismo empleador, o bien si dentro del mismo plazo existe un cambio en la actividad desarrollada por el trabajador independiente, se deberá hacer la historia ocupacional.

El profesional que realice la historia ocupacional debe contar con el título de experto profesional en prevención de riesgos y tener, a lo menos, 2 años de experiencia en evaluaciones de riesgos en empresas, de preferencia en el riesgo específico que motiva la solicitud de la historia ocupacional. En caso de trabajadores con enfermedades por agentes de riesgo que hubieran estado en programas de vigilancia, el experto en prevención de riesgos debe contar con la capacitación de los protocolos de vigilancia ambiental y de la salud publicadas por el Ministerio de Salud. El organismo administrador deberá mantener un registro de la capacitación y de los profesionales que realizan la historia ocupacional en su Institución.

El formato de la historia ocupacional, así como la definición de sus campos y las instrucciones para completarlo, se contienen en los siguientes anexos: Anexo N°7 "Formulario de Historia ocupacional"; Anexo N°8 "Definición de los campos de la historia ocupacional"y Anexo N°9 "Instrucciones para completar el formulario de la historia ocupacional". No obstante, el formato del Anexo N°7 "Formulario de Historia ocupacional"podrá ser modificado por cada organismo administrador o empresa con administración delegada, siempre y cuando contenga los elementos mínimos que se especifican en dicho anexo.

El documento de la historia ocupacional deberá ser enviado a la Superintendencia de Seguridad Social mediante el documento electrónico establecido en el Anexo N°49 "Documento electrónico de la historia ocupacional", de la Letra G, Título I del Libro IX.

La historia ocupacional debe ser realizada con el respaldo del certificado de cotizaciones, documento obligatorio para la confección y validación de los empleadores formales, formando parte de los elementos que debe contener el expediente. En caso que el trabajador se niegue a entregar dicho documento, el organismo administrador deberá dejar respaldo de su negativa con firma.

La exposición a un determinado agente de riesgo será verificada por el área de prevención de riesgos profesionales, que aportará los antecedentes técnicos incluyendo evaluaciones ambientales presentes en el o en los lugares de trabajo donde se desempeñó el trabajador. En caso de no existir evaluaciones ambientales vigentes para el puesto de trabajo actual, el organismo administrador deberá realizar las evaluaciones ambientales para definir si existe o no exposición al agente de riesgo por el cual se está evaluando al trabajador.

El organismo administrador o la empresa con administración delegada que se encuentra estudiando el origen de una enfermedad, cuando corresponda, deberá solicitar antecedentes y/o la realización de las evaluaciones ambientales a las empresas con administración delegada o a los organismos administradores de las entidades empleadoras donde el trabajador habría estado expuesto al agente de riesgo que se está evaluando, quien deberá remitirlos en un plazo máximo de 15 días contados desde la respectiva solicitud. En caso de no existir evaluaciones ambientales históricas o de no haber sido posible realizarlas por el anterior organismo administrador o empresas con administración delegada, según corresponda, se considerará la opción de registro a juicio de experto mediante entrevista, donde la información recopilada permitirá definir la presencia de agentes de riesgos y/o exposición en la(s) tarea(s) que realizaba el trabajador en evaluación. Para este efecto también podrá requerirse la opinión de otros profesionales, tales como higienistas, ergónomos, entre otros. En estos casos, el campo de Juicio de Experto, en el contenido del Anexo N°7 "Formulario de Historia ocupacional", de la Letra H, Título III del Libro III, deberá ser completado de manera obligatoria y no podrá registrarse sin antecedentes.

Por lo tanto, la historia ocupacional se elabora en base a una entrevista personal con el trabajador y con los

resultados del estudio del o de los puestos de trabajo y de las evaluaciones ambientales disponibles y aquellas que sea necesario realizar para evaluar la exposición.

Se debe realizar una historia ocupacional por cada agente de riesgo que pudiera originar la enfermedad en estudio.

La información registrada en la historia ocupacional deberá ser remitida a la última entidad empleadora donde el trabajador estuvo expuesto al agente o factor de riesgo supuestamente condicionante de la enfermedad evaluada, resguardando los datos sensibles del trabajador. Esta notificación debe realizarse vía correo electrónico y solo con la información que se relacione con dicha entidad empleadora. En el evento que la entidad empleadora se encuentre adherida o afiliada a otro organismo administrador, se deberá solicitar a este último que efectúe dicha notificación.

La entidad empleadora notificada dispondrá de 5 días hábiles, a contar del día siguiente a la notificación del organismo administrador, para aportar información adicional o efectuar correcciones. De no haber respuesta en el plazo mencionado, se considerará como aceptada.

Si dicha entidad aporta nuevos antecedentes, éstos deberán ser respaldados con las pruebas o antecedentes que den cuenta de lo referido. No es necesario citar nuevamente al trabajador, ya que, en una etapa posterior y en base a los antecedentes presentados, el Médico del Trabajo y/o Comité evaluará dicha información. En ningún caso, el documento de la historia ocupacional elaborado inicialmente será modificado ni requerirá nuevamente la firma del trabajador.

Tratándose de trabajadores independientes que prestan servicios en una entidad y de empresas con trabajadores bajo régimen de subcontratación, para la realización de las evaluaciones señaladas en las letras a) y b) precedentes, los organismos administradores o empresas con administración delegada involucradas, deberán tener presente lo siguiente:

a) Si el trabajador independiente y la entidad donde presta servicios se encuentran adheridos o afiliados al mismo organismo administrador, éste deberá solicitar autorización a esa entidad para realizar las evaluaciones de las condiciones de trabajo, haciéndole presente que, de acuerdo con el artículo 20 del D.S. N°67, de 2008, el trabajador independiente que presta servicios en una entidad tiene derecho a ser informado por ésta sobre los agentes de riesgo a los que se encuentra expuesto, lo que conlleva la consecuente obligación de dicha entidad empleadora de proporcionar tal información o permitir que ésta sea recabada.

   En el evento que se detecte un factor de riesgo, el organismo administrador deberá evaluar si existen trabajadores de esa entidad empleadora expuestos, procediendo, en caso afirmativo, según lo instruido la letra a), número 1, Capítulo III, Letra F, Título II, del Libro IV.

   En cambio, si el trabajador independiente y la entidad donde presta servicios se encuentran adheridos o afiliados a organismos administradores distintos, aquél al que pertenece el trabajador independiente deberá solicitar al organismo de la entidad empleadora realizar las evaluaciones de las condiciones de trabajo, el cual deberá remitir los resultados de esas evaluaciones en un plazo no superior a 15 días contados del requerimiento, resguardando la información de carácter sensible que pudieren contener.

   Ahora bien, en caso que el organismo administrador de la entidad empleadora detecte la existencia de un factor de riesgo, deberá evaluar si existen trabajadores de esa entidad que se encuentren expuestos y en caso afirmativo, deberá ingresarlos a un programa de vigilancia del ambiente y de la salud y prescribir las medidas que procedan para el control de ese riesgo.

   Si la entidad empleadora impide el ingreso para la realización de las evaluaciones el organismo administrador, éste deberá recargar su tasa de cotización adicional diferenciada por un período de 3 meses, dictando al efecto una resolución conforme a lo instruido en la letra d), número 2, Capítulo IV, Letra B, Título II, del Libro II.

b) Por su parte, tratándose de entidades empeadoras con trabajadores bajo régimen de subcontratación, si la empresa contratista y la empresa principal se encuentran adheridas o afiliadas al mismo organismo administrador, éste deberá realizar esas evaluaciones y, en el evento que detecte un factor de riesgo, evaluar si existen otros trabajadores expuestos, sean estos de la contratista o de la principal.

   De constatarse la existencia de un riesgo, deberá prescribir tanto a la empresa contratista, como a la empresa principal, las medidas de control que les corresponda implementar dentro de sus respectivos ámbitos de acción y evaluar su ingreso a los programas de vigilancia del ambiente y de la salud.

   En cambio, si la empresa contratista y la empresa principal se encuentran adheridas o afiliadas a un organismo administrador distinto, el organismo donde se encuentre adherida la empresa contratista deberá solicitar a la principal su autorización para realizar las evaluaciones de las condiciones de trabajo, haciéndole presente a dicha entidad que, en caso de detectar la existencia de un factor de riesgo y trabajadores de su dependencia también expuestos, se lo comunicará al organismo administrador de su adhesión, para que evalúe su ingreso a un programa de vigilancia del ambiente y de la salud de sus trabajadores y le prescriba las medidas que procedan para el control de ese riesgo.

Si no es posible efectuar las evaluaciones indicadas en las letras a) y b) del párrafo segundo precedente, porque el trabajador independiente se opone a su realización o porque existen otros impedimentos, el organismo administrador

de su adhesión deberá dejar constancia de dicha situación, y proceder conforme a lo instruido en el número 6, Capítulo IV, Letra A, Título III del presente Libro III.

5. Resolución de calificación

El pronunciamiento del médico de urgencia, del Médico del Trabajo o del Comité de Calificación, según corresponda, deberá formalizarse mediante la emisión de una Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA), que podrá ser suscrita por alguno de los médicos calificadores.

Dicha resolución, en su versión impresa, deberá ser notificada a la persona trabajadora evaluada y a su entidad empleadora, dentro de los 5 días hábiles siguientes a su emisión. De igual modo, si en virtud de un dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social o actuando de propia iniciativa, recalifican el origen común o laboral de la patología, deberán notificarles la nueva resolución, dentro del mismo plazo.

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

El calificador deberá elaborar un informe con los fundamentos de la calificación y los demás datos indicados en el Anexo N°6 "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la enfermedad" de la Letra H, Título III del Libro III. Se entenderá por fundamento de la calificación la expresión de un juicio experto que considere todos los elementos evaluados y que, en forma consistente con dichos elementos, concluya en la declaración de origen laboral o común de la enfermedad evaluada. Dicho informe deberá ser entregado a la persona trabajadora y ser elaborado en lenguaje claro y comprensible, esto es, una redacción simple y eficiente que permita a las personas entender con facilidad los fundamentos contenidos. Se exceptúan de esta obligación los casos calificados por el médico de urgencia, conforme a lo establecido en el número 1. Médico de urgencia, Capítulo II, Letra A,Título III del Libro III. Sin embargo, en tales casos, el profesional deberá explicar a la o el trabajador los fundamentos de la calificación médica, en un lenguaje claro y comprensible, según los términos previamente señalados.

El documento de los fundamentos de calificación deberá ser enviado a la Superintendencia de Seguridad Social mediante el documento electrónico establecido en el Anexo N°50 "Documento electrónico de los fundamentos de la calificación de la enfermedad", de la Letra H, Título I del Libro IX.

En caso que, la persona trabajadora evaluada haya contraído la enfermedad en una entidad empleadora adherida o afiliada a otro organismo administrador, deberá notificar la RECA a dicho organismo y, por intermedio de éste, a esa entidad empleadora.

6. Situaciones especiales

Si la persona trabajadora no se presenta a la evaluación clínica, después de haber sido citado hasta en dos oportunidades o si rechaza someterse a ésta, la patología deberá ser calificada como tipo 12: "No se detecta enfermedad" y en el campo "diagnóstico" se deberá consignar: "Abandono o rechazo de la atención" y registrarse el código CIE -10 "Z03.9". En lo que respecta a las citaciones, éstas deberán ser realizadas por medio de carta certificada al domicilio de la persona trabajadora o por correo electrónico, en el evento que haya consentido el uso de dicho medio para ser notificada. En cuanto al "Abandono o rechazo de la atención" para someterse al proceso de evaluación, el organismo administrador deberá mantener como medio de prueba las citaciones realizadas, y en caso de rechazo expreso, deberá constar en un documento firmado por la persona trabajadora.

Si con posterioridad al diagnóstico y antes que el ente calificador disponga de los elementos de juicio suficientes para calificar el origen de la enfermedad, el trabajador rechaza continuar con el proceso de evaluación, el caso será calificado con los antecedentes disponibles, consignando el diagnóstico y su correspondiente código CIE-10. A su vez, en el campo "indicaciones" se deberá señalar: "Calificación realizada con antecedentes parciales por abandono del proceso de calificación". Asimismo, en caso que el trabajador independiente se oponga a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo, el organismo administrador deberá calificar la enfermedad con los antecedentes de que disponga, señalando en el campo "indicaciones" : "Calificación realizada con antecedentes parciales por obstaculización del trabajador independiente a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo".

De igual modo, si con posterioridad al establecimiento de un diagnóstico y previo a su calificación, la entidad en la que se desempeña el trabajador independiente, después de haber sido requerido hasta en dos oportunidades, mediante carta certificada, correo electrónico u otro medio escrito, se opone a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo o no acusa recibo de las citaciones, la enfermedad deberá ser calificada como enfermedad profesional (tipo 3) o enfermedad laboral sin incapacidad temporal o permanente (tipo 5), según corresponda, salvo que se disponga de antecedentes suficientes que acrediten su origen común. Además de consignar el diagnóstico y su correspondiente

código CIE 10, se deberá incorporar en el campo "indicaciones" la siguiente observación: "Calificación realizada con antecedentes parciales por obstaculización de la entidad en la que se desempeña el trabajador independiente a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo".

A su vez, en el caso de las personas trabajadoras dependientes si la entidad empleadora se opone a la realización de las evaluaciones de las condiciones de trabajo o no acusa recibo de las citaciones, se le deberá prescribir que dentro de un plazo no superior a 5 días hábiles, contados desde la notificación de esa prescripción, otorgue las facilidades necesarias para la realización del estudio o evaluación del puesto de trabajo. Si al término de ese plazo la entidad empleadora persiste en su negativa, el caso deberá ser calificado como "enfermedad profesional" (tipo 3) o "enfermedad laboral sin incapacidad temporal o permanente" (tipo 5), según corresponda, salvo que se disponga de antecedentes suficientes que acrediten su origen común, consignándose en el campo "indicaciones" de la resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (RECA) la siguiente observación: "Calificación realizada con antecedentes parciales por obstaculización de la entidad empleadora a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo". Además, se deberá recargar, en forma inmediata, su tasa de cotización adicional diferenciada por un período de 3 meses, dictando al efecto una resolución conforme a lo instruido en la letra d), número 2, Capítulo IV, Letra B, Título II, del Libro II.

Si dentro de los 90 días hábiles siguientes a la notificación de la RECA, la entidad empleadora solicita a su organismo administrador reconsiderar la calificación de la enfermedad, dicha solicitud solo podrá ser admitida a trámite en la medida que manifieste su consentimiento para la realización del estudio de puesto de trabajo o que acredite que por una situación de fuerza mayor u otra circunstancia que no le es imputable, no pudo dar respuesta a las citaciones que le fueron cursadas. Cumplida esa condición el organismo administrador deberá realizar el estudio de puesto de trabajo y con el mérito de sus resultados, acoger o rechazar la reconsideración. En el mismo supuesto, se deberá rebajar a 2 meses la aplicación del recargo, por haber cesado la causa que le dio origen.

Lo instruido en los párrafos precedentes, respecto de las situaciones en que por oposición o falta de respuesta a las citaciones de la entidad en que presta servicios, el trabajador independiente o de la entidad empleadora del trabajador dependiente, no es posible realizar el estudio de puesto de trabajo, no será aplicable a los casos en que, conforme a lo dispuesto en el Capítulo II, Letra A, de este Título III, se puede excepcional y fundadamente prescindir de ese estudio. Por ejemplo, cuando el trabajador se encuentra sometido a un programa de vigilancia de la salud.

Sin perjuicio de lo anterior, el organismo administrador deberá informar sobre la negativa del empleador, a la Inspección del Trabajo y/o a la Autoridad Sanitaria competente, mediante el formulario contenido en el Anexo N°10 "Informa rechazo de la entidade empleadora a facilitar información", de la Letra H, Título III de este Libro III.

Si tanto en el caso del trabajador dependiente como del independiente que se desempeña en una entidad, existen otras circunstancias que fundadamente impiden la realización de la evaluación de puesto de trabajo, por ejemplo, el término o cierre definitivo de la faena, se deberá consignar en el campo "indicaciones" la glosa "Calificación realizada con antecedentes parciales debido a la existencia de otras circunstancias que impiden la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo".

Cuando la sintomatología de la persona trabajadora no pueda atribuirse a una enfermedad específica, la dolencia deberá ser calificada como tipo 12: "No se detecta enfermedad" y en el campo diagnóstico deberá consignarse: "Sin diagnóstico establecido luego de proceso de evaluación" y registrarse con el código CIE-10 "Z71.1".

No obstante, no podrá utilizarse la calificación tipo 12: "No se detecta enfermedad", cuando se hubiere prescrito reposo laboral.

7. Derivación a régimen de salud común

Si se determina que la enfermedad es de origen común, la persona trabajadora evaluada deberá ser citada para ser notificada que deberá continuar su tratamiento en su régimen previsional de salud común (FONASA o ISAPRE), y si no se presenta a dicha citación, deberá ser notificada por carta certificada.

Además, se deberá entregar a la persona trabajadoralos siguientes documentos:

a) Resolución de calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley Nº16.744 (RECA) versión impresa;

b) Informe sobre los fundamentos de la calificación de la enfermedad Anexo N°6: "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la patología" de la Letra H, del Título III, de este Libro III.

c) Informe de atenciones recibidas, diagnósticos realizados y la orientación de dónde continuar sus tratamientos, según corresponda;

d) Copia de los informes y exámenes clínicos practicados, y

e) Folleto informativo, cuyo contenido mínimo se establece en el Anexo N°40: "Contenido mínimo del folleto informativo cuando el accidente o enfermedad es calificado como de origen común", de la Letra C, del Título I, de este Libro III.

Todos los documentos individualizados precedentemente, son de carácter confidencial, salvo la resolución de calificación que, conforme a lo dispuesto en el artículo 72 letra e) del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, deberá ser notificada a la entidad empleadora, en su versión impresa, mediante carta certificada u otro medio idóneo.

8. Readecuación de las condiciones de trabajo y/o cambio de puesto de trabajo

En caso que la enfermedad sea calificada como de origen laboral, en el campo "indicaciones" de la respectiva RECA, se deberá señalar la obligación del empleador de readecuar el puesto de trabajo o cambiar al trabajador de puesto de trabajo, con la finalidad de cesar la exposición al agente causante de la enfermedad profesional.

Para la correcta implementación de la readecuación o del cambio de puesto de trabajo, en el campo "indicaciones" se deberá precisar cuál es el factor o agente de riesgo presente en el puesto de trabajo, que causa la enfermedad profesional.

El organismo administrador y la empresa con administración delegada deberá asignar al profesional o área que estime adecuados, la responsabilidad de coordinar el efectivo reintegro laboral del trabajador, de informar sobre dicho proceso al trabajador y a la entidad empleadora, de coordinar su ejecución de acuerdo con la normativa vigente y de verificar el cumplimiento de las medidas correctivas prescritas.

El organismo administrador deberá entregar la asistencia técnica necesaria para que las entidades empleadoras verifiquen que existan condiciones adecuadas y seguras para los trabajadores que se reintegran al trabajo, incluyendo los ajustes razonables del puesto de trabajo que correspondan.

