



CIRCULAR N°

SANTIAGO,

RECHAZO POR CALIFICACIÓN DE ORIGEN COMÚN O LABORAL

MODIFICA EL TÍTULO IV. RECHAZO POR CALIFICACIÓN DE ORIGEN COMÚN O LABORAL ARTÍCULO 77 BIS LEY N°16.744, DEL LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES, DEL COMPENDIO DE NORMAS DEL SEGURO SOCIAL DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA LEY N°16.744.

La Superintendencia de Seguridad Social, en uso de las atribuciones que le confieren los artículos 2°, 30 y 38 letra d) de la Ley N°16.395; 12 y 74 de la Ley N°16.744, así como lo dispuesto en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, ha estimado pertinente complementar y ajustar las instrucciones impartidas en el Título IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis Ley N°16.744, del Libro III. Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes, del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades profesionales.

I. INTRODÚCENSE LAS SIGUIENTES MODIFICACIONES EN EL TÍTULO IV. RECHAZO POR CALIFICACIÓN DE ORIGEN COMÚN O LABORAL ARTÍCULO 77 bis LEY N°16.744, DEL LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES:

1. Modifícase la Letra A. Antecedentes, de la siguiente forma:

- a) Incorpórase en el primer párrafo, entre las expresiones “Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)” y “o de las mutualidades de empleadores”, la expresión “, del Instituto de Seguridad Laboral y de sus administradores delegados”.
- b) Elimínase el tercer párrafo de esta Letra.

2. Modifícase la Letra B. Derivación del trabajador, de la siguiente forma:

a) Modifícase el número 1 de la siguiente forma:

- i) Intercálase en el primer párrafo, entre las palabras “médica” y “fundada” la expresión “o el reposo,”.
- ii) Modifícase la posición de actual párrafo cuarto, que pasa a ser el segundo párrafo de esta Letra.
- iii) Agréganse los siguientes nuevos párrafos quinto, sexto y séptimo, pasando el actual párrafo quinto a ser el párrafo octavo:

“En el mismo plazo señalado en el párrafo anterior, 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 Subcompin (SEREMI de Salud) correspondiente al domicilio del empleador, adjuntando copia de la resolución de calificación del origen de accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA), del informe de calificación a que se alude en el Título II (accidente del trabajo y de trayecto) y en el Título III (enfermedades profesionales) de este Libro III, y de la o las órdenes de reposo. Las entidades de salud común deberán resguardar la confidencialidad de los datos sensibles contenidos en la información que se les remita.

La notificación deberá efectuarse a través de la oficina de partes de la entidad del sistema de salud común que corresponda. El organismo administrador deberá conservar una copia de los antecedentes notificados, que consigne el respectivo timbre con la fecha de notificación.

Alternativamente, el organismo administrador podrá acordar otro mecanismo de notificación con las entidades del sistema de salud común, siempre y cuando dicho mecanismo registre de manera fidedigna la fecha de notificación de la calificación.”.

- b) Elimínase el último párrafo del número 3. Antecedentes a entregar al trabajador por parte del respectivo organismo administrador.
3. Modifícase la Letra C. Del reclamo y competencias de la Superintendencia de Seguridad Social, de la siguiente forma:
- a) Intercálase en el primer párrafo, entre las expresiones “el empleador” y “o el organismo administrador” la expresión “, la respectiva entidad del régimen de salud común”.
- b) Agréganse los siguientes nuevos párrafos quinto, sexto y séptimo pasando los actuales párrafos quinto, sexto, séptimo, a ser los párrafos octavo, noveno, décimo, respectivamente:
- “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 apela a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 90 días antes señalado, se entenderá que se ha allanado al reembolso. La no apelación 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, este último deberá consultar a la Superintendencia de Seguridad Social si ha recibido apelación 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 involucrada.”.

- c) Reemplázase el actual párrafo séptimo que pasó a ser décimo, por los siguientes párrafos décimo, décimo primero y décimo segundo:

“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 custodiar el documento original de la licencia médica apelada.”.

- d) Elimínase el actual párrafo octavo. Por su parte, los actuales párrafos noveno y décimo, pasan a ser los párrafos décimo tercero y décimo cuarto, respectivamente.

4. Modifícase la Letra D. Normas para el reembolso en caso de aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744 de acuerdo con lo siguiente:

4.1 Introdúcense las siguientes modificaciones al número 5. Cartas de cobranza de los organismos administradores de la Ley N°16.744. Antecedentes y plazos para su emisión:

a) Modifícase el segundo párrafo de la siguiente forma:

- i) Elimínase la letra a) del segundo párrafo.
- ii) Reemplázase en la actual letra b) que ha pasado a ser a), la primera conjunción “y” por una coma “,”.
- iii) Agregáse en la actual letra b) que ha pasado a ser a), a continuación de la segunda conjunción “y”, la expresión “los antecedentes que sirvieron para el cálculo del subsidio, y”.

b) Reemplázase el cuarto párrafo por el siguiente:

“Los organismos administradores deberán procurar enviar sus cartas de cobranza dentro del plazo de 60 días corridos, contado desde el término de las prestaciones o desde la fecha de notificación del oficio emitido por la Superintendencia de Seguridad Social, según corresponda.”.

