



CIRCULAR N° 1974

SANTIAGO, 22 FEB 2002

**APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 77 BIS DE LA LEY N° 16.744.
IMPARTE INSTRUCCIONES A LOS ORGANISMOS
ADMINISTRADORES DE LA LEY N° 16.744 Y A ORGANISMOS
ADMINISTRADORES DE SEGURO SOCIAL DE SALUD COMÚN**

En ejercicio de sus atribuciones, esta Superintendencia ha estimado pertinente impartir instrucciones a los Servicios de Salud, las Instituciones de Salud Previsional, al Instituto de Normalización Previsional a las Mutualidades de Empleadores y a las Empresas con Administración Delegada acerca de cómo deben proceder frente al rechazo de licencias o reposos médicos fundados en el origen común o laboral de la patología y en la calificación de dichas enfermedades en virtud de lo dispuesto en el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744.

I) ANTECEDENTES

A partir de la dictación de la Ley N° 19.394, si a un trabajador le es rechazada una licencia o un reposo médico por parte de los servicios de salud, de instituciones de salud previsional o 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.

La derivación del trabajador debe contener necesariamente el rechazo de una licencia o reposo médico. No basta con la indicación, en el correspondiente formulario de derivación, de que la afección invocada tiene o no tiene origen profesional.

Con el fin de que pueda operar adecuadamente el procedimiento que establece el citado artículo 77 bis, 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.

II) RECLAMACION Y COMPETENCIA

Sin perjuicio que al trabajador deban concedérsele las prestaciones correspondientes, cualquier persona o entidad interesada podrá 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.

En el evento que el segundo organismo concuerde con la calificación de la patología efectuada por el que ha rechazado la licencia o reposo médico, esto es, si se allana a la calificación efectuada por el primer organismo, ello le permite a éste reclamar ante esta Superintendencia.

En efecto, conforme al inciso segundo del artículo 77 bis cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar directamente ante esta Superintendencia por el rechazo de la licencia o reposo médico, y en este caso el primer organismo es parte interesada en obtener el reembolso de las prestaciones médicas que otorgó.

La Superintendencia dispone de un plazo de 30 días para resolver, término que se cuenta desde que recepciona 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 norma legal en comento, los antecedentes y exámenes que se decreten por parte de esta Superintendencia deberán evacuarse o realizarse en el más breve plazo.

III) EFECTOS DEL PRONUNCIAMIENTO DE LA SUPERINTENDENCIA

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.

Por el contrario, si se resuelve que las prestaciones han debido otorgarse con cargo a un régimen previsional distinto de aquél en el 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 rembolsar el valor de aquéllas a la entidad que las proporcionó, previo requerimiento de ésta.

IV) NORMAS PARA EL REEMBOLSO

1. Reajustabilidad e intereses hasta el requerimiento.

El valor de las prestaciones médicas y pecuniarias que corresponda rembolsar, 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).

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.

3. Reembolso al o del trabajador.

Si las prestaciones se hubieren otorgado con cargo al régimen establecido para las enfermedades comunes y se resolviera que la afección es de índole profesional, el trabajador tendrá derecho a que el Servicio de Salud o 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.

4. Valor de las 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.

V) EFECTOS QUE SE PRODUCEN FRENTE A LA CALIFICACIÓN DE UNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMO COMÚN POR PARTE DE UN ORGANISMO ADMINISTRADOR DE LA LEY 16.744

1. Extiende una licencia retroactiva por patología común. (Tipo I)

La emisión de licencias médicas meramente retroactivas no permite la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, norma que exige el rechazo de una licencia o reposo futuro. Asimismo, ello no es compatible con el artículo 30 de la misma Ley, ya que si se establece la necesidad de que el trabajador cumpla reposo laboral, se le deben pagar los subsidios correspondientes, por lo que no es dable que luego de haber permanecido en reposo, se le extienda una licencia meramente retroactiva.

En este caso no se configura la situación prevista en el artículo 77 bis, ya que esta norma exige el rechazo de una licencia o reposo futuro.

El organismo administrador del Seguro Social de Salud Común (ISAPRE-FONASA) debe rembolsar al organismo administrador de la Ley N° 16.744 el valor nominal de las prestaciones médicas, y pagar al trabajador el subsidio correspondiente.

En el costo de las prestaciones médicas se incluyen los gastos incurridos en el estudio de enfermedades respecto de las cuales, en definitiva se concluya que son de etiología común.

En ningún caso, podrán incluirse en estos reembolsos el costo de las prestaciones en que estos organismos deban incurrir con cargo al Seguro Social que el citado cuerpo legal establece, tales como estudios de puestos de trabajo, exámenes comprendidos en el artículo 71 de dicha Ley, exámenes ocupacionales y gastos en prevención de riesgos profesionales.

