

SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

DEPARTAMENTO JURIDICO
DEPARTAMENTO ACTUARIAL



CIRCULAR N° 1424 _____/

SANTIAGO, 22-AGO-1995.-

LICENCIAS O REPOSOS MEDICOS RECHAZADOS FUNDADOS EN ORIGEN COMUN O PROFESIONAL DE LA AFECCION. IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE NORMAS QUE SE CONTIENEN EN LA LEY N°19.394.

Con fecha 21 de junio de este año, se publicó en el Diario Oficial la Ley N°19.394, que derogó el inciso cuarto del artículo 77 de la Ley N°16.744 y agregó un artículo 77 bis a dicho cuerpo legal. Al respecto, este Organismo ha estimado pertinente impartir las siguientes instrucciones.

1.- OBJETIVO DE LA MODIFICACION.-

Las modificaciones que introduce la citada Ley N°19.394 a la Ley N°16.744, han tenido por objeto fundamental solucionar la situación de los trabajadores a los cuales se les rechaza una licencia o reposo médico, porque la causa invocada tiene o no origen profesional, ya que tal circunstancia implicaba para los afectados que no recibieran oportunamente las prestaciones médicas y pecuniarias correspondientes.

2.- PROCEDIMIENTO.-

A partir de la dictación de la Ley N°19.394, si a un trabajador se le rechaza una licencia o un reposo médico por parte de los Servicios de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) o de las Mutualidades de Empleadores, porque la afección invocada tiene o no un origen profesional, el afectado debe recurrir al otro organismo previsional que habría debido visar o autorizar dicha licencia o reposo, el cual estará obligado a cursar la licencia de inmediato y a otorgar las prestaciones médicas y/o económicas correspondientes.

De esta manera, si el rechazo lo determina una Mutualidad de Empleadores, porque, a su juicio, la afección es de índole común, el interesado deberá concurrir ante la respectiva ISAPRE o Servicio de Salud, según corresponda; si por el contrario, es una ISAPRE o un Servicio de Salud el que decreta el rechazo, porque el cuadro clínico de que se trate lo estima como de origen profesional y el afectado está afiliado a una Mutualidad de Empleadores, habrá de recurrirse ante la respectiva Mutualidad.

En los dos casos antes mencionados, el segundo organismo al que recurra el interesado deberá cursar de inmediato la licencia o reposo médico y, además, deberá disponer se otorguen las prestaciones médicas y pecuniarias a que haya lugar.

Con el fin de que pueda operar adecuadamente el procedimiento que establece la Ley N°19.394, se requiere que el organismo que rechaza la licencia o el otorgamiento de las prestaciones requeridas, deje constancia escrita de ese hecho, emitiendo una resolución de rechazo, copia de la cual debe ser notificada al respectivo trabajador.

3.- RECLAMACION Y COMPETENCIA.-

Sin perjuicio que al trabajador deban concedérsele las prestaciones correspondientes, la persona o entidad interesada podrá, dentro del plazo de 90 días dispuesto en el inciso tercero del artículo 77 de la Ley N°16.744, reclamar directamente ante esta Superintendencia de Seguridad Social por el rechazo de la licencia o reposo médico, Entidad que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso, sobre la naturaleza (profesional o común) de la afección de que se trate.

Al efecto, la Superintendencia dispone de un plazo de 30 días para resolver, término que se cuenta desde que recepción los antecedentes que requiera sobre la situación o desde la fecha en que se hubieran practicado al paciente los exámenes que hubiere ordenado, si éstos fueran posteriores.

Por lo tanto y atendido el objetivo de la modificación legal en comento, los antecedentes y exámenes que se decreten por parte de esta Superintendencia deberán evacuarse o realizarse en el más breve plazo.

4.- EFECTOS DEL PRONUNCIAMIENTO DE LA SUPERINTENDENCIA.-

- a) Si se ratifica lo resuelto por el organismo que rechazó la licencia o reposo médico, ello no significará un cambio para las partes interesadas respecto de los beneficios que hayan debido concederse;
- b) Por el contrario, si se resuelve que las prestaciones han debido otorgarse con cargo a un régimen previsional distinto de aquél al cual se concedieron, el organismo respectivo (Servicio de Salud, Instituto de Normalización Previsional, Mutualidad de Empleadores, Caja de Compensación de Asignación Familiar o ISAPRE) deberá reembolsar el valor de aquellas a la entidad que las proporcionó, previo requerimiento de ésta.

5.- NORMAS PARA EL REEMBOLSO.-

5.1.- 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 N°18.010, el que se devenga desde que las prestaciones se otorgaron hasta la fecha en que se formula el requerimiento de reembolso.

Para este efecto, corresponde entender que la Entidad de que se trate otorga la prestación cuando ésta se le solicita o cuando se le requiera el pago de la misma, según corresponda (caso del interesado que se atiende en forma particular y que con posterioridad recurre a su ISAPRE).

5.2.- Plazo para el reembolso.

La entidad obligada al reembolso, deberá proceder al mismo, dentro del plazo de 10 días desde que fue requerido, conforme al valor que tenga la Unidad de Fomento al momento del pago efectivo; si así no lo hiciera, lo adeudado devengará, a partir del requerimiento, un interés diario equivalente al 10% anual.

5.3.- Reembolso al o del trabajador.

Si las prestaciones se hubieren otorgado con cargo al régimen establecido para las enfermedades comunes y se resolviere que la afección es de índole profesional, el trabajador tendrá derecho a que el Fondo Nacional de Salud o la ISAPRE respectiva, le devuelva la parte del reembolso correspondiente al valor de las prestaciones que éste hubiere solventado, incluido los reajustes e intereses respectivos.

Por el contrario, si la dolencia es calificada como común y los beneficios se concedieron con cargo al régimen de la Ley N°16.744, el Servicio de Salud o la respectiva ISAPRE deberán cobrar al trabajador la parte del valor de las prestaciones que a éste le corresponda solventar, según el régimen de que se trate; en este último caso sólo se considerará el valor de tales prestaciones.

5.4.- Valor prestaciones médicas para el reembolso.

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

Esa institución deberá proceder a dar la adecuada publicidad a las presentes instrucciones, para su debida aplicación.

Saluda atentamente a Ud.,



[Handwritten signature]
LIS A. ORLANDINI MOLINA
SUPERINTENDENTE

[Handwritten initials]
RHMS./zov.
DISTRIBUCION:

- Servicios de Salud
- Fondo Nacional de Salud
- Instituto de Normalización Previsional
- C.C.A.F.
- Mutualidades de Empleadores
- ISAPRES
- Empresas con Administración Delegada.