c) Modifícase el quinto párrafo de la siguiente forma:

i) Reemplázase la expresión “de los antecedentes mencionados en los numerales a) y b) precedentes” por “de los siguientes antecedentes:

- Un informe reservado con la especificación detallada de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico.
- El detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas, los antecedentes médicos o de otro orden, fundantes (anamnesis) de la patología respectiva, y los antecedentes que sirvieron para el cálculo del subsidio.”.

ii) El punto seguido de este párrafo, pasa a ser punto aparte, por lo que la oración “Lo anterior, sin perjuicio de que la entidad informe a la institución requirente que no cursará el pago solicitado, por no haber remitido los antecedentes que sustentan el cobro realizado.”, pasa a ser el nuevo párrafo sexto.

d) Modifícase el actual sexto párrafo que pasa a ser el séptimo párrafo de la siguiente forma:

iii) Intercálase entre las expresiones “Servicios de Salud” y “, sin perjuicio de”, la frase “y a la COMPIN que corresponda al domicilio del empleador”.

iv) Elimínase la expresión “sin perjuicio de la facturación posterior que éstos deban efectuar al FONASA”.

v) Agrégase a continuación del punto final, que pasa a ser punto seguido, la siguiente oración.

“Si el trabajador se encuentra afiliado a una CCAF, el reembolso de los subsidios que correspondan se deben requerir a ésta.”

e) Reemplázase los actuales párrafos séptimo, octavo, noveno y décimo, por los siguientes nuevos párrafos octavo, noveno y décimo:

“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.

Cuando el organismo administrador actuando como segundo organismo interviniente, haya apelado ante la Superintendencia de Seguridad Social y su apelación haya sido acogida, para efectos de requerir el reembolso de las prestaciones que por aplicación del artículo 77 bis estuvo obligado a otorgar, deberá adjuntar a su carta de cobranza el dictamen mediante el cual la Superintendencia acogió la apelación.

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:

- 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.
- 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.

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.

- 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.”.

4.2 Intercálase el siguiente nuevo número 6, pasando el actual número 6 a ser número 7:

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

“Cuando los organismos administradores, actuando como segundo organismo interviniente, hayan apelado ante la Superintendencia de Seguridad Social y la apelación 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 apeladas, 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 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 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.”.

4.3 Modifícase el actual número 6. Plazo para efectuar el reembolso, que ha pasado a ser número 7, de la siguiente forma:

- a) Intercálanse las siguientes expresiones en el primer párrafo:
 - i) Entre las expresiones “ISL” y “mutualidad”, la palabra “COMPIN”,
 - ii) Entre la palabra “conforme” y antes de la expresión “valor que tenga la Unidad de Fomento al momento del pago efectivo”, la expresión “a lo señalado en el número 2 anterior y considerando el”.
 - iii) Entre “si no lo hiciera” y “, lo adeudado devengará”, la expresión “en el plazo indicado”.

b) Agréganse los siguientes párrafos segundo y tercero:

“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, excepto cuando no existan razones que justifiquen dicho atraso.”.

5. Intercálase la siguiente la Letra E, pasando la actual Letra E a ser la Letra F.

“Letra 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 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 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 que los organismos administradores emitan en virtud de casos a los que no le sea aplicable el artículo 77 bis de la Ley Nº16.744, deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

Los organismos administradores no deberán remitir cartas de cobranza sin acompañar los documentos enunciados en el número 5, de la Letra D de este Título.

A su vez, dichos organismos 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.

Los organismos administradores deberán enviar sus cartas de cobranza dentro del mes siguiente al de la fecha de la resolución de la calificación que determina que la patología es de origen común.

2. Cobros a CCAF de subsidios y cotizaciones en casos no cubiertos por el artículo 77 bis de la Ley Nº16.744.

Cuando el organismo administrado 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, 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 apelar 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 apelación, 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 apelación de la COMPIN.

Si la COMPIN no apela a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 90 días antes señalado, se entenderá que se ha allanado al reembolso. La no apelación 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 a la Superintendencia de Seguridad Social si ha recibido apelación 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 apelada por la COMPIN individualizada, los organismos administradores podrán 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 apelado 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 apelación de la COMPIN por tratarse de una patología de origen común, o desistirse del cobro si la apelación 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 apelar posteriormente ante la Superintendencia de Seguridad Social.”.

II. VIGENCIA

Las modificaciones introducidas por esta Circular, entrarán en vigencia a partir de la fecha de su publicación.

SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

DISTRIBUCIÓN:

- Mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744
- Instituto de Seguridad Laboral
- Empresas con administración delegada
- Cajas de Compensación de Asignación Familiar
- Director FONASA
- Directores de los Servicios Salud
- Presidentes de las COMPIN
- Coordinador(a) de las COMPIN
- Instituciones de Salud Previsional
- Fiscal
- Departamento de Regímenes de Bienestar Social
- Departamento de Regulación
- Departamento de Supervisión y Control
- Departamento de Contencioso Administrativo
- Oficina de Partes
- Archivo Central