En el evento que el organismo administrador del régimen de prestaciones de salud común no concuerde con la calificación de la patología como de etiología común, puede recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social, quien resolverá en definitiva sobre el origen de la patología y, por ende, sobre el seguro que debe asumir el costo de las prestaciones.

2. Extiende una licencia con reposo retroactivo y futuro o con reposo exclusivamente futuro, por patología común. (Tipo 1)

En este caso la licencia no podrá extenderse por un período superior a 30 días, considerando la periodicidad con que deben pagarse las remuneraciones, y conforme a lo establecido por el artículo 1° del D.S. N° 109, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que al efecto establece que las prestaciones económicas establecidas en la Ley N° 16.744 tienen por objeto reemplazar las rentas de actividad del accidentado o enfermo profesional, debiendo existir continuidad de ingresos entre remuneraciones y subsidios.

En la situación en análisis se configura un 77 bis y el organismo administrador del Seguro Social de Salud Común debe otorgar las prestaciones correspondientes y rembolsar al organismo administrador de la Ley 16.744 el costo de las prestaciones médicas, tal como se señala en el punto IV de esta Circular.

En el costo de las prestaciones médicas se incluyen los gastos incurridos en el estudio de enfermedades respecto de las cuales, en definitiva se concluya que son de etiología común.

En ningún caso podrán incluirse en estos reembolsos el costo de las prestaciones en que estos organismos deban incurrir con cargo al Seguro Social que el citado cuerpo legal establece, tales como estudios de puestos de trabajo, exámenes comprendidos en el artículo 71 de dicha Ley, exámenes ocupacionales y gastos en prevención de riesgos profesionales.

En el evento que el organismo administrador del Seguro Social de Salud Común no concuerde con la calificación de la patología como común puede recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social, quien resolverá el seguro previsional que deberá asumir el costo, según califique la patología como de etiología común o laboral, por haberse configurado un 77 bis.

VI) EFECTOS QUE SE PRODUCEN FRENTE AL RECHAZO DE UNA LICENCIA POR EL ORGANISMO ADMINISTRADOR DEL SEGURO SOCIAL DE SALUD COMÚN POR CONSIDERAR LA PATOLOGÍA COMO DE ORIGEN LABORAL

La derivación del trabajador al organismo administrador de la Ley N° 16.744a) que esté afiliado debe contener necesariamente el rechazo de una licencia. No basta con la indicación, en el correspondiente formulario de derivación, de que la afección invocada tiene o no tiene origen profesional.

En este caso el organismo administrador de la Ley 16.744 debe otorgar todas las prestaciones que corresponda incluyendo el subsidio por incapacidad laboral, ya que se ha configurado la situación prevista en el artículo 77 bis.

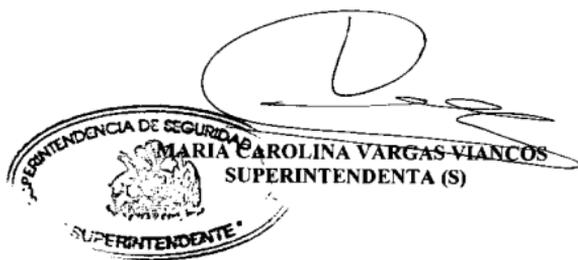
En el evento que el organismo administrador de la Ley 16.744 no concuerde con la calificación de la patología como de origen laboral puede recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social, quien resolverá el seguro previsional que deberá asumir el costo, según califique la patología como de etiología común o laboral, por haberse configurado un 77 bis.

Por el contrario, si el organismo administrador de la Ley N° 16.744 se allana a la calificación del diagnóstico causal de la licencia como de etiología común, el organismo del seguro social de salud común podrá reclamar del rechazo que formuló ante la Superintendencia de Seguridad Social en conformidad al inciso segundo del citado artículo 77 bis.

Se dejan sin efecto las instrucciones impartidas por la Circular N° 1424 de 1995, de esta Superintendencia.

Finalmente se instruye a ese Organismo dar la mayor difusión de las presentes instrucciones, especialmente entre los funcionarios encargados de su aplicación.

Saluda atentamente a Ud.



BVSA/LMV

DISTRIBUCIÓN:

- Servicios de Salud
- Instituciones de Salud Previsional
- Empresas con Administración Delegada de la Ley N° 16.744
- Mutualidades de Empleadores
- Instituto de Normalización Previsional
- Equipo Ley N° 16.744
- Oficina de Partes
- Archivo Central