Adicionalmente, el organismo administrador deberá prescribir a la entidad empleadora las medidas correctivas específicas dirigidas a controlar el riesgo del agente que dio origen a la enfermedad profesional, de acuerdo a lo instruido en el Capítulo I, Letra G. Prescripción de medidas de control, del Título II, del Libro IV. Prestaciones Preventivas.

El organismo administrador deberá prescribir las medidas dentro del plazo máximo de 15 días hábiles contado desde la fecha de la calificación. Conjuntamente, deberá fijar a la entidad empleadora un plazo para el cumplimiento de las medidas prescritas, el que no podrá ser superior a 90 días corridos.

Excepcionalmente, el organismo administrador podrá fijar un plazo mayor, cuando por razones justificadas el empleador no pueda implementar las medidas dentro del plazo máximo de 90 días. Las razones que justifican ese mayor plazo, deberán ser precisadas en el informe de la prescripción de medidas y registradas en el campo "Descripción de la Medida Prescrita" del documento electrónico del Anexo N°13 "Prescripción de medidas", de la Letra H. Anexos, del Título I, del Libro IX. Sistemas de información. Informes y Reportes.

Dentro de los 10 días hábiles siguientes al vencimiento del plazo fijado para la implementación de las medidas, el organismo administrador deberá verificar que la entidad empleadora les haya dado cumplimiento.

En caso que el organismo administrador haya prescrito a la entidad empleadora más de una medida correctiva, con plazos de implementación distintos, el plazo establecido en el párrafo anterior, se contará desde el vencimiento del plazo mayor.

Si el empleador no ha implementado las medidas prescritas, el organismo administrador deberá aplicar el recargo establecido en el artículo 16 de la Ley N°16.744, en relación con el artículo 15 del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en la oportunidad y bajo las condiciones que establece el número 8 del Capítulo I, Letra G, Título II, del Libro IV e informar la situación de riesgo para la salud de los trabajadores a la Inspección del Trabajo y/o a la SEREMI de Salud que corresponda. Para dicho efecto, deberá utilizar el formulario contenido en el Anexo N°11 "Informa incumplimiento de medidas prescritas", de la Letra H. Anexos del presente Título III.

La circunstancia de encontrarse pendiente de resolución una reclamación interpuesta por la entidad empleadora para revertir la calificación de una enfermedad como de origen profesional, no lo exonerará de la obligación de implementar en tiempo y forma las medidas que su organismo administrador le hubiere prescrito y los protocolos de vigilancia que sean aplicables.

Los organismos administradores deberán informar a la Superintendencia de Seguridad Social las medidas prescritas, el resultado de la verificación de su cumplimiento, y cuando proceda, la notificación a la autoridad y el recargo de la tasa de cotización adicional, mediante la remisión de los documentos electrónicos del Anexo N°13 "Prescripción de medidas", Anexo N°14 "Verificación de medidas", Anexo N°15 "Notificación a la autoridad" y Anexo N°56 "Recargo de la tasa de cotización adicional", de acuerdo a lo instruido en el Capítulo VIII. Prescripción de Medidas, Verificación de Medidas y Notificación a la Autoridad para los casos de enfermedades profesionales (RECA tipo 3 y 5), de la Letra B, del Título I, del Libro IX. Sistemas de información. Informes y reportes.

9. Incorporación a programas de vigilancia epidemiológica

Siempre que se diagnostique a un trabajador una enfermedad profesional, el organismo administrador o administrador delegado deberá incorporar a la entidad empleadora o centro de trabajo, según corresponda, a sus programas de vigilancia epidemiológica. En caso que la calificación de la enfermedad sea efectuada por un organismo administrador distinto de aquél en que se encuentra adherida la última entidad empleadora donde el trabajador estuvo expuesto al agente de riesgo, el organismo administrador de esa entidad empleadora deberá evaluar la existencia de trabajadores expuestos al riesgo de la enfermedad y, en caso afirmativo, incorporarlos a sus programas de vigilancia epidemiológica. Asimismo, deberá enviar un documento electrónico 51 de identificación de peligro origen 2, al módulo de evaluación y vigilancia ambiental y de la salud de los trabajadores (EVAST) del Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT).

Se deberá brindar especial atención a los trabajadores que forman parte del grupo de exposición similar - sea éste por el nivel de riesgo al que están expuestos, las tareas que desempeñan o la unidad organizacional a la que pertenecen-, con la finalidad de realizar la pesquisa activa de casos.

Para dicho efecto, se deberán aplicar los protocolos de programas de vigilancia establecidos por el Ministerio de Salud para el o los agentes de que se trate.

En caso de no existir un protocolo establecido, el organismo administrador o administrador delegado deberá elaborar un programa de vigilancia para el agente en cuestión y remitir, para conocimiento de la Superintendencia de Seguridad Social, su protocolo interno, dentro de un plazo no superior a 90 días corridos, contado desde la calificación de la enfermedad.

El organismo administrador o administrador delegado deberá informar a la Superintendencia de Seguridad Social toda modificación a sus protocolos internos, en un plazo no superior a 45 días corridos, de acuerdo con las instrucciones del Capítulo XI, Letra F, Título II del Libro IV.

Si el trabajador al que se diagnostica una enfermedad profesional es un trabajador independiente que presta servicios en una entidad contratante, se deberá proceder conforme a lo instruido en el número 1, del Capítulo III, Letra F, Título II, Libro IV.

10. Auditoría del proceso de calificación

Será responsabilidad del directorio de cada mutualidad y del Director Nacional del Instituto de Seguridad Laboral, la realización de una auditoría interna anual al proceso de calificación de las enfermedades profesionales, respecto de los casos ingresados con DIEP durante el año calendario respectivo. En dicha auditoría se deberá verificar el cumplimiento de las instrucciones contenidas en el Título III. Calificación de enfermedades profesionales, del Libro III. Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes.

Esta auditoría deberá ser incorporada al Plan Anual de Auditoría a partir del año 2020, de cada organismo administrador y su informe deberá ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social, conforme a lo instruido en la Letra F. Plan anual de auditorías, del Título II, del Libro VII. Aspectos Operacionales y Administrativos.

11. Prescripción de medidas al trabajador independiente

Cuando la enfermedad diagnosticada al trabajador independiente sea calificada como de origen laboral, el organismo administrador deberá prescribir las medidas correctivas específicas dirigidas a controlar el riesgo del agente que dio origen a la enfermedad profesional.

En estos casos, el organismo administrador no tendrá la obligación de efectuar la verificación indicada en el penúltimo párrafo del número 8 anterior.

B. Protocolo de patologías musculoesqueléticas

CAPÍTULO I. Aspectos Generales

Conforme a lo establecido en el Decreto Supremo N°109, de 1968, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, se consideran como enfermedad profesional, las lesiones de los órganos del movimiento, incluyendo trastornos de la circulación y sensibilidad, así como lesiones del sistema nervioso periférico, causadas de manera directa por agentes de riesgo específicos tales como, movimiento, vibración, fricción y compresión continuos, a los que se ve expuesto el trabajador en el desempeño de su quehacer laboral. Dicho decreto establece además que estas enfermedades pueden causar incapacidad temporal o incapacidad permanente.

1. Definiciones operacionales

a) Patología msculoesquelética como consecuencia de exposición a agentes de riesgo

Corresponde a una alteración de las unidades músculo-tendinosas, de los nervios periféricos o del sistema vascular, generada directamente por la exposición a un riesgo específico que exista o haya existido en el lugar de trabajo. Independientemente de la presencia de patologías preexistentes, dicha alteración podrá ser considerada como una enfermedad profesional.

Dicha alteración también podrá ser considerada como enfermedad profesional, si el trabajador tiene una historia ocupacional que demuestra exposición previa suficiente, aun cuando en la entidad empleadora en la que actualmente se desempeña, no se encuentre expuesto.

b) Patología músculo esquelética producto de un accidente del trabajo

Corresponde a la sintomatología o afección músculo esquelética aguda secundaria a un evento puntual de sobrecarga biomecánica en el trabajo.

2. Patologías a las que aplica este protocolo

Este protocolo regula la calificación de las patologías musculoesqueléticas que comprometan los siguientes segmentos:

Segmento	Glosa de diagnóstico	Código CIE-10
Dedos	Dedo en Gatillo	M65.3
Muñeca	Tendinitis de extensores de muñeca y dedos Tendinitis de flexores de muñeca y dedos	M65.8
	Tendinitis de DeQuervain	M65.4
	Síndrome Túnel Carpiano	G56.0
Codo	Epitrocleitis	M77.0
	Epicondilitis	M77.1
Hombro	Tendinopatía de manguito rotador (MR)	M75.1
	Tendinitis bicipital (TB)	M75.2
	Bursitis Subacromial	M75.5
Columna Cervical	Síndrome de Tensión Cervical	M54.2

La glosa de cada diagnóstico será la indicada en el cuadro anterior, independiente de la glosa exacta que señala CIE-10. Esto en particular para los códigos M65.8, M75.1, M75.5 y M54.2. Si se trata de otros diagnósticos, debe usarse el código CIE-10 que corresponda.

En el documento RECA debe consignarse la glosa de cada código CIE-10, según se señala en el cuadro anterior.

En caso de diagnosticarse alguna de las enfermedades señaladas en la tabla precedente, éstas deberán ser consignadas como diagnóstico principal, al menos con las glosas descritas, sin perjuicio de complementarse con especificaciones o diagnósticos secundarios. Para fines de análisis, los organismos administradores deberán ser rigurosos en el establecimiento de estos diagnósticos y su posterior codificación.

CAPÍTULO II. Normas especiales del proceso de calificación de las patologías musculoesqueléticas

1. Evaluación médica por sospecha de patología musculoesquelética de origen laboral

Esta evaluación deberá ser realizada por un médico que, además de la capacitación exigida en el número 2, Capítulo IV, Letra A, de este Título III, deberá contar con un curso de 40 horas sobre trastornos músculo esqueléticos -incluidos los descritos en el número 2, Capítulo I, de esta Letra B que, entre otras materias, contemple diagnósticos diferenciales, evaluación de origen y generalidades de su tratamiento.

El registro de la evaluación médica deberá contener los elementos mínimos establecidos en el Anexo N°12 "Ficha de evaluación clínica de patología musculoesquelética", de la Letra H, Título III, Libro III, entre ellos, la anamnesis próxima, remota y laboral, así como el examen físico general y segmentario. El envío al SISESAT de la información contenida en la evaluación médica por sospecha de patología musculoesquelética de origen laboral, deberá realizarse a través del documento electrónico definido en el Anexo N°45 "Documento electrónico de evaluación médica inicial en enfermedad musculoesquelética" de la Letra H, del Título I del Libro IX.

El equipo evaluador deberá solicitar los antecedentes de la vigilancia de la salud, si corresponde, según lo definido en el Protocolo de Vigilancia Ocupacional por Exposición a Factores de Riesgo de Trastornos Musculoesqueléticos (TMERT) del Ministerio de Salud y solicitar a la entidad empleadora los antecedentes de la vigilancia de los factores de riesgos de

TMERT, identificados mediante su aplicación.

Si la entidad empleadora no ha realizado la identificación de los riesgos de TMERT, el organismo administrador le instruirá realizarla en los plazos que para tal efecto le fije. Asimismo, deberá prescribirle, cuando corresponda, la aplicación de la Guía Técnica para la Evaluación y Control de los Riesgos Asociados al Manejo o Manipulación Manual de Carga, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Aún cuando se encuentre pendiente el cumplimiento de esta instrucción, el proceso de calificación deberá continuar y concluir dentro del plazo establecido en el número 1, Capítulo I, Letra A, de este Título III.

2. Exámenes obligatorios y/o complementarios para el estudio de patología musculoesquelética

Para un adecuado estudio se deberá disponer de exámenes obligatorios y/o complementarios, cuyo propósito es determinar la presencia de elementos objetivos que respalden la hipótesis diagnóstica.

Los exámenes obligatorios a realizar en caso de enfermedades musculoesqueléticas de extremidad superior, según el tipo de dolencia o segmento corporal comprometido, se establecen en el Anexo N°13" Exámenes obligatorios para el estudio de patologías musculoesqueléticas", de la Letra H.Anexos, Título III del Libro III.

La calificación del origen de la enfermedad podrá ser realizada por el médico de urgencia, por el médico del trabajo, o por el Comité de Calificación, según las situaciones que se precisan en el Capítulo II, Letra A, de este Título III.

De esta forma, si se evidencia la ausencia de riesgo, mediante la aplicación del Protocolo de Vigilancia Ocupacional por Exposición a Factores de Riesgo de Trastornos Musculoesqueléticos (TMERT), el médico del trabajo podrá aplicar el proceso de calificación abreviada, de acuerdo con lo establecido en la letra b), del número 3, Capítulo IV, Letra A, Título III del Libro III.

En el caso de enfermedades de columna cervical, ante la sospecha clínica de un cuadro distinto del síndrome de tensión cervical, el médico evaluador deberá derivar el caso a un especialista (traumatólogo o fisiatra), quien, según criterio médico, decidirá realizar los estudios complementarios que sean pertinentes, con el fin de confirmar o descartar algún diagnóstico diferencial. Si dicho diagnóstico corresponde a una enfermedad evidentemente común, podrá calificar el caso y derivarlo a su previsión de salud, en caso contrario, deberá continuar el proceso de calificación del origen.

Los principales hallazgos y conclusión de los exámenes deberán documentarse en el Anexo N°12" Ficha de evaluación clínica de patología musculoesquelética", de la Letra H.Anexos, Título III del Libro III.

3. Evaluaciones de condiciones de trabajo propias de patologías musculoesqueléticas

El organismo administrador deberá realizar un estudio de puesto de trabajo de patología musculoesquelética, de acuerdo con lo establecido en el Anexo N°14: "Instructivo y formatos de estudio de puesto de trabajo por sospecha de patología músculo-esquelética", en la Letra H. Anexos, Título III del Libro III, debiéndo utilizarse uno o más de ellos, según la sospecha clínica o segmento corporal comprometido.

La información contenida en el estudio de puesto de trabajo de patología musculoesquelética deberá ser enviado al SISESAT, según el formato contenido en el Anexo N°47: "Documento electrónico de evaluación de Puesto de Trabajo en Enfermedad Musculoesquelética", en la Letra H. Anexos, Título I del Libro IX, de acuerdo con las instrucciones señaladas en el Capítulo XII. Documento electrónico de evaluación de puesto de trabajo, Letra B, Título I del Libro IX. En el caso que exista más de un segmento afectado, se deberán enviar en documentos electrónicos distintos.

El estudio del puesto de trabajo deberá ser realizado por un kinesiólogo o terapeuta ocupacional. También podrá efectuarlo otro profesional con, a lo menos, 3 años de experiencia en EPT para enfermedades musculoesqueléticas. Todos ellos deberán ser capacitados en el uso específico de estos formatos. Se considerará capacitado en el uso específico del EPT, quienes hayan aprobado un curso de 32 o más horas, de las cuales, al menos 16 horas, deben corresponder a la aplicación supervisada de este instrumento. La capacitación deberá ser actualizada cada 3 años.

El organismo administrador o administrador delegado deberá informar a la persona trabajadora afectada la fecha y hora de realización del EPT, para que esté presente, debiendo mantener registro de la entrega de esta información.

Si por razones de fuerza mayor o negativa expresa de la persona trabajadora, no acude para realizar el EPT, el organismo administrador o administrador delegado deberá dejar registro de esto, junto con las razones de la inasistencia.

Los organismos administradores deberán diseñar, en forma conjunta, un curso de capacitación online para el uso de los EPT, con un componente tutorial, el que deben poner a disposición de los profesionales encargados de efectuar los EPT. Este curso servirá de material de consulta para dichos profesionales y podrá reemplazar la parte teórica de la

capacitación señalada en el párrafo anterior.

Para la aplicación de los EPT en trabajadores cargadores de residuos domiciliarios, en trabajadores cargadores y repartidores de bebidas de fantasía, en trabajadores portuarios y en personas trabajadoras manipuladoras de alimentos del Programa de Alimentación Escolar y Prescolar, además de lo indicado en el primer párrafo de este número 3, se deberá considerar lo señalado en las guías contenidas en el Anexo N°29: "Guía para la aplicación del Estudio de Puesto de Trabajo (EPT) en trabajadores recolectores de residuos domiciliarios con Patologías Musculoesqueléticas de Extremidad Superior" , Anexo N°30: "Guía para la Aplicación del Estudio de Puesto de Trabajo (EPT) en cargadores y repartidores de bebidas de fantasía y afines con patologías Musculoesquelética de Extremidad Superior", en el Anexo N°35: "Guía para la Aplicación del Estudio de Puesto de Trabajo (EPT) en Trabajadores de Puertos con Enfermedades Musculoesqueléticas", y en el Anexo N°39: "Guía para la Aplicación del Estudio de Puesto de Trabajo para Enfermedades Musculoesqueléticas (EPT-ME) en Personas Manipuladoras de Alimentos del Programa de Alimentación Escolar (PAE) y Parvularia (PAP)", respectivamente, todas de la Letra H. Anexos, Título III del Libro III. Por lo señalado, los organismos administradores deberán instruir a los profesionales que realizan estos Estudios de Puesto de Trabajo (EPT), que en la evaluación tomen como base estas guías.

4. Comité de calificación de patología musculoesquelética

El Comité de calificación de patología musculoesquelética deberá estar conformado por tres o más profesionales, dos de ellos médicos, el primero médico del trabajo y el segundo, fisiatra, traumatólogo u otro médico del trabajo. Se recomienda también la participación de terapeutas ocupacionales, kinesiólogos u otros profesionales con formación en ergonomía.

Se entenderá por profesional con formación en ergonomía, al que cuente con un magister y/o diplomado en esta disciplina.

Asimismo, los integrantes deberán contar con el curso a que se refiere el número 2, Capítulo IV, Letra A, de este Título III.

Para calificar el origen de una patología musculoesquelética, el Comité deberá contar con todos los antecedentes, esto es, los correspondientes a la evaluación clínica; los exámenes obligatorios y/o complementarios, según la sospecha diagnóstica o segmento corporal comprometido, las evaluaciones de las condiciones de trabajo (EPT e historia ocupacional), y los antecedentes de la vigilancia epidemiológica definida en el Protocolo de Vigilancia Ocupacional por Exposición a Factores de Riesgo de Trastornos Musculoesqueléticos (TMERT), y la aplicación de la Guía Técnica de Manejo Manual de Carga del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, cuando corresponda.

Para la calificación de las enfermedades musculoesqueléticas se requiere de un diagnóstico claro a evaluar, habiéndose descartando diagnósticos diferenciales de origen indubitablemente común. Por su parte, el Comité de Calificación podrá ponderar situaciones en que factores de riesgo extra laborales y condiciones del individuo tienen una relevancia significativa en la calificación. Asimismo, el Comité deberá evaluar la completitud y calidad del EPT, y si detecta errores deberá solicitar al área encargada de su elaboración que se realicen las correcciones que correspondan.

En las patologías de dedos, muñeca, codo y hombro señaladas en la tabla del número 2, Capítulo I de esta Letra B, el Comité deberá calificar el origen aplicando los criterios en el Anexo N°36 "Criterios de Calificación de Enfermedades Musculoesqueléticas de Extremidad Superior", de la Letra H, Título II del Libro III.

