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

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 Nº16.744, 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 Nº16.744, 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 Nº16.744 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.