El Comité de calificación deberá registrar, además, el resultado de RMac o RMic, según corresponda, en el campo "Fundamento de la calificación" del informe sobre los fundamentos de la calificación de la enfermedad.

En los casos que exista exposición al riesgo en el puesto de trabajo en estudio, pero la antigüedad en éste es insuficiente para explicar el origen laboral de la enfermedad, se deberá revisar la historia laboral de la ficha clínica. Si la información en la historia laboral es insuficiente o incompleta, un médico del trabajo deberá realizar una entrevista semiestructurada al trabajador(a), con el fin de establecer, por juicio de experto, si ha existido exposición al riesgo en un puesto de trabajo previo(s), para la patología en estudio.

Si luego de calificar un caso de Síndrome de Tensión Cervical como enfermedad profesional, la evolución clínica resulta tórpida y/o prolongada, se podrán realizar estudios complementarios como radiografías u otros, con el fin de hacer un diagnóstico diferencial. Si se confirma la concomitancia de un Síndrome de Tensión Cervical con otra patología de origen común, el médico del trabajo deberá ponderar si el tratamiento para la enfermedad profesional es suficiente y proceder según corresponda.

5. Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de condiciones de trabajo

El organismo administrador deberá prescribir a la entidad empleadora las medidas correctivas para controlar el riesgo del agente que dio origen a la enfermedad profesional, conforme a los plazos y demás instrucciones contenidas en el número 8, Capítulo IV, Letra A, Título II, del Libro III. Estas medidas deberán ser definidas previa consulta con los representantes de las entidades empleadoras y de las personas trabajadoras, incluidos entre otros y, según corresponda, las personas trabajadoras que se desempeñan en el puesto de trabajo involucrado, el Delegado de Seguridad y Salud en el Trabajo, los representantes de los trabajadores en el Comité Paritario y los dirigentes sindicales.

Se deberán priorizar medidas ingenieriles y administrativas relativas a la organización del trabajo, pudiendo ser complementadas con medidas administrativas de otro orden.

Cuando el trabajador sea reubicado transitoria o definitivamente en otro puesto de trabajo, el organismo administrador deberá verificar que éste se evalúe de acuerdo a los procesos de identificación y evaluación previstos en el Protocolo de Vigilancia Ocupacional por Exposición a Factores de Riesgo de Trastornos Musculoesqueléticos (TMERT), con la finalidad de determinar la ausencia de riesgos.

Asimismo, la empresa con administración delegada deberá efectuar la evaluación señalada en el párrafo precedente.

6. Incorporación a programas de vigilancia epidemiológica

Todo trabajador diagnosticado con una enfermedad profesional por patología musculoesquelética, deberá ser considerado un "caso centinela" para los fines del Protocolo de Vigilancia Ocupacional por Exposición a Factores de Riesgo de Trastornos Musculoesqueléticos (TMERT).

C. Protocolo de enfermedades mentales

CAPÍTULO I. Aspectos Generales

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, y las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo que, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.

Cuando la influencia de estos factores psicosociales es negativa, pueden generar el desarrollo de una enfermedad mental e incluso somática, constituyendo factores de riesgo psicosocial.

Para la correcta determinación del origen, común o laboral, de una patología mental, el proceso de calificación requiere la evaluación, con distintos métodos, de la presencia de condiciones laborales específicas y la determinación de una correlación de temporalidad, frecuencia e intensidad de dicha exposición con el diagnóstico establecido, para validar o refutar una hipótesis causal coherente entre la patología y la exposición a riesgos observada.

Los trastornos mentales provocados por el trabajo tienen su origen, en la gran mayoría de los casos, en conductas de hostigamiento, laboral y sexual, violencia y conflictos en el trabajo de diversa naturaleza, así como en exigencias desmedidas de carga laboral sobre las personas trabajadoras. Estas condiciones pueden ser parte del entorno laboral, así como también los factores de riesgo psicosocial. Por su parte, la violencia y el acoso afectan desproporcionadamente a las mujeres, sobre todo aquellas que trabajan en ocupaciones con escasa calificación, pero también afectan a hombres que no se comportan según las expectativas sociales de masculinidad. Cabe señalar que, las personas que han sido discriminadas por motivos de género, tienen más probabilidad de experimentar acoso y violencia en el trabajo, que aquellas que no afrontaron esa discriminación, según los resultados de la encuesta "Experiencias de violencia y acoso en el trabajo: Primera encuesta mundial" de la OIT. Además, en algunas entidades empleadoras la maternidad puede llevar a acciones de discriminación y asociarse a malos tratos y hostigamiento. Al respecto, en toda situación de embarazo o gestación, se debe respetar la normativa sobre la protección de la maternidad, en aspectos de carga física y psíquica, turnos, exposiciones a condiciones adversas, durante la gestación y al momento del reintegro post natal, con especial cuidado del buen trato y la no discriminación.

Dados estos antecedentes, se hace necesario normar los criterios que deben adoptarse cuando se analizan los antecedentes para calificar el origen de los trastornos mentales. Las relaciones laborales, cuando son disfuncionales, son capaces de alterar, a veces gravemente, el bienestar de las personas trabajadoras y están marcadas por asimetrías de poder que son intrínsecas al trabajo, pero también por las asimetrías de poder y los estereotipos de género. La perspectiva de género aplicada durante la calificación de origen de una afección mental, busca en lo inmediato otorgar equidad de género en el abordaje de la calificación, debiendo las relaciones laborales basarse en una genuina igualdad de género.

1. Definiciones operacionales

a) Patología mental causada por factores de riesgo psicosocial laboral

   Se calificará como enfermedad profesional, la enfermedad mental producida directamente por los factores de riesgo psicosocial presentes en el ambiente de trabajo, en los cuales la exposición laboral es causa necesaria y suficiente, independiente de factores de personalidad, biográficos o familiares personales del trabajador.

b) Patología mental producto de un accidente del trabajo

   Corresponde a toda patología mental que tiene relación de causalidad directa con un accidente del trabajo o de

trayecto.

2. Patologías a las que aplica este protocolo

Este protocolo regula la calificación de las siguientes patologías mentales:

Glosa del diagnóstico	Código CIE-10
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	F41.2, F41.3
Trastornos de ansiedad	F 41.9
Trastornos de adaptación	F43.2
Reacciones al estrés	F43.0, F43.8, F43.9
Trastorno de estrés postraumático	F43.1
Episodio depresivo	F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9
Trastorno de somatización	F45.0, F45.1, F45.4

El diagnóstico de una enfermedad mental debe ser preciso y cumplir con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE -10), lo que será válido tanto para las patologías consideradas como de origen laboral, como para aquellas de origen común. En caso de diagnosticar alguna de las enfermedades señaladas en la tabla precedente, éstas deberán ser consignadas como diagnóstico principal, al menos con las glosas descritas, sin perjuicio de complementarse con especificaciones o diagnósticos secundarios.

CAPÍTULO II. Normas especiales del proceso de calificación

1. Evaluación clínica por sospecha de enfermedad mental de origen laboral

La evaluación clínica para las enfermedades mentales deberá comprender, obligatoriamente, la realización de evaluaciones médicas y psicológicas. Cada una de estas evaluaciones tiene por objetivo evaluar de manera integral a la persona que consulta, a qué factores de riesgos de tensión psíquica del ambiente laboral y/o no laboral pudo estar expuesta, cuáles son las características de la sintomatología que presenta y si existieron gestiones del trabajador o del empleador para mitigar y/o detener la exposición a dicho riesgo.

Ambas evaluaciones podrán realizarse en forma conjunta, con el objetivo de mejorar la eficiencia del proceso de evaluación clínica en beneficio del paciente.

La utilización de pruebas psicodiagnósticas es optativa y su uso dependerá de la sospecha diagnóstica que guíe la evaluación:

a) Evaluación médica

Esta evaluación deberá ser realizada por un médico que, además de la capacitación exigida en el número 2, Capítulo IV, Letra A, de este Título III, deberá haber aprobado un curso de 40 horas, sobre patologías mentales - incluidas las descritas en el número 2. Patologías a las que aplica este protocolo, del Capítulo I. Aspectos generales, de esta Letra C. Protocolo de enfermedades mentales - que, entre otras materias, considere diagnósticos diferenciales, evaluación de origen y generalidades de su tratamiento. El o la profesional deberá, además, haber realizado y aprobado la capacitación sobre perspectiva de género señalada en el número 3. Comité de calificación para enfermedad mental, de este Capítulo II.

Esta evaluación podrá ser presencial o realizada a distancia de manera telemática de forma sincrónica.

Se deberá tener especialmente en consideración que, la consulta del paciente puede obedecer a síntomas de carácter psíquico, como desánimo, angustia o desconcentración y también de carácter fisiológico, como trastornos del sueño, de la función digestiva o dolores inexplicables.

Los elementos mínimos que deberá contener la evaluación por sospecha de patología mental laboral, corresponden a los establecidos en el Anexo N°15: "Ficha de evaluación clínica por sospecha de patología mental laboral" de la Letra H, Título III del presente Libro III, en la que se deberá especificar por parte de los organismos administradores los antecedentes biográficos y la historia laboral. La historia laboral en el ámbito de la salud mental aporta al evaluador información sobre la capacidad de adaptación a las demandas cualitativas y cuantitativas específicas de distintos tipos y condiciones de trabajo en el tiempo de la vida laboral, así como sus intereses, aspiraciones y competencias. El "motivo de consulta" deberá ser descrito por el o la profesional médico utilizando algunas frases textuales emitidas por la persona trabajadora que se evalúa, poniendo luego especial cuidado en la descripción del o los agentes causales que ésta declare, dado que será una valiosa información para el resto del proceso de calificación. Para obtener y registrar la totalidad de la información que requiere la ficha médica, el profesional

médico deberá contar con el tiempo suficiente que asegure la calidad de la prestación otorgada al trabajador, lo que implica asignar a la evaluación el tiempo que sea necesario para establecer una relación médico paciente generadora de confianza e interés legítimo en el motivo de consulta, permitiendo cumplir tanto con los objetivos de la evaluación, como además la de acoger la necesidad emocional del paciente (componente terapéutico propio del acto médico). El profesional médico deberá registrar en la ficha médica la hora de inicio y de término de la entrevista. Además, se deberá contemplar un período de tiempo, distinto y adicional a la entrevista de evaluación del paciente, para el registro de la información de la evaluación médica.

El envío al SISESAT de la información contenida en la evaluación clínica por sospecha de patología mental de origen laboral, deberá realizarse a través del documento electrónico definido en el Anexo N°46: "Documento electrónico de evaluación médica inicial en enfermedad mental", de la Letra H, del Título I del Libro IX. El profesional médico informará al consultante, al inicio de su evaluación, en qué consiste el procedimiento de calificación del origen de la enfermedad, individualizando cada una de sus etapas, salvo que la condición clínica del paciente le impida percibir correctamente dicha información, caso en el cual se le deberá hacer entrega por escrito de un informativo en lenguaje claro, sobre el procedimiento de calificación.

Asimismo, antes del término de la sesión, el profesional le solicitará al trabajador, el nombre de dos o más declarantes que puedan ser entrevistados en la evaluación de puesto de trabajo, de cuya identificación, funciones, cargos y datos de contacto se dejará constancia. En caso que el trabajador no cuente con esta información en ese momento, se le indicará que podrá entregarla en la evaluación psicológica- cuando ésta se realice-, o bien, al respectivo epeteista.

Las indicaciones que entregará el profesional médico al final de su evaluación serán: La realización del estudio de puesto de trabajo para patología mental; reporte de las condiciones generales de trabajo y empleo; y además, la derivación para evaluación psicológica. Asimismo, dentro de las indicaciones clínicas deberá considerarse como recursos, la orientación y apoyo psicoterapéutico, la terapia farmacológica y el reposo laboral, de acuerdo a la sintomatología y capacidad funcional del paciente.

Los profesionales evaluadores deberán recepcionar todos los medios de verificación que se les presenten por parte de los trabajadores/as. Los trabajadores/as tienen el derecho de presentar estos antecedentes tanto en la evaluación médica como en la evaluación psicológica. Aquellos antecedentes que sean de carácter clínico se deberán registrar en la ficha médica del paciente y los que no tengan dicho carácter, deberán quedar almacenados en los medios de registro que los organismos administradores tengan habilitados para estos efectos.

b) Evaluación psicológica

Esta evaluación deberá ser realizada por un psicólogo clínico que además de contar con una experiencia en atención clínica no inferior a un año, deberá haber aprobado el curso sobre patologías mentales y perspectiva de género, a que se refiere la letra a) precedente.

Esta evaluación podrá ser realizada a distancia de manera telemática de forma sincrónica o presencialmente, previa verificación por parte del organismo administrador, de la disponibilidad y condiciones que sean más convenientes para la interconectividad del trabajador.

El objetivo de la evaluación psicológica es explorar diversos aspectos de la dinámica cognitiva, afectiva y conductual, así como elementos ambientales del lugar de trabajo de la persona trabajadora que se está evaluando. En particular, se deberán registrar las conductas de acoso laboral, sexual y violencia en el trabajo, definidas por la Ley N°21.643 (Ley Karin), y que la persona trabajadora afectada considere como probables agentes causales, así como otros factores psicosociales que pudieran también considerarse agentes causales, tales como la sobrecarga de trabajo. El registro deberá ser hecho con el detalle suficiente y utilizando frases textuales emitidas por la persona que está siendo evaluada, de modo de permitir a los profesionales evaluadores que, cuando deban analizar el caso y emitir un pronunciamiento sobre el origen de la patología, tengan elementos suficientes para tomar decisiones informadas. La o el profesional psicólogo deberá considerar y registrar el estado emocional de la persona evaluada y luego relacionar estos elementos con los posibles agentes causales, con rasgos de personalidad que se detecten en la entrevista y con otros elementos ajenos a la relación y organización laborales. Finalmente, el profesional psicólogo deberá desarrollar una hipótesis causal que dé cuenta de manera razonable de todos los elementos evaluados, incluyendo la sintomatología psíquica, y pronunciarse por la probable existencia de agentes causales o factores de riesgo en el trabajo que pudieran dar cuenta de la sintomatología mental. Todos estos elementos deberán seguir el modelo establecido en el Anexo N°16: "Ficha de evaluación clínica por sospecha de patología mental laboral" de la Letra H, Título III del presente Libro III.

La evaluación psicológica deberá contener la formulación de una hipótesis que unifique los antecedentes recopilados, pronunciándose expresamente sobre la plausibilidad a la exposición a factores de riesgos psicosociales en el trabajo. En el citado análisis se deberá dar énfasis a aquellos elementos del ambiente laboral articulados con las características de la personalidad del paciente.

La evaluación psicológica puede incluir pruebas psicodiagnósticas específicas (proyectivas y/o psicométricas), cuyos resultados deben presentarse de acuerdo a lo establecido en los protocolos correspondientes.

En la respectiva evaluación psicológica, el profesional a cargo deberá verificar la existencia de la información

necesaria para la evaluación de puesto de trabajo, tales como declarantes, identificación de los riesgos que pudo estar expuestos el trabajador y, los medios de verificación disponibles. En caso de que no hubiesen sido acompañados con anterioridad, el profesional a cargo, deberá recopilarlos y registrarlo en la respectiva ficha.

2. Evaluaciones de condiciones de trabajo

La evaluación de las condiciones de trabajo por sospecha de patología mental de origen laboral es un procedimiento que consta de los dos componentes, que se señalan en las siguientes letras a) y b).

Las dimensiones de riesgo a ser evaluadas en el estudio de puesto de trabajo, habitualmente corresponden a un problema de carga laboral indicativa de disfunción en la organización y gestión del trabajo, y/o a la existencia de trato indebido en las relaciones laborales, siendo frecuente que exista una combinación de ambas, debiendo explorarse siempre la totalidad de factores de riesgos denunciados.

La evaluación de las condiciones de trabajo comprenden:

a) Información de condiciones generales de trabajo y empleo

La información de condiciones generales de trabajo y empleo deberá ser solicitada a la entidad empleadora en la que el trabajador prestó servicios, cuando surgieron los síntomas u ocurrieron los hechos que pudieron dar origen a la sintomatología. En caso de ser un trabajador independiente, deberá ser solicitada directamente a éste.

La información deberá contener los elementos establecidos en la letra A del Anexo N°17: "Instructivo para evaluación de puesto de trabajo por sospecha de patología mental laboral", de la Letra H, Título III del Libro III.

La referida información podrá ser complementada por el trabajador y en caso de existir discordancia entre la información aportada por la entidad empleadora y el trabajador, se deberá requerir antecedentes adicionales para establecer fundadamente cuál será considerada como válida, para fines de la calificación.

Cuando la consulta incluye sobrecarga de trabajo, se debe contar con información que permita cuantificar horas extraordinarias, turnos extraordinarios, licencias médicas y vacaciones que no son reemplazadas en el equipo de trabajo, tanto como si existen vacaciones pendientes. Asímismo, información de cambios, aumento o disminución de funciones.

Cuando el motivo de consulta se refiere a relaciones laborales hostiles, acoso laboral o sexual, se debe consultar en forma explícita por la existencia de una denuncia formal de esas conductas. De igual manera, si se trata de violencia originada por terceros, tales como usuarios de toda naturaleza, delincuencia o turbas.

Los organismos administradores deberán solicitar a la entidad empleadora el informe de los resultados de la evaluación de los factores de riesgo psicosocial con las medidas de mitigación o corrección que se hayan implementado en caso de corresponder, sin perjuicio de las del cuestionario CEAL-SM/SUSESO. En todos los casos, se exigirá a la entidad empleadora aportar una copia del Protocolo de Prevención del acoso sexual, laboral y violencia en el trabajo que establece la Ley N°21.643 (Ley Karin). Estos documentos serán parte de los antecedentes que deberá evaluar el comité de calificación.

En caso que el empleador carezca de alguno de los documentos señalados, el organismo administrador deberá prescribir que el centro de trabajo o la entidad empleadora según sea el caso, elabore el Protocolo de Prevención del acoso sexual, laboral y violencia en el trabajo, y realice la evaluación de los factores de riesgo psicosocial con los instrumentos pertinentes, debiendo aplicar el Protocolo de Vigilancia de los Riesgos Psicosociales en el Trabajo, del Ministerio de Salud, y otorgando en ambos casos la asistencia técnica que se establece en el número 14, Letra D, Título II, Libro IV. La carencia de alguno de los documentos señalados no será obstáculo para realizar la evaluación de las condiciones de trabajo.

b) Estudio de puesto de trabajo para patología mental (EPT-PM)

El organismo administrador deberá realizar un estudio de puesto de trabajo de patologías mentales, conforme a lo establecido en el Anexo N°17: "Instructivo para evaluación de puesto de trabajo por sospecha de patología mental laboral", de la Letra H,Título III del Libro III. La información de dicho estudio deberá ser enviada a la Superintendencia de Seguridad Social, mediante el documento electrónico del Anexo N°48: "Documento electrónico de evaluación de puesto de trabajo en enfermedad de salud mental", contenido en la Letra H, Título I del Libro IX, de acuerdo con las instrucciones señaladas en el Capítulo XI. Documento electrónico de evaluación de puesto de trabajo, Letra B, Título I del Libro IX.

El EPT-PM es un proceso de recopilación y análisis de elementos tanto de la organización y gestión del trabajo, como de las relaciones personales involucradas en éste, que permite verificar o descartar la presencia de factores de riesgo psicosocial asociados al puesto de trabajo.

Estos factores de riesgo pueden tener diversos grados de intensidad, frecuencia, tiempo de exposición, situaciones o áreas, que deberán ser exploradas en el EPT-PM.

Las áreas a explorar están consignadas en la letra C. Exploración del referido Anexo N°17 "Instructivo para evaluación de puesto de trabajo por sospecha de patología de salud mental laboral", de la Letra H,Título III del Libro III.

El EPT-PM deberá considerar como elemento relevante, la queja o motivo de consulta del trabajador, por lo que ésta determinará las áreas a explorar.

El EPT-PM se deberá realizar exclusivamente mediante entrevistas semi-estructuradas y confidenciales a una cantidad razonable de informantes aportados tanto por la entidad empleadora, como por el trabajador, con la finalidad de efectuar una evaluación equilibrada de los factores de riesgo psicosociales presentes en el trabajo, lo que incluye las posibles conductas de acoso, de un modo sistemático y apegado al método científico. Si no fuera posible entrevistar a los informantes referidos por el trabajador, se deberá dejar constancia de las razones que impidieron hacerlo y el modo de obtener reemplazantes. Estas entrevistas podrán ser realizadas a distancia de manera telemática de forma sincrónica.

Si los declarantes aportados por la entidad empleadora o por el trabajador pertenecen a una entidad empleadora distinta a la del trabajador afectado, el organismo administrador deberá efectuar gestiones que correspondan para efectuar las entrevistas. De no ser posible entrevistar a los declarantes, se deberá dejar constancia de las razones que impidieron hacerlo y el modo de obtener reemplazantes, debiendo tener en consideración los plazos establecidos para la calificación de origen de la enfermedad.

En caso de acoso laboral o sexual, deberán consignarse en el informe las acciones de mitigación que haya realizado el empleador, con la finalidad de contribuir al diseño de la intervención en el evento que la patología sea calificada como de origen laboral. Además, se deberá dejar constancia si la entidad empleadora cuenta con el protocolo de prevención del acoso sexual, laboral y la violencia en el trabajo, exigido por la Ley N°21.643 (Ley Karin). Si el empleador no cuenta con este instrumento, el organismo administrador deberá prescribir la elaboración de dicho protocolo, poniendo a disposición de la entidad empleadora el modelo de protocolo contenido en el Anexo N°53: "Modelo de Protocolo de prevención del acoso sexual, laboral y la violencia en el Trabajo", de la Letra K, Título II, Libro IV, comprometiendo la asistencia técnica para su confección y fijando un plazo para su elaboración por parte de la entidad empleadora. El organismo administrador deberá mantener registro de las entidades empleadoras a las que les prescribió la elaboración del protocolo, así como, de la verificación de su cumplimiento, de acuerdo a lo señalado en el número 14. Asistencia técnica en materia de acoso laboral, sexual y violencia en el trabajo, Letra D, Título II, del Libro IV.

El EPT-PM se aplicará a todos los puestos de trabajo que involucren en la práctica una relación jerárquica con una jefatura, ya sea en las tareas ejecutadas, en el cumplimiento de un horario, o en ambos, independientemente del tipo de relación contractual que tenga el trabajador con el centro de trabajo.

El EPT-PM deberá ser realizado por un psicólogo capacitado en el uso específico del instrumento. Se entenderá capacitado cuando haya realizado un curso de 32 o más horas, de las cuales al menos 16 deberán corresponder a la aplicación supervisada de este estudio.

El equipo evaluador o el epeteista deberá solicitar a la entidad empleadora del trabajador, los resultados de la evaluación de riesgos psicosociales CEAL-SM/SUSESO del centro de trabajo o empresa donde cumple funciones el trabajador/a, según lo establecido en el protocolo de vigilancia de Riesgos Psicosociales Laborales del Ministerio de Salud. Si la empresa no cuenta con este documento, el organismo administrador le instruirá implementar dicha evaluación. Aun cuando se encuentre pendiente el cumplimiento de esta instrucción, el proceso de calificación deberá continuar y concluir dentro del plazo establecido en el número 1, Capítulo I, Letra A, Título III. de este Libro III.

3. Comité de calificación para enfermedad mental

El Comité de Calificación de patología mental, deberá ser conformado por tres o más profesionales, dos de ellos médicos, el primero médico del trabajo y el segundo, psiquiatra. Se recomienda también la participación de psicólogos clínicos, psicólogos laborales, terapeutas ocupacionales u otros profesionales vinculados a la salud mental.

Todos los profesionales que participan en el proceso de calificación, así como todo nuevo integrante, deben recibir una capacitación específica en perspectiva de género, que sea actualizada cada 3 años. La capacitación tendrá una duración de, a los menos, 8 horas, e incluirá contenido teórico y práctico, con ejemplos de casos clínicos que se deben resolver. La actividad considerará al menos las siguientes temáticas:

a) Concepto de sexo y de género;

b) Concepto de perspectiva de género, incluida la división sexual del trabajo y la segmentación laboral;

c) Equidad e igualdad de género;

d) Interseccionalidad;

e) Convenio 190 y Recomendación 206 de la OIT, y Ley N° 21.643 (Ley Karin), y

f) Las temáticas contenidas en los números 5. Perspectiva de género y 6. Perspectiva de género en acusaciones contra

mujeres en cargos de responsabilidad sobre otras personas, ambos de este Capítulo II.

Esta deberá ser aprobada con un 70% o más de rendimiento por las y los profesionales.

Además, los integrantes del Comité deberán contar con el curso a que se refiere el número 2, Capítulo IV, Letra A, Título III de este Libro III.

En los casos de acoso laboral, sexual o violencia en el trabajo, tal como se definen en la Ley N°21.643 (Ley Karin), la existencia o no de una denuncia formal ya sea ante el empleador, ante la Dirección del Trabajo o ante la Contraloría General de la República, y la existencia o no de un pronunciamiento de cualquiera de estas entidades, no será impedimento para que el comité califique el origen del trastorno, aun cuando, si existiera una información derivada de esos procesos, el comité podrá considerarla en su pronunciamiento

Para calificar el origen, común o laboral, de una patología mental, el Comité deberá contar con todos los elementos de la evaluación clínica (médica y psicológica), las evaluaciones de condiciones de trabajo (información de empresa y el EPT-PM) y los antecedentes de la vigilancia de factores de riesgo psicosocial en el trabajo, según el protocolo del Ministerio de Salud, cuando corresponda. El análisis del Comité deberá prestar especial importancia a la coherencia de los discursos tanto del o la paciente, los declarantes, los evaluadores, así como al componente clínico del caso.

El Comité de Calificación tendrá presente que la violencia y el acoso en el trabajo son condiciones intolerables y representan una violación del Derecho Fundamental a un ambiente laboral seguro y saludable.

Ninguna falta o incumplimiento laboral cometida por la persona trabajadora, por grave que sea, justifica hechos de violencia o acoso que impliquen una vulneración de sus derechos fundamentales, ni debe influenciar la calificación laboral o común resultante.

4. Investigación de las causas laborales de un trastorno psíquico

Ante la presencia de un trastorno psíquico del que se sospecha un origen en las condiciones de trabajo y/o en conductas de las personas que trabajan con la persona afectada, la calificación de origen deberá fundamentarse en el estudio pormenorizado del entorno laboral, lo que incluye denuncias por conflicto laboral, sobrecarga, acoso laboral y sexual, y el resto de los factores definidos en el Anexo N°17: "Instructivo para evaluación de puesto de trabajo por sospecha de patología mental laboral", de la Letra H, Título III del Libro III. Se debe considerar que, la determinación del origen de un trastorno de salud es un tema eminentemente de sanidad, aun cuando puedan derivarse consecuencias jurídicas. Asimismo, se debe considerar que, el año 2022, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) elevó el derecho a tener un entorno de trabajo seguro y saludable a la categoría de derecho fundamental.

5. Perspectiva de género

En los casos de acoso laboral o sexual, tal como se definen en la Ley N°21.643 (Ley Karin), el comité de calificación deberá tener presente la perspectiva de género.

Definiciones:

i) *Perspectiva de género:* Es un método para identificar y analizar en forma crítica las consecuencias que tienen para las personas las diferencias sociales y las relaciones de poder asimétricas construidas en base a los roles de género, que llevan a enfrentar riesgos y situaciones críticas en forma distinta según esos roles.

ii) *Interseccionalidad:* La interseccionalidad es una forma de estudiar, entender y responder a las maneras en que el género se superpone con otras identidades. En el proceso de la calificación se debe reconocer la interseccionalidad y sus múltiples dimensiones.

La perspectiva de género debe aplicarse cuando se deben tomar decisiones en cuestiones que involucren relaciones de poder asimétricas o patrones estereotípicos de género y exige, además, la integración del principio de equidad en la interpretación y aplicación de las normas en la búsqueda de soluciones equitativas en esas asimetrías.

En la calificación del origen de los trastornos mentales se deberá considerar la perspectiva de género, con el objetivo de que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres y otros géneros, sean un elemento central, con la finalidad de implementar medidas para hacer frente a la desigualdad y/o discriminación en razón del género.

Aplicar la perspectiva de género en la calificación de origen de los trastornos mentales significa apreciar si en los actos sufridos por la persona, que originaron el trastorno psíquico evidenciado, existen elementos de discriminación en razón del género. El comité de calificación en su procedimiento deberá considerar las siguientes orientaciones técnicas:

a) Abordaje centrado en la persona trabajadora denunciante. El centro de la atención de los investigadores, profesionales y del comité de calificación son los hechos clínicos, que incluyen en primer lugar, los relatos de las personas entrevistadas y su coherencia, que permitan precisar hechos y contextos que contribuyen a objetivar la queja. La observación de la sintomatología y su evolución aportarán sustancialmente al proceso de calificación.

Cuando la denuncia se refiera a conductas inapropiadas de connotación sexual, se deben considerar las características clínicas asociadas al trauma vivenciado, por ejemplo, bloqueos, disociación, memoria fragmentada, que podrían dificultar un relato detallado de los hechos;

b) Los testigos en la evaluación del puesto de trabajo. El acoso sexual, aunque también el acoso laboral, ocurre en la gran mayoría de los casos en ausencia de testigos, en lugares ocultos al escrutinio de otras personas. La inexistencia de testigos no significa inexistencia de acoso. Cuando no existen testigos que corroboren conductas de acoso, cobra aún más relevancia el análisis clínico que incluye los relatos, contextos, el examen mental, las manifestaciones sintomáticas configuradas en el tiempo de los hechos relatados;

c) Las declaraciones de las personas trabajadoras denunciadas también deben ser apreciadas. En la valoración de las declaraciones de las personas denunciadas deben considerarse las relaciones de género que caracterizan el contexto laboral evaluado;

d) Los testigos de oídas pueden aportar información contextual relevante, siendo importante la caracterización acabada de las circunstancias en que se han interiorizado de los hechos para su valoración;

e) La ausencia de una denuncia y la tardanza en hacer una denuncia no indican la inexistencia de acoso. Debe tenerse en cuenta que para muchas víctimas no es fácil llegar a hacer una denuncia formal, y que es frecuente que la denuncia ocurra un largo período después de los hechos denunciados;

f) Las pruebas documentales, impresiones de pantalla, impresiones de mensajes de celular, fotos, incluso audios, deben ponderarse y valorarse de acuerdo con el contexto del análisis, y requerir de asesoría jurídica para su evaluación, cuando se estime necesario;

g) Se debe considerar la sospecha razonable de que la conducta sí se ha producido, y se deberá realizar una fundamentación exhaustiva;

   Los hechos denunciados, las manifestaciones clínicas y el contexto laboral, deben ser ponderados cuidadosamente por Comité de Calificación para establecer la relación que permita explicar su origen laboral.

h) Una investigación formal, ya sea la que hace el empleador, la Dirección del Trabajo o la Contraloría General de la República, que no logra demostrar la existencia de acoso no indica que el acoso no existió, solo que no pudo ser demostrado, en atención a los medios de prueba de que se disponía, por lo que la evaluación de la situación global, la verosimilitud de las denuncias de víctimas y testigos, la plausibilidad de las diversas situaciones y su relación con la clínica presentada cobran mayor importancia;

i) Se debe valorar la vulnerabilidad de los propios testigos, sobre todo en función de su género, o las posibles amenazas que éstos hayan recibido para impedir la entrega de un testimonio. Además, se debe tener presente la asimetría propia de las relaciones laborales, respecto de los testigos que aún se desempeñan en la empresa o lugar de trabajo donde habría ocurrido el acto de acoso o violencia. Esta vulnerabilidad deberá ser considerada de modo razonable dentro del proceso de calificación, y

j) Aunque la clínica de la persona trabajadora denunciante debe ser plausible y adecuada, tanto en la intensidad de los hechos denunciados, como al tiempo transcurrido, en su valoración deberá considerarse la dificultad de presentar una denuncia o de buscar apoyo institucional.

En todos los casos, es importante evaluar la dinámica general del centro de trabajo e incluso de toda la entidad empleadora o institución. El comité de calificación deberá tener disponibles los resultados de la evaluación de riesgo psicosocial y estar alerta a la presencia de otros casos similares en el centro de trabajo o en la organización.

6. Perspectiva de género en acusaciones contra mujeres en cargos de responsabilidad sobre otras personas

La denuncia de acoso realizada en contra de mujeres, sobre todo cuando la acusada ostenta algún cargo directivo, requiere una perspectiva de género interseccional para comprender plenamente las dinámicas de poder en juego. Estos cargos pueden ser de cualquier nivel: jefas de pequeños grupos operativos en cualquier ambiente de trabajo, supervisoras de grandes equipos de trabajo, mandos medios, altas directivas públicas o gerentas, cargos de representación popular, dirigentas sociales o sindicales.

Algunas orientaciones que deberán considerarse en estos casos, son:

a) La ruptura del estereotipo femenino en mujeres con cargos de responsabilidad sobre otras personas. Las mujeres en puestos de supervisión, jefaturas o directivos rompen un estereotipo de género y pueden experimentar una presión por adaptarse a códigos masculinos. Esta conducta puede ser interpretada como una deslealtad tanto entre mujeres como en hombres subordinados. La investigación del organismo administrador y empresa con administración delegada por acoso en todas sus etapas debe considerar las relaciones efectivas de poder en el lugar de trabajo, más allá de las identidades de género de la o el denunciante y la acusada. Esto es, considerar cuál es el estilo de liderazgo que es permitido o promovido por la organización, por ejemplo, si se estimula un liderazgo autoritario o punitivo, o un liderazgo denominado "laissez-faire" o de dejar hacer, y si este estilo puede favorecer los

conflictos interpersonales;

b) La doble exigencia de las mujeres en puestos directivos. De las mujeres en puestos directivos se espera que ejerzan la autoridad, pero simultáneamente y por el estereotipo, se les puede cuestionar no ser suficientemente "femeninas". Se las percibe como excesivamente severas, mientras que los hombres en cargos similares no suelen ser cuestionados. Los testimonios deben analizarse teniendo en cuenta estos sesgos estereotipados contra la autoridad femenina. Esto implica cuestionar si las denuncias se derivan de acoso real o de expectativas de género en que, por ejemplo, las mujeres en puestos de poder deban ser protectoras en lugar de asertivas;

c) Acoso, estructura y función organizacional. Algunos lugares de trabajo, especialmente sectores feminizados (por ej., salud, educación, trabajo social), pueden operar bajo estrés crónico, alta carga emocional y malas condiciones laborales, factores que afectan desproporcionadamente a las mujeres, las que estarán más vulnerables a ser afectadas por situaciones de abuso de poder. En esta materia, son importantes los antecedentes disponibles, por ejemplo, otras enfermedades profesionales en la misma unidad o espacio de trabajo;

d) Denuncias contra una persona denunciante inicial. Cuando una mujer acusada presenta su propia denuncia contra el o la denunciante original, podría corresponder a un mecanismo de defensa o una forma de manipulación para socavar la credibilidad de la víctima. Al mismo tiempo, es crucial no asumir que todas estas denuncias son infundadas. Los profesionales del comité deberán aplicar un enfoque crítico a la evaluación de la credibilidad de estas denuncias, considerando, por ejemplo, los siguientes aspectos:

   i) El patrón histórico de quejas en el lugar de trabajo;

   ii) Si la denuncia surge inmediatamente después de la acusación inicial, y

   iii) La posición de cada parte dentro de la jerarquía organizacional.

e) Interseccionalidad y el rol de la clase, la nacionalidad, la etnia y la maternidad, entre otros factores. El lugar de trabajo no es un espacio neutral. Las experiencias de las mujeres difieren significativamente según la clase, la nacionalidad, la etnia o la situación de maternidad. Los estudios demuestran que las mujeres y madres racializadas o con otras características que favorecen la discriminación, se enfrentan a un mayor escrutinio en puestos de liderazgo, que a menudo se perciben como demasiado indulgentes o demasiado estrictas. La investigación y el análisis deben incluir una perspectiva interseccional, reconociendo que las mujeres marginadas (por ej., mujeres racializadas, de origen socioeconómico bajo, con discapacidad, migrantes o diversidades sexogenéricas) pueden sufrir microagresiones en el lugar de trabajo que contribuyen a que sus acciones se malinterpreten.

7. Readecuación de condiciones de trabajo y/o cambio de puesto de trabajo

La entidad empleadora deberá adoptar todas las medidas necesarias destinadas a readecuar las condiciones de trabajo con el fin de cesar la exposición al o a los agentes causante de la enfermedad y reintegrar al trabajador a su puesto de trabajo.

Atendido lo señalado, el organismo administrador o el administrador delegado deberá prescribir a la entidad empleadora o centro de trabajo, según corresponda, las medidas dirigidas a eliminar en su origen los factores de riesgo causantes de la enfermedad profesional, en el plazo señalado en el número 8, del Capítulo IV, Letra A de este Título III, y establecer los plazos para su cumplimiento y verificar que se hayan implementado.

La identificación de medidas a ser prescritas para detener la exposición, debe ser una materia abordada en la atención clínica del o la paciente, considerando que las medidas tienen que ser factibles y situadas en la condición del cargo que detenta el o la trabajadora.

Se deberá poner especial cuidado en que las prescripciones no representen un castigo para las personas trabajadoras en particular, sino que consideren modificaciones a la organización que prevengan la aparición de conductas de acoso o violencia.

Las medidas prescritas deberán considerar lo instruido en el número 14. Asistencia técnica en materia de acoso laboral, sexual y violencia en el trabajo, de la Letra D. Asistencia técnica, Título II, del Libro IV.

El reíntegro laboral, debe ser coordinado entre el estamento clínico, el prevencionista del organismo administrador, la entidad empleadora y el afectado/a. Deben existir dos tipos de medidas:

a) Una prescripción que permita en lo próximo la reincorporación al trabajo del afectado, sin quedar expuesto al factor de riesgo, y

b) Medidas de mediano plazo que impliquen cambios organizacionales y un rediseño de las tareas, que eliminen el factor de riesgo de forma permanente, considerando lo señalado en el párrafo anterior sobre la prevención de la violencia y del acoso en el lugar de trabajo.

El cambio de puesto de trabajo deberá realizarse en el caso de que sea la medida más saludable para el trabajador/a y la organización, haciendo los máximos esfuerzos para que en todo momento el trabajador/a mantenga su puesto de

trabajo. Cuando la naturaleza del puesto no permite un ajuste a la organización del trabajo en el corto plazo, el organismo administrador y administrador delegados podrán prescribir un cambio de funciones o de puesto de trabajo de manera temporal.

8. Incorporación del centro de trabajo al programa de vigilancia

Todo trabajador diagnosticado con una enfermedad mental de carácter profesional, será considerado un "caso centinela" y el Grupo de Exposición Similar (GES) será todo el personal que labore en el centro de trabajo independiente de su tamaño.

Ante la presencia de un "caso centinela", las empresas con administración delegada y los organismos administradores notificarán a la entidad empleadora el ingreso del centro de trabajo al programa de vigilancia en un plazo no superior a 15 días, contados desde la fecha de la resolución de calificación de origen de los accidentes y enfermedades de la Ley N°16.744 (RECA). En dicha notificación se deberán incluir todas aquellas medidas que el organismo administrador prescriba para modificar en su origen los factores de riesgo que se hayan identificado durante el proceso de calificación, el plazo para su cumplimiento y la verificación. Para el caso de los administradores delegados, estos deberán llevar un registro de centros de trabajo que ingresen a vigilancia. La incorporación de cada centro deberá efectuarse en un plazo de 15 días desde la fecha de la resolución de calificación del origen de los accidentes y enfermedades de la Ley N°16.744 (RECA). En tal registro deberán consignarse todas las medidas destinadas a modificar en su origen los factores de riesgo que se hayan identificado durante el proceso de calificación, el plazo para su cumplimiento y la verificación.

Dicha notificación podrá efectuarse preferentemente mediante correo electrónico a las entidades empleadoras que consientan expresamente en ser notificadas por esa vía y señalen una dirección electrónica para ese efecto. En los demás casos, podrá notificarse personalmente al representante legal de la entidad empleadora o por carta certificada dirigida al domicilio que hubieren señalado en la solicitud de adhesión a la mutualidad correspondiente o al que consignen ante el Instituto de Seguridad Laboral. Las notificaciones por carta certificada se entenderán practicadas, al tercer día de recibida en el Servicio de Correos y las efectuadas por correo electrónico, el día hábil siguiente a su despacho. Cualquiera sea la modalidad de notificación, los organismos administradores deberán dejar registro en sus sistemas de la forma y fecha en que se efectuó.

Los organismos administradores y administradores delegados deberán incorporar al centro de trabajo al programa de vigilancia, aunque el trabajador calificado ya no forme parte de él. El centro de trabajo permanecerá en el programa de vigilancia si, habiendo modificado su ubicación geográfica o el número de trabajadores/as, mantiene una organización similar a la que tenía cuando fue evaluado o se le prescribieron medidas de modificación y carece, asimismo, de alguna de las condiciones que permiten egresar de la condición de vigilancia detalladas en la letra f), número 3, Capítulo V, Letra F, Título II, Libro IV.

Los organismos administradores y administradores delegados deberán cumplir con lo instruido en los números 1 al 3 del Capítulo I, Letra G, Título II del Libro IV, para lo cual el área responsable del estudio de puesto de trabajo requerido para la calificación del origen de la enfermedad, deberá poner a disposición del área a cargo del plan específico de vigilancia ambiental de riesgos psicosociales en el trabajo, la información de dicho proceso que permita el diseño óptimo de las intervenciones, de acuerdo a lo descrito en el Anexo N°28 "Antecedentes del proceso de calificación de patología de salud mental para su uso en prevención", de la Letra H de este Título III.

D. Protocolo de patologías dermatológicas

De acuerdo a lo establecido en los números 2) y 3) del artículo 19 del D.S. N°109, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, constituyen enfermedades profesionales la "Dermatosis Profesional", que corresponde a toda enfermedad de la piel cuyo origen está en la exposición laboral a agentes físicos, químicos y/o biológicos; y los "Cánceres y lesiones precancerosas de la piel", de origen laboral por la exposición ocupacional a agentes de riesgo físicos o químicos.

CAPÍTULO I. Aspectos Generales

1. Definiciones operacionales

a) Dermatitis de contacto ocupacional

Estas dermatitis se encuentran dentro del grupo de patologías catalogadas como "Dermatosis profesional", que son de origen profesional cuando existe una relación de causalidad directa con la exposición repetida a contactantes en el puesto de trabajo, que actúan como agentes de riesgo. En aquellas denuncias donde exista una única exposición, puntual, a un agente de riesgo, con manifestación aguda o subaguda, deberán ser estudiadas como accidente de trabajo.

La dermatitis de contacto ocupacional se define como la inflamación aguda de la piel causada por el contacto

directo de la superficie de la piel o de las mucosas con sustancias irritantes o alergénicas, que constituyen agentes de riesgo presentes en el puesto de trabajo, por ejemplo: jabones, productos químicos, detergentes o abrasivos.

Dentro de las dermatitis de contacto ocupacionales se distinguen las siguientes:

i) Dermatitis de contacto irritativa

Es la inflamación cutánea causada por el contacto de la piel con algún agente físico o químico irritante, sin que medie una respuesta de tipo alérgica. Su aparición y presentación clínica depende de múltiples factores internos y externos.

ii) Dermatitis de contacto alérgica

Es la inflamación cutánea producto de una reacción de hipersensibilidad tipo IV por contacto con un agente o alérgeno presente en el trabajo, al que se ha sensibilizado previamente el trabajador. Dentro de este cuadro, especial mención tiene la Dermatitis de Contacto Protéica, relacionada con la manipulación de proteínas de origen vegetal o animal (látex, harinas, carnes, pescados, verduras, otros), por presentar un mayor riesgo de incapacidad laboral permanente.

b) Enfermedades cancerígenas ocupacionales de la piel

En el presente protocolo serán consideradas aquellas donde el agente de riesgo sea la radiación UV de origen solar. La definición de trabajador ocupacionalmente expuesto a radiación UV solar es la establecida en el artículo 109a, del D.S. N°594, de 1999, del Ministerio de Salud.

El presente protocolo se aplicará sólo a las siguientes enfermedades cancerígenas:

i) Carcinoma o epitelioma basocelular

Deriva del germen epitelial primario destinado a formar folículos pilo sebáceo y glándulas apocrinas. Se presenta principalmente en zonas fotoexpuestas, pero un bajo porcentaje puede aparecer en cualquier zona de la superficie cutánea. Es de comportamiento no agresivo y rara vez da metástasis. El diagnóstico se basa en sus características clínicas y la utilización de tecnologías como la dermatoscopía, microscopía confocal y la biopsia histopatológica tradicional.

ii) Carcinoma o epitelioma espinocelular

Se origina del queratinocito epidérmico que sufre mutaciones repetidas como consecuencia de la exposición a la radiación UV. El 80% de ellos aparecen en zonas expuestas de la piel. Es muy común en personas de fototipos claros y tiene un 95% de curación si es detectado y tratado adecuadamente.

2. Patologías a las que aplica este protocolo

Este protocolo regula la calificación de las siguientes patologías dermatológicas:

Grupo D.S. 109	Glosa de diagnóstico	Código CIE-10
Dermatosis Profesional	Dermatitis de contacto	L25.9
	Dermatitis de contacto alérgica	L23.0 - L23.9
	Dermatitis de contacto irritativa	L24.0 - L24.9
Cánceres y Lesiones precancerosas de la piel	Carcinoma basocelular	C44.0 - C44.7
	Carcinoma espinocelular	

En caso de diagnosticar alguna de las enfermedades señaladas en la tabla precedente, éstos deberán ser consignados como diagnóstico principal, al menos con las glosas descritas, sin perjuicio de complementarse con especificaciones o diagnósticos secundarios. Los organismos administradores y empresas con administración delegada deberán ser rigurosos en el establecimiento de estos diagnósticos y su posterior codificación.

CAPÍTULO II. Normas especiales del proceso de calificación

1. Evaluación médica inicial

Esta prestación deberá ser realizada por un médico evaluador quien, además de la capacitación exigida número 2, Capítulo IV, Letra A, de este Título III, deberá contar con un curso de, al menos, 16 horas cronológicas, sobre

enfermedades dermatológicas ocupacionales, incluidas las patologías descritas en la tabla precedente. Dicho curso deberá como mínimo abordar las siguientes materias: la descripción de lesiones de la piel, el estándar mínimo para el registro fotográfico de lesiones dermatológicas, la calificación de origen y las generalidades de su tratamiento.

El registro del médico evaluador deberá contener los elementos mínimos establecidos en el Anexo N°18 "Ficha de evaluación clínica inicial general", de la Letra H, Título III del Libro III, entre ellos, la anamnesis próxima, remota y laboral, así como el examen de piel con la descripción de lesiones observadas.

Es responsabilidad del médico evaluador realizar registro clínico de acuerdo con lo señalado en el Anexo N°18 "Ficha de evaluación clínica inicial general", de la Letra H, Título III del Libro III, tomar fotografías de las lesiones de piel observadas; indicar las medidas terapéuticas que correspondan y solicitar la evaluación de las condiciones de trabajo.

Las fotografías deberán ser archivadas en la ficha clínica o en el expediente del caso en estudio. Previo a la toma de fotografías, el médico evaluador deberá contar con la autorización del trabajador indicada en Anexo N°19 "Formulario de consentimiento informado para toma de fotografías"de la Letra H, Título III del Libro III. En caso que, el trabajador se niegue a otorgar dicha autorización, se deberá dejar constancia de ello en el citado anexo y continuar el estudio, sin las fotografías.

Los requisitos mínimos para la toma de fotografías se encuentran establecidas en el Anexo N°20 "Elementos técnicos mínimos para el registro fotográfico", de la Letra H, Título III del Libro III.

El organismo administrador o la empresa con administración delegada deberán solicitar los antecedentes de la vigilancia de la salud y factores de riesgo identificados en la empresa, si existiesen, así como también las medidas de control adoptadas por el empleador.

2. Exámenes complementarios

Los exámenes complementarios son un elemento para el diagnóstico diferencial que, eventualmente, pueden orientar en la calificación de origen de la enfermedad en estudio. Estos exámenes no son de carácter obligatorio, quedando su solicitud a criterio de cualquiera de los profesionales médicos que participen de la evaluación y/o calificación de origen del caso en estudio.

Los exámenes complementarios para el estudio de enfermedades dermatológicas pueden incluir el Test de Parche, el Prick Test o Prueba Intradérmica, la Determinación de IgE específica en suero y la Biopsia de piel, entre otros.

3. Evaluaciones de condiciones de trabajo

La evaluación de condiciones de trabajo deberá ser realizado por un profesional de la salud o de ingeniería que cumpla con una capacitación formal en la aplicación de los instrumentos para esta evaluación.

Para el estudio de dermatitis de contacto, se realizará un Estudio de Puesto de Trabajo (EPT), cuyo formato se encuentra en el Anexo N°31: "Evaluación o Estudio de Puesto de Trabajo General". La capacitación para aplicar este instrumento en este tipo de enfermedades deberá tener una duración de 8 horas y abordará los siguientes contenidos: acciones de riesgo para dermatitis de contacto, tipos de contactantes ocupacionales y su clasificación, elementos de protección personal; correcta lectura e interpretación de las fichas técnicas y de seguridad de productos contactantes manipulados en el contexto del trabajo; y conocimiento y uso del instrumento del formato del Anexo N°31: "Evaluación o Estudio de Puesto de Trabajo General". Tratándose de trabajadores independientes, si las circunstancias en que se desempeñan las labores impiden la realización del registro fotográfico al que hace referencia el Anexo N°31: "Evaluación o Estudio de Puesto de Trabajo General", el estudio de puesto de trabajo podrá prescindir de dicho registro.

Para el estudio de enfermedades cancerígenas de la piel, se utilizará el formulario indicado en el Anexo N°31: "Evaluación o Estudio de Puesto de Trabajo General". La capacitación para aplicar este instrumento en este tipo de enfermedades deberá tener una duración de 8 horas y abordará los siguientes contenidos: aspectos generales de la exposición ocupacional a radiación UV solar; elementos de protección personal; Guía Técnica radiación ultravioleta de origen solar del Ministerio de Salud; y conocimiento y uso del instrumento del Anexo N°31: "Evaluación o Estudio de Puesto de Trabajo General".

Se recomienda solicitar al empleador las fichas técnicas y de seguridad de los productos contactantes que utiliza o manipula el trabajador, además de tomar muestras de dichos contactantes para realizar eventualmente un Test de Parche.

Si en el estudio de la dermatitis de contacto el médico del trabajo cuenta con antecedentes suficientes para identificar la tarea, la acción de riesgo y contactantes que permitan establecer la relación de causalidad directa con el trabajo, podrá prescindir del Estudio de Puesto de Trabajo (EPT).

4. Calificación para patologías dermatológicas

La calificación de origen de una patología dermatológica deberá ser realizada por un Médico del Trabajo.

Solo cuando a juicio de dicho profesional, la complejidad del caso lo amerite, éste podrá convocar a un Comité de Calificación, cuya conformación y funciones se regirán por lo dispuesto en el N°2, Capítulo III, Letra A, de este Título.

Se recomienda que en este Comité de Calificación participe el profesional encargado de aplicar los instrumentos de la evaluación de condiciones de trabajo y/o tenga conocimientos en la realización de exámenes complementarios.

Tanto el Médico del Trabajo como el Comité de Calificación podrán solicitar otras evaluaciones médicas y/o exámenes complementarios adicionales, si los antecedentes para la calificación resultaren insuficientes.

Para calificar el origen de una patología dermatológica, el Médico del Trabajo o el Comité de Calificación deberá contar, al menos, con todos los elementos obligatorios establecidos en el presente protocolo y los estudios complementarios que sean pertinentes. Adicionalmente, deberá tomar en consideración los antecedentes de evaluaciones ambientales y de programa de vigilancia de salud de los trabajadores de la entidad empleadora, si se encontraren disponibles.

Ante un caso de sospecha de enfermedad cancerígena ocupacional de la piel por exposición a radiación UV solar, si el Médico del Trabajo determina que dicha exposición ocupacional al riesgo es suficiente, deberá derivar el caso a dermatólogo para la confirmación diagnóstica.

En la situación señalada en el párrafo anterior, el dermatólogo deberá confeccionar un informe escrito sobre el diagnóstico definitivo, documento que el organismo administrador deberá incorporar a la ficha clínica del caso para calificación de origen.

La calificación deberá estar debidamente fundamentada mediante un informe que contenga los elementos mínimos establecidos en el Anexo N°6 "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la patología".

5. Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de condiciones de trabajo

Si se califica un caso como enfermedad profesional, el organismo administrador deberá prescribir al empleador en forma inmediata las medidas necesarias para mitigar o eliminar la exposición al riesgo ocupacional identificado, así como también entregar recomendaciones sobre conductas preventivas.

Si durante el manejo clínico de un caso calificado como enfermedad profesional, se modifica el diagnóstico inicial, el organismo administrador deberá prescribir oportunamente nuevas medidas al empleador, así como remitir una nueva RECA al Sistema de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT).

Cuando el trabajador diagnosticado sea de un administrador delegado, éste último deberá definir las medidas necesarias para mitigar o eliminar la exposición al riesgo ocupacional identificado, así como también entregar recomendaciones sobre conductas preventivas a sus trabajadores. Asimismo, en caso de modificación del diagnóstico deberá emitir una nueva RECA, al Sistema de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) e implementar nuevas medidas en caso que corresponda.

6. Incorporación a programa de vigilancia

Todo trabajador diagnosticado con una enfermedad dermatológica de origen profesional, deberá ser considerado un "caso centinela", lo que obliga al organismo administrador o empresa con administración delegada a revisar las evaluaciones del ambiente de trabajo sobre los factores de riesgo específicos de la enfermedad profesional calificada en el grupo de exposición similar correspondiente a dicho trabajador.

Si no existiese una evaluación de riesgos previa a la calificación, el organismo administrador o empresa con administración delegada deberá cumplir con lo establecido en el N°9, Capítulo IV, Letra A, de este Título.

E. Protocolo patologías de la voz

Conforme a lo establecido en el artículo 19 N°14), del D.S. N°109, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, constituye una enfermedad profesional la Laringitis con disfonía y/o nódulos laríngeos, cuando exista exposición al riesgo y se compruebe una relación causa - efecto con el trabajo.

CAPÍTULO I. Aspectos Generales

1. Definiciones operacionales

a) Patologías de la voz producto de exposición a agentes de riesgo ocupacionales

Este grupo de enfermedades, cuya manifestación clínica fundamental es la disfonía, son de origen profesional cuando existe relación de causalidad directa con exposición a factores de riesgo suficientes en el puesto de trabajo.

Para efectos de este protocolo se considerarán las siguientes patologías, listadas en orden de frecuencia:

i) Nódulo de las cuerdas vocales

Engrosamiento bilateral y simétrico de ambas cuerdas vocales, en la unión del tercio anterior con el tercio medio. Si son de corta evolución, suelen ser de tamaño pequeño (también llamados esbozos nodulares) y de coloración rosada. Si son de larga data, se presentan con un tamaño mayor y de coloración blanquecina. En la descripción de la visualización de la laringe en fonación se indica que tiene el aspecto de hiatus en reloj de arena.

ii) Disfonía músculo tensional

Se refiere a aquella disfonía donde, en ausencia de patología orgánica, existe una excesiva tensión de los músculos intrínsecos y extrínsecos de la laringe, lo que produce movimientos excesivos, atípicos o anormales durante la fonación.

iii) Pólipos/quistes de retención laríngeos

Engrosamiento de una cuerda vocal, generalmente en la zona de aparición de los nódulos vocales. De tamaño variable, suelen ser de coloración rosada o rojiza, con aumento de la vascularización circundante. En la cuerda vocal contralateral puede aparecer una lesión por contragolpe, generalmente más pequeña que la lesión que la originó.

iv) Laringitis crónica/Fibrosis Subepitelial

Tipo de laringitis crónica, caracterizada por una disminución en el grosor y movilidad e irregularidad del borde libre de la cuerda vocal, producto de fonotrauma de larga data y en ausencia de hábito tabáquico.

b) Patologías de la voz producto de un accidente de trabajo

Corresponden a aquellas donde el trastorno se origina en un evento puntual que ocurre a causa o con ocasión del trabajo. Por lo tanto, estos casos deben ser sometidos al proceso de calificación de accidentes del trabajo.

Las patologías de la voz producto de un accidente de trabajo son las siguientes:

i) Laringitis aguda térmica o inhalatoria

Proceso inflamatorio agudo de la mucosa laríngea debido a la inhalación de sustancias gaseosas resultantes de un proceso de combustión. Debe ser sospechado en grandes quemados, entre otros casos.

ii) Laringitis aguda química

Proceso inflamatorio agudo de la mucosa laríngea debido a la inhalación o ingesta accidental de productos químicos.

iii) Laringitis aguda por fonotrauma o esfuerzo vocal puntual

Proceso inflamatorio agudo laríngeo, manifestado clínicamente por disfonía e incluso afonía de aparición abrupta, que ocurre en relación con un episodio puntual de disfunción o sobresfuerzo vocal.

2. Patologías a las que aplica este protocolo

De acuerdo con lo señalado en elN°1 precedente, este protocolo es aplicable a la calificación de las siguientes patologías de la voz:

Glosa de diagnóstico	Código CIE-10
Nódulo de cuerdas vocales	J38.2
Disfonía músculo tensional	J38.7
Disfonía no especificada	J38.7
Pólipo de las cuerdas vocales	J38.1
Laringitis crónica/Fibrosis Subepitelial	J37.0

Los diagnósticos deben encontrarse confirmados con los elementos clínicos y estudios de apoyo que sean pertinentes. Los organismos administradores y empresas con administración delegada deberán ser rigurosos en el establecimiento de estos diagnósticos y su posterior codificación.

CAPÍTULO II. Normas especiales del proceso de calificación

1. Evaluación médica inicial

Esta prestación deberá ser realizada por un médico evaluador que además de la capacitación exigida en número 2,

Capítulo IV, Letra A, de este Título III, deberá contar con un curso de 16 horas cronológicas sobre enfermedades ocupacionales de la voz, incluida las descritas en la tabla precedente. Dicho curso deberá abordar las siguientes materias: examen de la voz; aspectos epidemiológicos básicos sobre grupos de trabajadores con alto riesgo para enfermedades de la voz; evaluación de condiciones de trabajo y medidas terapéuticas básicas.

El registro del médico evaluador deberá contener los elementos mínimos establecidos en el Anexo N°18 "Ficha de evaluación clínica inicial general", de la Letra H, Título III del Libro III.

Es responsabilidad del médico evaluador realizar el ingreso formal para estudio, indicar las medidas terapéuticas básicas que correspondan y solicitar los antecedentes de la vigilancia de la salud y factores de riesgo identificados en la empresa, si existiesen.

2. Exámenes complementarios

Los exámenes complementarios en el presente protocolo permiten precisar un diagnóstico definitivo o establecer un diagnóstico diferencial. En el proceso de calificación de origen de enfermedad tienen un rol secundario, por lo cual no son de carácter obligatorio. Su solicitud quedará a criterio de cualquiera de los profesionales médicos que participen del proceso de evaluación y/o calificación de origen del caso en estudio.

Los exámenes complementarios para el estudio de enfermedades de la voz pueden incluir el examen foniátrico, la nasofibroscopía, la estroboscopía y la electromiografía laríngea, entre otros.

3. Evaluación de condiciones de trabajo

La evaluación del riesgo para patologías de la voz deberá ser aplicada por un profesional de la salud o de ingeniería, el cual deberá contar con un curso de capacitación de, al menos, 4 horas cronológicas, para la aplicación de este instrumento. Si quien lo aplica es médico evaluador o médico del trabajo, la capacitación no será obligatoria.

El formato de este instrumento de evaluación se encuentra en el Anexo N°31: "Evaluación o Estudio de Puesto de Trabajo General" y podrá ser aplicado en las instalaciones del organismo administrador o en el centro de trabajo indistintamente.

4. Calificación del origen de patología de la voz

La calificación de origen de una patología de la voz deberá ser realizada por un Médico del Trabajo.

Sólo cuando a juicio de dicho profesional, la complejidad del caso lo amerite, éste podrá convocar a un Comité de Calificación cuya conformación y funciones, se regirán por lo dispuesto en el número 3. Comité de Calificación del Capítulo II, Letra A, Título III de este Libro III.

Se recomienda que en este Comité participe un fonoaudiólogo y/o el profesional encargado de aplicar la evaluación de riesgo para patologías de la voz.

Tanto el Médico del Trabajo como el Comité de Calificación podrán solicitar otras evaluaciones médicas y/o exámenes complementarios adicionales, si los antecedentes para la calificación resultasen insuficientes.

Para calificar el origen de una patología de la voz, el Médico del Trabajo o el Comité de Calificación deberán contar, al menos, con todos los elementos obligatorios establecidos en el presente protocolo y los estudios complementarios que sean pertinentes.

La calificación deberá estar debidamente fundamentada mediante un informe que contenga los elementos mínimos establecidos en el Anexo N°6 "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la patología", de la Letra H, Título III de esta Libro III.

5. Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de condiciones de trabajo

Si se califica un caso como enfermedad profesional, el organismo administrador deberá prescribir al empleador las medidas generales y específicas necesarias para corregir la exposición a factores de riesgo para patologías de la voz. Lo anterior, se encuentra instruido en el Anexo N°25 "Medidas de mitigación de factores de riesgo para patologías de la voz de origen laboral".

Los plazos para prescribir medidas, verificar su cumplimiento y las acciones posteriores, corresponden a los establecidos en el número 8. Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de las condiciones de trabajo, Capítulo IV, Letra A del presente Título III.

El organismo administrador o la empresa con administración delegada deberán entregar al trabajador la capacitación específica en el uso adecuado de la voz, prestación que deberá ser ejecutada por un fonoaudiólogo.

Si durante el manejo clínico de un caso calificado como enfermedad profesional, se modifica el diagnóstico inicial, el organismo administrador deberá prescribir oportunamente al empleador nuevas medidas, cuando corresponda.

Cuando el trabajador diagnosticado sea de un administrador delegado, éste último deberá definir las medidas necesarias para mitigar o eliminar la exposición al riesgo ocupacional identificado, así como también entregar capacitaciones sobre conductas preventivas a sus trabajadores. Asimismo, en caso de modificación del diagnóstico se deberán implementar nuevas medidas, en caso que corresponda.

6. Incorporación a programa de vigilancia

En caso de un brote de patologías de la voz de origen profesional, el organismo administrador o la empresa con administración delegada deberán implementar un programa de vigilancia y asesorar a la entidad empleadora en materias relacionadas con prevención de fono trauma, a cargo de un fonoaudiólogo, y en aquellas materias específicas que se requieran por el equipo de profesionales que sea pertinente.

F. Protocolo para calificación de casos derivados de programas de vigilancia

Este protocolo será aplicable a los trabajadores que se encuentran en programa de vigilancia epidemiológica por el riesgo potencial causante de la patología en estudio.

1. Trabajadores derivados del Programa de Vigilancia por exposición a sílice

Corresponde a los casos pesquisados mediante una radiografía de tórax, con lectura OIT alterada. Aplica para la calificación de silicosis (código CIE-10 J62.8) y cáncer pulmonar por exposición a sílice (código CIE-10 C34.9).

a) Evaluación médica

La evaluación médica será realizada por un Médico del Trabajo o un médico especialista en enfermedades respiratorias, según lo establecido en el punto 7.5, Párrafo 3, de la Resolución Exenta Nº268 del Ministerio de Salud.

b) Exámenes obligatorios

Es obligatoria, para su diagnóstico, la radiografía de tórax con lectura OIT, y su respectivo informe, en concordancia con lo establecido en la Circular 3G/40 y B2 N°32 del Ministerio de Salud.

El estándar de calidad para la toma, lectura e informe de radiografías de tórax, se rige por la Resolución Exenta Nº1851, de 2015, del Ministerio de Salud, que especifica los requisitos técnicos del profesional a cargo de la toma, como de la lectura radiológica.

c) Evaluación de las condiciones de trabajo

Esta evaluación se realizará utilizando el estándar de calidad para informar la exposición al riesgo de sílice, establecido en el Capítulo VII, Punto 7.2, Párrafos 1 y 3, de la citada Resolución Exenta Nº268.

d) Calificadores

La calificación será realizada por un Médico del Trabajo, contando con los informes técnicos señalados en las letras b) y c) precedentes. Esto, en concordancia con lo establecido en el Punto 7.5, Párrafo 3, de la citada Resolución Exenta Nº268.

No obstante, si el Médico del Trabajo estima que los referidos antecedentes son insuficientes o se sospeche cáncer, deberá solicitar los exámenes adicionales pertinentes, derivar el caso al Comité de Calificación integrado para este efecto al menos por los siguientes profesionales:

i) Un Médico del Trabajo

ii) Un médico especialista en enfermedades respiratorias, inscrito en el Registro Nacional de Prestadores Individuales en Salud, de la Superintendencia de Salud

iii) Un Higienista Ocupacional, profesional de grado licenciado y con postgrado en materia de Higiene Ocupacional.

2. Trabajadores derivados del Programa de Vigilancia por Exposición Ocupacional a Ruido

De acuerdo con lo señalado en la Circular B33 Nº47, Párrafo 3 del Ministerio de Salud, la Guía Técnica para la evaluación auditiva de los trabajadores expuestos ocupacionalmente a ruido, Título IV, Punto 1.2.2., del Instituto de Salud Pública (ISP) y el Protocolo de Exposición Ocupacional a Ruido (PREXOR), Punto 7.2., el proceso de evaluación de la hipoacusia por exposición a ruido, desde la vigilancia ambiental hasta la calificación, ya se encuentra normado, por lo que estas

instrucciones tienen aplicación sólo en lo indicado en los N°s.1, 5, 6, 7 y 8, Capítulo IV, Letra A, de este Título.

G. Situaciones especiales

1. Calificación en el contexto de un brote de enfermos profesionales

El siguiente procedimiento aplicará a una o más denuncias que pudiesen tener relación directa con la exposición a un mismo y único factor de riesgo, sin que ninguna de ellas se encuentre calificada, de modo que pueda considerarse a los trabajadores afectados como parte de un grupo de exposición similar.

En estos casos, el organismo administrador o administrador delegado deberán:

a) Efectuar un estudio de brote por un equipo de profesionales de Salud Ocupacional;

b) Instalar el Programa de Vigilancia Epidemiológica de los trabajadores que corresponda, y

c) Realizar la pesquisa activa de nuevos casos de enfermedad profesional entre los trabajadores que integran el grupo de exposición similar.

La calificación deberá considerar los antecedentes recopilados en cada caso por el médico evaluador y podrá efectuarse sobre la base de un único estudio de condiciones de trabajo.

En la RECA que el médico del trabajo suscriba, deberá incluirse en el campo: "Indicaciones" la siguiente glosa: "Caso calificado como brote de enfermos profesionales."

2. Calificación a partir de un caso centinela

El siguiente procedimiento aplicará a una denuncia en una entidad empleadora, donde previamente se haya calificado una enfermedad como de origen laboral (caso centinela) para un mismo puesto de trabajo, siempre que dicha denuncia trate sobre la misma dolencia y sea producto de las mismas condiciones de trabajo (grupo de exposición similar), que fueron evaluadas para el caso centinela.

Se deberá realizar una evaluación clínica por parte del médico evaluador, según lo establecido en los protocolos específicos, si correspondiere, o según la Lex Artis Médica, si no estuviese definido, a modo de confirmar el diagnóstico.

Estos casos podrán calificarse utilizando la evaluación de condiciones de trabajo del caso centinela, siempre que dichas condiciones no hubiesen variado, lo cual debe corroborarse.

En todos estos casos el Médico del Trabajo deberá dejar registrado en el campo "Indicaciones" de la RECA la siguiente glosa: "Calificación a partir de caso centinela CUN xxx".

3. Diferencia entre accidente del trabajo y enfermedad profesional en los casos en que la lesión es de carácter psíquico

En los casos en que la lesión es de carácter psíquico ya sea producto de uno o bien, de varios incidentes o eventos de alto impacto emocional, incluyendo el acoso laboral o sexual y la violencia en el trabajo se debe considerar los siguientes aspectos.

Una manifestación sintomática psíquica, en los eventos de alto impacto emocional, será considerada como probable accidente del trabajo, derivada del trabajo o en relación con él, si se estima causada por un suceso o evento inesperado e imprevisto, incluidos los actos de acoso laboral o sexual y violencia en el trabajo. En este caso el registro del ingreso a la atención de salud debe respaldarse a través de una Declaración Individual de Accidente del Trabajo (DIAT), incluyendo los ingresos para la atención psicológica temprana.

Por otra parte, una manifestación sintomática psíquica en los eventos de alto impacto emocional será considerada como probable enfermedad profesional si se estima contraída como resultado de la exposición prolongada a factores de riesgo derivados de la actividad laboral, entre ellos, en especial, el acoso laboral y sexual y violencia en el trabajo, pero también otros factores de riesgo psicosocial laboral cuando han estado presentes durante un período en el trabajo. En este caso el registro del ingreso a la atención de salud, debe respaldarse a través de una Declaración Individual de Enfermedad profesional (DIEP), incluyendo los ingresos para la atención psicológica temprana.

H. Anexos

Anexo N°5: "Proceso de calificación"

Anexo N°6: Informe sobre los fundamentos de la calificación de la enfermedad

Anexo N°7: Historia ocupacional

Anexo N°8: Definición de los campos de la historia ocupacional

Anexo N°9: Instrucciones para completar el formulario de la historia ocupacional

Anexo N°10: Informa rechazo de la entidades empleadora a facilitar información

Anexo N°11: Informa incumplimiento de medidas prescritas

Anexo N°12: Ficha de evaluación clínica de patología musculoesquelética

Anexo N°13: Exámenes obligatorios para el estudio de patologías musculoesqueléticas

Anexo N°14: Instructivo y formatos de estudio de puesto de trabajo por sospecha de patología musculoesquelética

Anexo N°15: Ficha de evaluación clínica por sospecha de patología mental laboral

Anexo N°16: Ficha de evaluación psicológica por sospecha de patología mental laboral

Anexo N°17: Instructivo para evaluación de puesto de trabajo por sospecha de patología mental laboral

Anexo N°18: Ficha de evaluación clínica inicial general

Anexo N°19: Formulario de consentimiento informado para toma de fotografías

Anexo N°20: Elementos técnicos mínimos para el registro fotográfico

Anexo N°25: Medidas de mitigación de factores de riesgo para patologías de la voz de origen laboral

Anexo N°28: Antecedentes del proceso de calificación de patología de salud mental para su uso en prevención

Anexo N°29: Guía para la aplicación del Estudio de Puesto de Trabajo (EPT) en trabajadores recolectores de residuos domiciliarios con Patologías Músculo-Esqueléticas de Extremidad Superior

Anexo N°30: Guía para la aplicación del Estudio de Puesto de Trabajo (EPT) en cargadores y repartidores de bebidas de fantasía y afines con patologías Músculo-Esquelética de Extremidad Superior

Anexo N°35: Guía para la aplicación del Estudio de Puesto de Trabajo (EPT) en Trabajadores de Puertos con Enfermedades Músculo-Esquelética

Anexo N°31: Evaluación o Estudio de Puesto de Trabajo General

Anexo N°36: Criterios de Calificación de enfermedades musculoesqueléticas de extremidad superior

Anexo N°39: Guía para la Aplicación del Estudio de Puesto de Trabajo para Enfermedades Musculoesqueléticas (EPT-ME) en Personas Manipuladoras de Alimentos del Programa de Alimentación Escolar (PAE) y Parvularia (PAP)

TÍTULO IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis. Ley

A. Antecedentes

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

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

B. Derivación del trabajador

1. Resolución del primer organismo interviniente

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

La resolución deberá indicar el derecho que le asiste a los trabajadores a reclamar, ante la Superintendencia de Seguridad Social, respecto de la decisión adoptada.

El segundo organismo interviniente estará siempre obligado a cursar de inmediato la licencia o reposo médico rechazado por dicho articulado y otorgar las prestaciones médicas o pecuniarias que correspondan, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren.

Atendido que el rechazo de una licencia médica o de un reposo médico, en este caso por el origen de una enfermedad o accidente, implica la denegación de la cobertura de prestaciones por parte de la entidad actúa como primer interviniente en la aplicación del artículo 77 bis, y la derivación a un segundo interviniente. Lo anterior, involucra que el primer interviniente no podrá pronunciarse sobre la procedencia del reposo una vez que haya rechazado por aplicación del citado artículo, por cuanto dicha competencia queda radicada en el segundo interviniente. Además, este rechazo deberá ser fundado, esto es, estar sustentado en antecedentes médicos concretos del respectivo trabajador que hagan plausible su eventual discusión respecto del origen de la respectiva enfermedad o accidente, ya sea ante el organismo que actúa como segundo interviniente, así como, ante la Superintendencia de Seguridad Social:

a) Caso de rechazo por organismos administradores de la Ley N°16.744

   Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deben sustentar el rechazo por aplicación del artículo 77 bis, a lo menos, en los siguientes antecedentes, que deben ser remitidos, a la respectiva entidad del sistema de salud común:

   i) La resolución de calificación del accidente o enfermedad (RECA);

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

   iii) Copia de la licencia médica de derivación.

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

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

   En el mismo plazo señalado en el párrafo anterior, esto es, 10 días corridos contados desde la emisión de la RECA, los organismos administradores deberán notificar la calificación al organismo de salud común que corresponda, es decir, a la ISAPRE en que se encuentre afiliado el trabajador o bien, tratándose de trabajadores afiliados a FONASA, a la COMPIN o Subcomisión correspondiente al domicilio del empleador, adjuntando los antecedentes ya señalados.

   Por otra parte, si después de haber sido notificado del origen común de su patología, el trabajador decide continuar atendiéndose en los centros médicos de alguna mutualidad, bajo la cobertura de su régimen de salud común, deberá

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

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

b) Caso de rechazo por parte de ISAPRES y COMPIN

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

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

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

Los antecedentes señalados deben ser remitidos al respectivo organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 por parte de la ISAPRE o COMPIN, con posterioridad a la derivación del trabajador por aplicación del artículo 77 bis, en un plazo máximo de 10 días corridos contados desde la resolución de rechazo por dicho articulado.

Las entidades deberán resguardar la confidencialidad de los datos sensibles contenidos en la información que se les remita.

No procede que las ISAPRES, COMPIN o Subcomisión rechacen por el artículo 77 bis, las licencias médicas que eventualmente recibieran emitidas como tipo 5 o 6, ya que corresponde que estas sean tramitadas ante el organismo administrador. En estos casos, las ISAPRES, COMPIN o Subcomisión deben devolverlas para su tramitación ante el respectivo organismo administrador.

c) Obligación de mantener casillas de correo electrónico

Por otra parte, con el objeto de contar con un expedito relacionamiento entre el primer y segundo interviniente en la aplicación del procedimiento del artículo 77 bis, así como en las comunicaciones derivadas de situaciones no 77 bis, y respecto de las solicitudes de reembolsos, cada entidad interviniente deberá establecer casillas de correos electrónicos para estos fines, las que constarán en un protocolo de comunicación, cuyo contenido se encuentra en el Anexo N°37 "Protocolo de comunicación", de la Letra G, del Título IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis, de este Libro III.

Este protocolo consiste en una declaración unilateral de cada entidad, que contiene las direcciones de correos electrónicos que utilizarán para las comunicaciones por las materias del artículo 77 bis, situaciones no 77 bis y cartas de cobranza.

El referido protocolo debe ser firmado por el representante de cada entidad, y ser enviado al Gerente General, al Director Nacional y al Jefe de Servicio, según corresponda, de los demás organismos intervinientes en el procedimiento y a la Superintendencia de Seguridad Social.

Las casillas electrónicas incorporadas en el protocolo de comunicación por parte de cada entidad, deberá estar compuesta por la abreviatura del nombre o razón social de cada entidad interviniente y las siglas: "77 bis", "no 77 bis", "77 en cobranza", según se trate el asunto una materia relacionada con el 77 bis, situación no 77 bis o una solicitud de reembolso. Las casillas electrónicas deben ser configuradas según el siguiente formato:

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

[nombre del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN, Servicio Salud]NO77@xxx.cl.

[nombre corto del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN, Servicio de Salud]cobranza77@xxx.cl.

Para una mayor seguridad de la información, la documentación que se adjunte a una casilla de correo electrónico de

las señaladas en el protocolo deberá ser comprimida por la entidad remitente con extensión ".zip" e incorporar una clave para su apertura, la que debe proporcionar la entidad receptora del archivo.

Las herramientas de comunicación electrónica, adoptadas por las entidades en el citado protocolo, deben preservar la confidencialidad en el tratamiento de la información del trabajador, velando por el principio de integridad, resguardo, reserva, disponibilidad y del fin de la licitud de la entrega, teniendo como objetivo primordial, la inmediata cobertura en el otorgamiento de los beneficios de salud que le corresponden al trabajador.

2. Emisión de licencias médicas de derivación y copia de licencia médica

a) Cuando la primera entidad interviniente es un organismo administrador o una empresa de administración delegada y estime que la afección por la cual el profesional habilitado otorgó el reposo al trabajador tiene un origen común, deberá emitir una licencia médica tipo 1, "de derivación", ya sea en formato papel o electrónica.

   La licencia médica "de derivación" debe ser entregada al trabajador para que la presente al sistema previsional de salud común.

   Adicionalmente, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 deberán entregar al trabajador una copia del formulario contenido en el Anexo N°27 "Derivación de Paciente (artículo 77 bis, de la Ley N°16.744)", de la Letra G, Título IV de este Libro III.

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

   Además, la licencia médica "de derivación" emitida por los organismos administradores y las empresas con administración delegada deberá contener a lo menos un día de reposo futuro a la fecha de su emisión y extenderse por un período de reposo que no sea superior a 30 días corridos. Ahora bien, por aplicación del artículo 77 bis podrán, excepcionalmente, extender una licencia médica "de derivación", sin días de reposo futuro, cuando a la fecha de su emisión, no ha transcurrido más de 30 días, contados desde el inicio del reposo médico. En estas situaciones, el reposo médico pudiese provenir de otro continuo o discontinuo que afectó al trabajador y cuyo subsidio por incapacidad laboral ya fue cubierto por el organismo administrador como una situación no 77 bis.

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

b) Cuando la primera entidad interviniente fuere una COMPIN o ISAPRE y estime que la afección por la cual el profesional habilitado otorgó el reposo al trabajador tiene origen laboral, se entenderá que deriva al trabajador al organismo administrador o empresa con administración delegada, mediante la entrega al afiliado o a quien le represente de una copia de la licencia médica rechazada por artículo 77 bis debiendo estampar un timbre sobre dicha copia que señale, claramente, que la entrega es una "copia de la licencia médica rechazada por 77 bis", para que la presente a su organismo administrador.

   La entrega de la copia de la licencia médica rechazada por el artículo 77 bis, deberá efectuarse en el más breve plazo, informándole al beneficiario el lugar más cercano a su domicilio en que puede retirarla, o bien que éste pueda pedir su remisión vía correo electrónico. En todo caso, si el trabajador o su representante, no efectúa el respectivo retiro de copia de la licencia, dentro de los 5 días hábiles siguientes contados desde que se le notifica el rechazo por dicho articulado, se le deberá hacer llegar esa copia con todos los antecedentes de que se disponga, a su correo electrónico o mediante carta certificada, debiendo informarle del procedimiento del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, esto es, que deberá presentarse ante el organismo administrador para el otorgamiento de las prestaciones.

   Los intervinientes, ISAPRES, COMPIN y organismos administradores deberán respetar la periodicidad con que deben pagarse las remuneraciones, ya que el subsidio por incapacidad laboral o temporal tiene por objeto, precisamente, reemplazar las rentas de actividad del accidentado o enfermo, debiendo existir continuidad de ingresos entre remuneraciones y subsidios.

   Sin embargo, en el caso de que el trabajador, habiendo sido notificado por el sistema de salud común del rechazo de su licencia médica por el artículo 77 bis y que debe concurrir ante el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 o empresa con administración delegada, según corresponda, este no se presenta para su evaluación, a contar de la segunda licencia médica recepcionada, rechazada por la ISAPRE o COMPIN por aplicación de dicho artículo, el organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744 o administrador delegado le deberá suspender el pago del subsidio por incapacidad laboral hasta su comparecencia, informándole de esta exigencia, de lo que deberá mantener registro.

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

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

a) Tratándose de accidentes, copia de los informes y exámenes clínicos practicados, y

b) Tratándose de enfermedades calificadas como de origen común, deberá cumplirse con lo instruido en el N°7, Capítulo IV, Letra A, Título III, de este Libro.

C. Del reclamo y competencia de la Superintendencia de Seguridad Social

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Copia de licencia médica emitida por Organismo Administrador, por 77 bis.

b) Informe médico, si procede.

c) Exámenes practicados, si los hubiere.

d) Informe de peritaje médico, si procede.

e) Declaración del trabajador, en la que describa las circunstancias del accidente o enfermedad.

f) Copia de carta de cobranza, si procede.

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

a) Copia de licencia médica rechazada por COMPIN o ISAPRE, por 77 bis.

b) Antecedentes que correspondan, dependiendo si se trata de Accidente de Trayecto, Accidente a Causa o con Ocasión del Trabajo o Enfermedad Profesional (informe médico; exámenes practicados, si los hubiere; declaración del trabajador afectado por la dolencia de que se trata, en la que describa las circunstancias del accidente o de la enfermedad que le fue diagnosticada, entre otros)

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

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

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

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

D. Normas para el reembolso en caso de aplicación del artículo 77 bis de la Ley Nº16.744 y emisión de cartas de cobranza

1. Prestaciones a ser reembolsadas

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

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

En ningún caso podrá formularse el cobro del gasto en que dichos organismos deban incurrir con cargo al Seguro de la Ley Nº16.744 por concepto de las siguientes prestaciones:

a) Estudios de puestos de trabajo;

b) Exámenes comprendidos en el artículo 71 de la Ley N°16.744;

c) Exámenes ocupacionales;

d) Reuniones o juntas médicas, y

e) Actividades de prevención de riesgos profesionales.

Tratándose de los trabajadores independientes que ejerzan el derecho a efectuar cotizaciones progresivas para pensiones y para el sistema de salud común, conforme a lo establecido en el artículo segundo transitorio de la Ley N°21.133, el organismo administrador deberá cobrar a la entidad del sistema de salud común que corresponda, el 100% del valor de las prestaciones indicadas en el primer y segundo párrafo de este número 1, sin perjuicio de la facultad de dicha entidad del sistema de salud común, en orden a cobrar a su afiliado la parte del valor de las prestaciones que a éste le corresponde solventar, conforme a lo señalado en el número 3 siguiente.

2. Reajustabilidad e intereses hasta el requerimiento

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

Además, deberá agregarse el interés corriente para operaciones reajustables contemplado en la Ley Nº18.010, el que se devenga desde que las prestaciones se otorgaron hasta la fecha en que se formula el requerimiento de reembolso.

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

3. Reembolso del o al trabajador

Si las prestaciones se hubieren otorgado con cargo al régimen establecido para accidentes o enfermedades comunes y resultare que la afección es un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, el Servicio de Salud, el Fondo Nacional de Salud -FONASA- o la ISAPRE respectiva, que las proporcionó, deberá devolver al trabajador la parte del reembolso

correspondiente al valor de las prestaciones que éste hubiere solventado, conforme al régimen de salud previsional a que esté afiliado, con los reajustes e intereses respectivos.

Por el contrario, si el accidente o la enfermedad es calificada como de origen común y los beneficios se concedieron con cargo al régimen de la Ley Nº16.744, el Servicio de Salud o la ISAPRE que efectuó el reembolso deberá cobrar a su afiliado la parte del valor de las prestaciones que a éste le corresponde solventar, según el contrato o plan de salud de que se trate, para lo cual sólo se considerará el valor que señala el numeral siguiente.

4. Del valor de las prestaciones médicas

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

5. Cartas de cobranza

Las cartas de cobranza (denominadas también solicitudes de reembolsos), deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

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

a) Un informe reservado con la especificación de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico;

b) El detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas, los antecedentes médicos o de otro orden, fundantes de la patología respectiva y los antecedentes que sirvieron para determinar el monto del subsidio;

c) Copia de la licencia médica o de la orden de reposo;

d) Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, además, deberán remitir, además, copia de la Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), según corresponda, y de las demás declaraciones del trabajador que estén en su poder y de la notificación de calificación de la afección, si no la hubiesen remitido con anterioridad al envío de la respectiva carta de cobranza.

   Por su parte, la entidad del sistema de salud común deberá remitir el Informe fundado del rechazo de la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis, si no lo hubiese remitido con anterioridad al envío de la respectiva carta de cobranza, y

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

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

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

Para efectos de gestión, las cartas de cobranza por aplicación del artículo 77 bis, podrán encontrarse en estado de revisión preliminar, en análisis, pagadas, rechazadas o devueltas, judicializadas o en estado de reclamo:

a) El estado de revisión preliminar de las cartas o solicitudes de reembolso corresponde al check list o listado de verificación de los documentos mínimos que se deben acompañar a una carta de cobranza, según lo ya indicado en este Título, sin el análisis de fondo de la información en ellos contenida;

b) El estado en análisis corresponde a aquellas cartas o solicitudes de reembolso que están siendo analizadas en su contenido de fondo o bien que con anterioridad fueron rechazadas o devueltas y que previa corrección o entrega de los antecedentes faltantes, se encuentran en análisis para su pago;

c) El estado devuelta corresponde a aquellas cartas o solicitudes de reembolso en que la respectiva entidad que recibe la carta o solicitud de reembolso, detecta que no se acompañan la totalidad de los documentos que exige la normativa vigente en el período de revisión preliminar o bien en el periodo de análisis, antes indicado, los devuelve para ser completados por la entidad que solicita el reembolso. En tal caso, la entidad requerida de cobro, al devolver la carta de cobranza, debe indicar al solicitante siempre cual es el documento o la información faltante para concretar el pago;

d) El estado de pagada corresponde a aquel en que se concreta el pago del reembolso;

e) El estado rechazada corresponde a una negativa del pago derivada de errores en los antecedentes entregados, por

ejemplo: número de rut del trabajador, trabajador no era cotizante en la institución al momento de la enfermedad o accidente, cobranza duplicada, montos cobrados que ya fueron pagados, o se niega el pago por la existencia de una resolución de la Superintendencia de Seguridad Social que determina un origen distinto al accidente o enfermedad, reclamo o recurso pendiente, entre otros;

f) El estado judicializada, corresponde a cartas de cobranza con juicio pendiente, y

g) El estado reclamo ante Superintendencia de Seguridad Social, corresponde a cartas de cobranza cuya discusión del origen común o laboral se encuentra se encuentra con reclamo sin resolver por parte de este Organismo.

Las actividades que involucran cada uno de los estados de la carta de cobranza, con excepción de los indicados en las letras f) y g) precedentes, deberán ser ejecutadas dentro del plazo de 10 días que tiene la entidad para concretar el reembolso y que se encuentra establecido en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744. El citado plazo se entiende de días hábiles y deberá ser contabilizado desde la fecha de recepción o reingreso de la solicitud de reembolso.

Las acciones de cobro por no pago, dirigidas a las entidades del sistema de salud común, podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social confirme el origen común de la patología o bien transcurrido el plazo de 90 días hábiles contados desde la notificación de la resolución de calificación por parte del organismo administrador, no exista reclamo o recurso pendiente respecto del origen común de la patología o accidente.

A contar del 3 de marzo de 2023, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 deberán acompañar a las cartas de cobranza, cuando corresponda, una copia del documento otorgado por la Superintendencia de Seguridad Social, que indique que no se ha presentado reclamo respecto del origen de la dolencia.

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

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

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

a) La Ley N°16.744 no contempla un periodo de carencia como el establecido en el artículo 14 del D.F.L. N°44 y, por tanto, respecto de licencias médicas de hasta 10 días, el organismo administrador pagará la totalidad del respectivo subsidio, monto que debe ser íntegramente reembolsado a éste;

b) Respecto de los trabajadores dependientes, cabe señalar que la Ley N°16.744 no establece exigencias de tiempo mínimo de afiliación, ni de densidad de cotizaciones para tener derecho a subsidio y, por esta razón, dicho antecedente no debe ser tomado en consideración para efectos de determinar la procedencia del respectivo reembolso;

c) Tratándose de trabajadores independientes los requisitos para tener derecho a subsidio se detallan en los números 2 y 3 de la Letra E, del Título II del Libro VI, y

d) Adicionalmente, tratándose de subsidios derivados de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, cuando en alguno de los meses considerados en la base de cálculo, las remuneraciones correspondan a un número menor de días de los pactados en el contrato de trabajo, éstas se amplificarán, con el fin de que sean representativas de las que habría obtenido el trabajador si hubiese trabajado el tiempo completo. Lo anterior, salvo que en los días no trabajados el trabajador haya percibido subsidio.

6. Reembolso de prestaciones otorgadas a trabajadores afiliados a FONASA y a una Caja de Compensación de Asignación Familiar

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Plazo para efectuar el reembolso

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

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

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

E. Situaciones que no se encuentran reguladas por el artículo 77 bis de la Ley Nº16.744

1. Casos no regulados por el artículo 77 bis de la Ley Nº16.744

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

Ello ocurre, entre otros, en los siguientes casos:

a) Cuando el trabajador no ha necesitado reposo. En este caso, el organismo administrador otorgará la prestación médica correspondiente y si detecta que es de origen común, deberá derivar al paciente a su sistema de salud común con un formulario que precise que se trata de una situación no regulada por el artículo 77 bis de la Ley Nº16.744, indicando el diagnóstico por el cual el trabajador fue atendido.

b) Cuando se ha extendido una licencia médica meramente retroactiva, es decir, no existen días de reposo futuros a la fecha de su emisión, y

c) Cuando ha existido re dictamen, esto es, cuando la licencia médica ha sido autorizada, reducida o rechazada por una

causal distinta a la calificación del origen del accidente o la enfermedad y posteriormente, en virtud de un segundo dictamen, se rechaza por dicha calificación. En efecto, para que opere el procedimiento contemplado en el artículo 77 bis, la primera y única causal del rechazo debe ser el origen del accidente o enfermedad en que se sustenta la licencia médica u orden de reposo. Esta restricción opera únicamente respecto de la entidad que hubiere autorizado, reducido o rechazado la licencia médica, por una causal distinta a la calificación del origen de la afección.

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

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

b) En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por un organismo administrador o administrador delegado de la Ley N°16.744 y se determinare que la patología es de origen común, dicho organismo le cobrará al sistema de salud común el valor nominal de la totalidad de las prestaciones. El sistema de salud común, le reembolsará el costo de las prestaciones que deba solventar según la cobertura de su afiliado, debiendo el organismo administrador cobrar directamente al trabajador el saldo insoluto.

Las cartas de cobranza deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

No procede formular cartas de cobranza sin acompañar los documentos enunciados en el número 5, de la Letra D, de este Título IV.

Las entidades no estarán obligados a analizar las cartas de cobranza que recepcionen en tanto no contengan los antecedentes mencionados en el número 5, recién citado. Lo anterior, sin perjuicio de informar a la institución requirente que no cursará el pago requerido por falta de antecedentes que sustenten el cobro realizado, individualizando siempre el documento faltante el que solo puede ser de aquellos exigidos en la normativa vigente establecida en el número 5, Letra D de este Título IV.

Las acciones de cobro por el no pago, dirigidas a las entidades del sistema de salud común, podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social confirme el origen común de la patología o bien transcurrido el plazo de 90 días hábiles, contados desde la notificación de la resolución del organismo administrador o administrador delegado, según corresponda no exista reclamo o recurso pendiente respecto del origen común de la patología o accidente. A contar del 3 de marzo de 2023, los organismos administradores y administradores delegados del Seguro de la Ley N°16.744 deberán acompañar a las cartas de cobranza, cuando corresponda, una copia del documento otorgado por la Superintendencia de Seguridad Social, que indique que no se ha presentado reclamo respecto del origen de la dolencia.

2. Cobros a CCAF de subsidios y cotizaciones en casos no cubiertos por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744

Cuando el organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, haya actuado como primer organismo interviniente y el trabajador se encuentre afiliado a una CCAF, previo al envío de la carta de cobranza a la CCAF, deberá remitir a la COMPIN o SUBCOMPIN que corresponda, los antecedentes señalados en el número 1. de la Letra B. de este Título.

Si la COMPIN confirma el origen común de la enfermedad o del accidente deberá informar al organismo administrador o administrador delgados, mediante oficio, que aprueba la calificación, para que dicho organismo adjunte este oficio a la solicitud del reembolso correspondiente.

Si la COMPIN está en desacuerdo con la calificación del origen del accidente o enfermedad del organismo administrador, deberá reclamar a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 90 días hábiles, contado desde la fecha de recepción de los antecedentes por parte del respectivo organismo administrador, adjuntando los documentos que fundamenten dicho reclamo.

Si la Superintendencia rechaza la reclamación, emitirá un dictamen dirigido a la COMPIN señalando que la enfermedad o accidente es de origen común y remitirá copia de dicho dictamen al organismo administrador para que éste, con dicho documento como respaldo, proceda a solicitar a la CCAF el reembolso de los subsidios pagados. Para efectos de que la Caja rinda el monto reembolsado a través del sistema de información SISILHIA, se aceptará como documentación de respaldo el oficio de la Superintendencia de Seguridad Social que rechaza la reclamación de la COMPIN.

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

Para tales efectos, transcurrido el plazo de 90 días hábiles desde que la COMPIN fue notificada de la calificación del organismo administrador, este deberá consultar, mediante carta, a la Superintendencia de Seguridad Social si ha recibido reclamación respecto de la referida Resolución. Dicha Consulta podrá incluir más de un caso, debiendo precisarse para cada uno de ellos el número de la Resolución (RECA), el nombre y RUT del trabajador subsidiado y la COMPIN o SUBCOMPIN involucrada.

Si la Superintendencia de Seguridad Social certifica que la calificación en cuestión no ha sido reclamada por la COMPIN

individualizada, el organismo administrador o administrador delegado podrá solicitar a la CCAF el reembolso correspondiente, adjuntando dicho antecedente, más aquellos que sirvieron de base para el cálculo del subsidio, de acuerdo con las instrucciones vigentes.

En aquellos casos en que la Superintendencia informe que la COMPIN ha reclamado dentro del plazo de 90 días hábiles, el organismo administrador deberá esperar el pronunciamiento correspondiente. En este caso, el organismo administrador podrá efectuar el cobro adjuntando como respaldo el oficio que la Superintendencia de Seguridad Social emita rechazando la reclamación de la COMPIN por tratarse de una patología de origen común, o desistirse del cobro si la reclamación de la COMPIN es aceptada por la Superintendencia.

En los casos en que el organismo administrador, actuando como primer organismo interviniente, paga subsidios durante el período de calificación del origen y al momento en que resuelve que la enfermedad o el accidente es de origen común, quedan aún días pendiente de reposo, debe solicitar a la CCAF que corresponda, el reembolso del subsidio y las cotizaciones pagadas, de acuerdo con el procedimiento establecido en este número 2 y otorgar una licencia de derivación por el período faltante, el cual de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 77 bis, debe ser pagado por el organismo de salud común, sin perjuicio de su derecho a reclamar posteriormente ante la Superintendencia de Seguridad Social.

F. Presentación de la licencia médica fuera de plazo por el trabajador

No procede que las ISAPRE, COMPIN o Unidades de Licencias Médicas rechacen una licencia médica de derivación emitida por un organismo administrador, cuando éste actúa en el ámbito de la Ley Nº16.744, por presentación fuera de plazo al empleador, tratándose de trabajadores dependientes, o bien por presentación fuera de plazo a la ISAPRE o COMPIN, en el caso de trabajadores independientes, conforme a lo señalado en los artículos 11, 13 y 54 del D.S. Nº3, de 1984, del Ministerio de Salud, toda vez que, en caso de ser extendida y entregada tardíamente, para el trabajador ha existido una situación de fuerza mayor que ha impedido la presentación oportuna de dicha licencia médica.

G. Anexos

Anexo N°26: Declaración Ingreso Paciente Común

Anexo N°27: Derivación de Paciente (artículo 77 bis, de la Ley N°16.744)

Anexo N°37: Protocolo de Comunicación

TÍTULO V. Declaración, evaluación y/o reevaluación de las incapacidades permanentes

Para efectos de la Ley Nº16.744, se considerará invalidez "el estado derivado de un accidente del trabajo o enfermedad profesional que produzca una incapacidad presumiblemente de naturaleza irreversible, aun cuando deje en el trabajador una capacidad residual de trabajo que le permita continuar en actividad ". Esta incapacidad permanente podrá dar derecho al pago de una indemnización global o a una pensión de invalidez, total o parcial, dependiendo del porcentaje de pérdida de capacidad de ganancia.

A. Inicio del proceso de evaluación por incapacidad permanente

1. Análisis de procedencia de la evaluación de incapacidad permanente

Si después de otorgar al trabajador las atenciones médicas y/o de rehabilitación, se determina que procede evaluar su eventual incapacidad permanente, se deberá proceder conforme a lo establecido en el artículo 58 de la Ley N°16.744 y en el artículo 76 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, para cuantificar el porcentaje de pérdida de capacidad de ganancia que éste presenta, y así establecer la prestación económica a que tendrá derecho.

Corresponderá al médico tratante determinar si existen o no terapias pendientes, según la gravedad y evolución de las secuelas.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 53 bis del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el organismo administrador deberá iniciar la confección del expediente para la evaluación de la eventual incapacidad permanente a más tardar transcurridas las 40 o 92 semanas de subsidio por incapacidad laboral, sea éste continuo o discontinuo. Para ello, el médico tratante deberá evaluar la situación del trabajador, considerando el o los informes de los distintos especialistas tratantes, a fin de determinar si existen tratamientos curativos pendientes, o si existe una presunta

secuela por la que se deba iniciar la evaluación por incapacidad permanente.

Debe quedar registro en la ficha clínica del trabajador de esta revisión, indicando si se iniciará o no la evaluación por incapacidad permanente.

Si al cumplir las 104 semanas, aún existen tratamientos pendientes, el organismo administrador deberá constituir una pensión de invalidez total transitoria, de acuerdo con lo establecido en el número 3. Pensión de Invalidez Total Transitoria, Letra O, Título II, del Libro VI. Prestaciones económicas.

2. Solicitud de la evaluación por incapacidad permanente

Los organismos administradores y las empresas con administración delegada, deberán derivar al trabajador para la evaluación de su incapacidad permanente, dentro de los 5 días hábiles siguientes al Alta Médica otorgada por el médico tratante, si procede que se evalúe una incapacidad permanente.

Se entenderá por Alta Médica la certificación del médico del término de los tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y otros susceptibles de efectuarse en cada caso específico.

En caso que, la entidad empleadora hubiere cambiado de organismo administrador o bien cuando el trabajador cambie de entidad empleadora y esta última se encuentre adherida o afiliada a otro organismo administrador, la evaluación de incapacidad laboral deberá ser efectuada o solicitada, según corresponda, por el organismo administrador que calificó el origen laboral del accidente o enfermedad.

B. Entidades evaluadoras competentes

La declaración, evaluación, reevaluación y revisión de las invalideces será de competencia de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), exceptuadas las incapacidades permanentes derivadas de accidentes del trabajo, de trabajadores afiliados a una mutualidad de empleadores, en cuyo caso, corresponde a éstas su evaluación.

Por lo tanto, pueden distinguirse las siguientes situaciones:

1. Entidad empleadora o trabajador independiente afiliado al Instituto de Seguridad Laboral (ISL) o empresa con administración delegada

   Si la entidad empleadora o el trabajador independiente están afiliados en el Instituto de Seguridad Laboral o si se trata de una empresa con administración delegada, ambas evaluaciones, tanto por accidente del trabajo como por enfermedad profesional, serán realizadas por la COMPIN que corresponda.

2. Entidad empleadora o trabajador independiente adherido a una mutualidad de empleadores

   Si la entidad empleadora o el trabajador independiente están adheridos a una mutualidad de empleadores, la evaluación de la incapacidad permanente derivada de las secuelas de un accidente del trabajo, le corresponderá a las comisiones evaluadoras de las mutualidades de empleadores y a las COMPIN las que deriven de una enfermedad profesional.

Las COMPIN y las mutualidades, según corresponda, deberán realizar la evaluación de una incapacidad permanente, a requerimiento del organismo administrador, administrador delegado, trabajador o de la entidad empleadora. Según el Dictamen N°E413434, de 8 de noviembre de 2023, de la Contraloría General de la República, las COMPIN deberán concluir el proceso de evaluación dentro del plazo de 6 meses previsto en el artículo 27 de la Ley N°19.880. Si lo exceden, no afectará la validez de las actuaciones realizadas con posterioridad a su vencimiento, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas que procedan.

Corresponderá a las comisiones evaluadoras de dichas entidades determinar el porcentaje exacto de incapacidad de ganancia.

C. Remisión y recopilación de antecedentes

Para efectos de la evaluación, los organismos administradores y administradores delegados deberán remitir los antecedentes que procedan a la COMPIN o a la comisión evaluadora de incapacidades de la respectiva mutualidad, según corresponda, dejando registrado en el expediente de trámite la fecha en que el trabajador ha sido enviado a evaluación.

En la carta u oficio conductor mediante el cual se remitirán los antecedentes a la COMPIN, el organismo administrador o el administrador delegado deberán informar la o las direcciones de correo electrónico que el trabajador registre ante esas entidades. Las COMPIN podrán utilizar esos correos electrónicos para contactar al trabajador evaluado y obtener eventualmente su consentimiento para ser notificado electrónicamente de la resolución de incapacidad permanente (REIP), mientras no les sea aplicable, como unidades dependientes de las SEREMIS de Salud, la regulación que el artículo 46 de la

Ley N°19.880 - modificado por la Ley N°21.180, de Transformación Digital del Estado - establece en materia de notificación de los actos administrativos.

Los antecedentes para la evaluación por incapacidad permanente deberán ser incorporados en el expediente señalado en el número 3, Capítulo I, Letra A, Título III del presente Libro III, el que para estos efectos deberá contener, además, el informe de especialidades médicas y de rehabilitación, cuando corresponda, y un resumen médico del caso, donde se indique el o los diagnósticos, los tratamientos otorgados y todas las secuelas por las que será evaluado el trabajador, incluidas aquellas que anteriormente el mismo u otro organismo administrador hubiese evaluado o solicitado evaluar a una COMPIN. Dicho resumen deberá ser confeccionado por el médico tratante.

Asimismo, el expediente deberá contener los informes señalados en el Anexo N°32 "Informe Neurológico", el Anexo N°33 "Informe Traumatológico" y/o el Anexo N°34 "Informe de Salud Mental", cuando corresponda.

Si la anterior evaluación de incapacidad permanente fue efectuada o solicitada por otro organismo administrador, el organismo que debe efectuar o solicitar la reevaluación, deberá requerir a ese otro organismo que en un plazo no superior a 20 días hábiles, le remita los antecedentes médicos y ocupacionales en los que se basó esa primera evaluación. La petición de esos antecedentes deberá formularla dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que determine la procedencia de reevaluar o solicitar la reevaluación, producto de las nuevas secuelas.

El ISL deberá adoptar las providencias y realizar las coordinaciones necesarias, para que las entidades con las que mantiene convenios de atención médica, le envíen todos los antecedentes médicos para dar inicio al trámite de evaluación en la respectiva COMPIN.

Atendido que el artículo 77 de la Ley Nº16.744 otorga a los organismos administradores el derecho de reclamar ante la COMERE, de lo que resuelva la COMPIN, y que para ello requiere contar con los documentos y exámenes médicos que sirvieron para la evaluación del trabajador y en virtud de los cuales se basó dicho dictamen, la COMPIN deberá poner dichos antecedentes a disposición del ISL cuando éste se los requiera.

Por lo tanto, en el marco de las evaluaciones médicas, las referidas entidades deberán coordinarse, agotando todas las gestiones destinadas a recopilar y compartir la información necesaria, de manera eficaz y oportuna.

D. Emisión y notificación de la resolución de la incapacidad permanente (REIP)

Las COMPIN o las comisiones evaluadoras de la mutualidad de empleadores emitirán una Resolución de Incapacidad Permanente de la Ley N°16.744 (REIP), cuyo formato y contenido se regula en el Capítulo IX, Letra B, Título I del LIbro IX. En el campo "Observaciones", la REIP deberá indicar si existen posibilidades de cambios en el estado de invalidez, ya sea por mejoría o agravamiento.

Las resoluciones que emitan las COMPIN deberán ser notificadas a los organismos administradores o administradores delegados que correspondan y al interesado dentro del plazo de 5 días hábiles contado desde su emisión.

Asimismo, en igual plazo las resoluciones que emitan las mutualidades deberán ser notificadas a los trabajadores.

La notificación al trabajador podrá efectuarse personalmente, dejando constancia de la fecha en que ésta se realice, a través de carta certificada a la dirección que registra el trabajador o por correo electrónico a los trabajadores dependientes o independientes que consientan expresamente en ser notificados por esa vía, según los procedimientos que para la manifestación de esa voluntad, se regulan en la letra b), número 3, Capítulo II, Letra B, Título I, del Libro II y en el Capítulo IV, Letra A, Título I, del Libro III.

E. Gratuidad

El proceso de declaración, evaluación y/o reevaluación y los exámenes necesarios, no implicarán costo alguno para el trabajador o ex trabajador, siendo de cargo del Seguro, es decir, financiado por el administrador que corresponda.

F. Instancias de reclamo y/o apelación

1. Reclamación ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (COMERE)

De lo resuelto por las COMPIN o por las mutualidades, recaídas en cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico, los trabajadores, sus derecho-habientes o los organismos administradores podrán reclamar ante la COMERE, en el plazo de 90 días hábiles administrativos, contado desde la fecha de la notificación o desde el tercer día de recibida en correos, si se notificó por carta certificada.

Los reclamos deberán interponerse por escrito ante la propia COMERE o ante la Inspección del Trabajo.

Los administradores delegados pueden reclamar de las resoluciones a que se refiere el artículo 77 de la Ley Nº16.744 que versen sobre las materias que él indica, ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (COMERE) si el dictamen se refiere a "cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico" y es expedido por una COMPIN y apelar, a su vez, ante la Superintendencia de Seguridad Social, de lo resuelto por la COMERE.

Los organismos administradores o las empresas con administración delegada del Seguro de la Ley N°16.744, deberán designar un apoderado conforme al artículo 22 de la Ley N°19.880, a quien se le confiera poder para concurrir a las sesiones de la COMERE, a fin de exponer sus puntos de vista, acompañar los antecedentes médicos y ocupacionales que estime pertinentes y para ser notificados de la respectiva resolución.

De no concurrir el apoderado a la respectiva sesión de la COMERE, ésta deberá proceder a notificar la resolución al organismo administrador del Seguro o la empresa con administración delegada, mediante carta certificada.

Cuando la COMERE requiera a un organismo administrador o administrador delegado los antecedentes necesarios para pronunciarse sobre los reclamos que le sean formulados conforme al artículo 77 de la Ley N°16.744 y a los artículos 79, 80 y 81 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, dicho organismo deberá remitir los antecedentes solicitados dentro de los siguientes plazos:

a) Si se trata de antecedentes médicos que se encuentran en poder del organismo administrador o administrador delegado, por haberse ya practicado los correspondientes exámenes y/o evaluaciones al trabajador, el plazo para remitirlos a la COMERE será de diez días.

b) Si el requerimiento versa sobre exámenes y/o evaluaciones que aún no han sido realizados al trabajador, el plazo para enviar los antecedentes a la COMERE será de veinte días. Si el organismo administrador o administrador delegado no puede localizar al trabajador o éste se niega a realizar el examen requerido, el organismo deberá dejar constancia de ello y comunicar dicha circunstancia a la COMERE dentro del plazo señalado.

En el evento que la COMERE requiera al organismo administrador o empresa con administración delegada los informes, cuyos formatos se encuentran contenidos en los Anexos N°32 "Informe Neurológico", N°33 "Informe Traumatológico" y N°34 "Informe de Salud Mental", según corresponda, de la Letra I. Anexos de este Título V, deberá remitirlos en el plazo señalado en la letra a) del párrafo anterior.

Junto con la remisión de los referidos antecedentes, los organismos administradores o administradores delegados deberán informar a la COMERE la o las direcciones de correo electrónico que el trabajador registre ante esas entidades. La COMERE podrá utilizar esos correos para contactar al trabajador evaluado y obtener eventualmente su consentimiento para ser notificado electrónicamente de las resoluciones que emita sobre la evaluación de su incapacidad permanente, mientras no le sea aplicable la regulación que el artículo 46 de la Ley N°19.880 - modificado por la Ley N°21.180, de Transformación Digital del Estado - establece en materia de notificación de los actos administrativos.

2. Apelación ante la Superintendencia de Seguridad Social

De las resoluciones emanadas de la COMERE, se podrá apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social, dentro del plazo de 30 días hábiles, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso.

3. Cómputo de los plazos. Día hábil

De acuerdo a lo señalado en el Dictamen N°90.462, de 2015, de la Contraloría General de la República, los organismos administradores deberán computar los plazos de días hábiles del artículo 77 de la Ley N°16.744, sin considerar los días sábados, domingos y festivos.

4. Gastos de exámenes y traslados

Los exámenes y traslados necesarios para resolver las reclamaciones y apelaciones presentadas ante la COMERE y la Superintendencia de Seguridad Social, serán de cargo del organismo administrador o de la respectiva empresa con administración delegada.

G. Reevaluación y revisión de incapacidades

En los períodos intermedios de los controles y exámenes establecidos en el Título VI de la Ley N°16.744, relativo a la Evaluación, Reevaluación y Revisión de incapacidades, el interesado podrá por una sola vez, solicitar la revisión de su incapacidad, (inciso cuarto, artículo 76 bis).

Después de los primeros 8 años, el interesado podrá, por una vez en cada período de 5 años, requerir ser examinado (inciso

quinto, artículo 76 bis de la Ley N°16.744).

Si la entidad empleadora hubiere cambiado de organismo administrador, o bien cuando el trabajador cambie de entidad empleadora y esta última se encuentre adherida o afiliada a otro organismo administrador, la revisión de la incapacidad será efectuada o solicitada por el organismo que calificó el origen laboral del accidente o enfermedad, conforme a lo dispuesto en el artículo 63 de la Ley N°16.744.

En caso que, al momento de adquirirse el derecho a pensión o indemnización, el trabajador se encontrare afiliado o adherido a un organismo administrador distinto a aquel que realizó la revisión de la incapacidad, este último deberá notificar el resultado de la revisión, al organismo administrador que deba pagar la respectiva prestación económica, de acuerdo a lo señalado en el artículo 70 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Tratándose de la reevaluación de la incapacidad permanente, por la ocurrencia de un nuevo accidente o enfermedad, esta será efectuada por el organismo administrador que haya calificado el origen del nuevo accidente o enfermedad, conforme a lo señalado en el artículo 61 de la Ley N°16.744. Si el organismo administrador que evaluó o solicitó la evaluación de la incapacidad permanente derivada de una anterior contingencia es un organismo distinto, el obligado a reevaluar o solicitar la reevaluación, deberá solicitar a ese otro organismo que le remita los antecedentes médicos que sustentaron esa primera evaluación, conforme a lo instruido en la Letra C. Remisión y recopilación de antecedentes, precedente.

H. Calificación de origen de invalidez, Comisión Médica Central Ampliada D.L. N°3.500 de 1980

Conforme a los incisos noveno y siguientes del artículo 11 del D.L. Nº3.500, de 1980, si una reclamación en contra de una Comisión Regional del D.L. referido, se fundare en que la invalidez ya declarada proviene de accidente del trabajo o enfermedad profesional, la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, se integrará con un médico cirujano designado por la Superintendencia de Seguridad Social, quien la presidirá. En caso de empate, el presidente tendrá la facultad de dirimir respecto de la invalidez. En estos reclamos, integrará la Comisión Médica Central, sólo con derecho a voz, un abogado designado por la antedicha Superintendencia, quien informará de acuerdo con los antecedentes del caso. Además, los organismos administradores de la Ley Nº16.744 y las empresas con administración delegada a que estuviere afecto el afiliado podrán designar un médico cirujano para que asista como observador a las sesiones respectivas, por lo que la Comisión Médica Central deberá efectuar las citaciones correspondientes. En estos casos, para resolver acerca del origen de la invalidez, la Comisión Médica Central deberá solicitar antecedentes e informes a los respectivos organismos administradores, los que deberán remitirlos dentro del plazo de 10 días.

Una vez resuelta la reclamación, el dictamen deberá ser notificado al trabajador, a la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) respectiva, a la Compañía de Seguros pertinente y a la entidad a la que, de acuerdo con la Ley Nº16.744, aquél se encontrare afiliado.

Dentro del plazo de quince días corridos, contados desde la notificación del dictamen de la Comisión Médica Central Ampliada, el trabajador, la AFP a que se encuentre afiliado el interesado, la Compañía de Seguros respectiva y el correspondiente organismo administrador (Instituto de Seguridad Laboral, mutualidad de empleadores, empresa con administración delegada de la Ley N°16.744), podrán reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social, a fin de que se pronuncie en definitiva, acerca de si la invalidez es de origen profesional.

Si se resuelve que la invalidez es de origen profesional, los antecedentes del caso deberán ser remitidos a la respectiva COMPIN o a la mutualidad de empleadores de la Ley Nº16.744 que corresponda para que, dentro de la esfera de sus competencias, conforme al artículo 58 de la Ley Nº16.744, asignen al inválido el grado de pérdida de capacidad de ganancia que corresponda, ciñéndose para dicho efecto a lo dispuesto en el artículo 4° del D.S. Nº109, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. En contra de lo resuelto por esas entidades, se podrá reclamar y/o apelar ante la COMERE y la Superintendencia de Seguridad Social, conforme al artículo 77 de la Ley N°16.744.

I. Anexos

Anexo N°32: Informe Neurológico

Anexo N°33: Informe Traumatológico

Anexo N°34: Informe de Salud Mental