



**CIRCULAR N°**

**SANTIAGO,**

**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. Modifíquese la Letra D. Normas para el reembolso en caso de aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744 y emisión de cartas de cobranza, de la siguiente forma:

a) Reemplázase el primer párrafo del número 1. Prestaciones a ser reembolsadas, por el siguiente:

“Procederá el cobro de las prestaciones otorgadas por un régimen de salud previsional distinto de aquel conforme al cual debieron otorgarse, atendida la calificación del origen de una enfermedad o accidente.”

b) Agrégase al inicio del primer párrafo del número 2. Reajustabilidad e intereses hasta el requerimiento, antes de la expresión “El valor de las prestaciones médicas...”, lo siguiente:

“De acuerdo con lo señalado en los incisos tercero y cuarto del artículo 77 bis, cuando la Superintendencia de Seguridad Social resuelva que las prestaciones debieron otorgarse con cargo a un régimen previsional distinto de aquel conforme al cual se proporcionaron,” Y reemplazase la letra “E” de la frase “El valor de las prestaciones médicas...”, por una letra “e”.

c) Modifíquese el número 5. Cartas de cobranza de los organismos administradores de la Ley N°16.744. Antecedentes y plazos para su emisión, en lo siguiente:

i) Intercálase el siguiente nuevo párrafo séptimo en el número 5. Cartas de cobranza de los organismos administradores de la Ley N°16.744. Antecedentes y plazos para su emisión:

“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.”

ii) Elimínanse los actuales párrafos séptimo, octavo, noveno y décimo.

d) 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 el organismo administrador actuando como segundo organismo interviniente, haya apelado ante la Superintendencia de Seguridad Social y su apelación haya sido acogida podrán solicitar a una Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) el reembolso de los montos pagados en subsidios y cotizaciones a trabajadores afiliados a una de dichas Cajas y a FONASA.

En estos casos, cuando los organismos administradores apelen ante la Superintendencia de Seguridad Social, deberán adjuntar a su reclamo, una copia por ambos lados de la licencia médica rechazada por la respectiva COMPIN, que le fue remitida por el organismo de salud común o presentada por el trabajador al momento de requerir las prestaciones de la Ley N°16.744. La Superintendencia de Seguridad Social no aceptará apelaciones que vengan sin la copia del referido documento.

Es obligación de los organismos administradores custodiar el documento original de la licencia médica apelada.

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 licencia médica apelada, la que se identificará con el número de la licencia, el nombre del trabajador y el número de días de reposo. 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 referido 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 (liquidaciones de remuneración, cartola de cotizaciones, contrato de trabajo u otros instruidos por la Superintendencia de Seguridad Social).

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, especialmente, que 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, los organismos administradores pagan la totalidad del respectivo subsidio, monto que debe ser íntegramente reembolsado por las Cajas de Compensación y rendidos por éstas 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 este hecho en la letra B del formulario de licencia, para lo cual deberá marcar una X en el casillero existente al lado izquierdo de la palabra redictamen, 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, 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 la fecha del oficio emitido por la Superintendencia de Seguridad Social.”.

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

i) Reemplázase en el primer párrafo, la expresión “al valor que tenga la Unidad de Fomento al momento del pago efectivo” por “a lo señalado en el número 2. Reajustabilidad e intereses hasta el requerimiento”.

ii) Intercálase en el primer párrafo, la expresión “en el plazo indicado” entre “si no hiciera” y “lo adeudado devengará”.

iii) Agrégase los siguientes párrafos segundo y tercero:

“El plazo de 10 días se contará desde la recepción conforme de 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.”.

2. Reemplázase la actual Letra E. Presentación de la licencia médica fuera de plazo por el trabajador por la nueva Letra E. Situaciones que no se encuentran reguladas por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744. Y la actual Letra F. Situaciones que no se encuentran reguladas por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744 pasa a ser la nueva Letra F. Presentación de la licencia médica fuera de plazo por el trabajador.

3. Modifícase la actual Letra F. Situaciones que no se encuentran reguladas por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, que ha pasado a ser la nueva Letra E, de acuerdo a lo siguiente:

a) Reemplázase en el segundo párrafo del número 1. Casos no regulados por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, la expresión “en que no se configuran los presupuestos del artículo 77 bis de la Ley N° 16.744” por “señaladas en las letras anteriores”.

b) Elimínase el título del número “2. Cobros a realizar en casos no cubiertos por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744”, pasando sus actuales párrafos a ser los nuevos párrafos segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto del número 1. Casos no regulados por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

c) Agrégase el siguiente número 2 nuevo:

“2. Cobros a CCAF de subsidios y cotizaciones en términos nominales, en casos no cubiertos por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744

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 emitir una licencia médica tipo 1 por los días de subsidio ya pagados y una resolución de calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA), en la que señale que ha calificado el accidente o la enfermedad que afecta al trabajador como de origen común y enviarlas a la COMPIN o SUBCOMPIN que corresponda. De no estar de acuerdo con la calificación del organismo administrador, la COMPIN o SUBCOMPIN puede apelar a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 90 días hábiles.

La referida licencia médica se emitirá solo para fines de registro y deberá llevar un timbre que indique "subsidio ya pagado" para evitar un doble pago de dicho beneficio.

Junto con la Resolución y la licencia médica señalada, el organismo administrador deberá enviar a la COMPIN copia de los antecedentes que respaldan dicha calificación (DIAT o DIEP, RELA, orden de reposo, informes médicos, exámenes practicados, entre otros), para que ésta analice la documentación recibida y confirme o rechace el origen común de la enfermedad o accidente.

El organismo administrador deberá obtener el recibo de recepción de los referidos antecedentes, debidamente firmado y fechado.

Si la COMPIN confirma el origen común de la enfermedad o del accidente deberá aprobar la licencia médica y remitirla mediante oficio al organismo administrador que la emitió para que éste la adjunte 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 de un 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. La Compin por su parte deberá registrar como aprobada la licencia emitida por el organismo administrador.

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 licencia médica y la documentación de respaldo del organismo administrador fue recepcionada por la COMPIN correspondiente, el organismo administrador deberá consultar a la Superintendencia de Seguridad Social si ha recibido apelación respecto de la referida Resolución. La consulta deberá indicar el número de la Resolución, 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, con dicho antecedente más aquellos que sirvieron de base para el cálculo del Subsidio (liquidaciones de remuneración, cartola de cotizaciones, contrato de trabajo u otros instruidos por la Superintendencia de Seguridad Social), y con los comprobantes de pagos de los subsidios y las cotizaciones, los organismos administradores podrán solicitar a la CCAF el reembolso correspondiente.

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.

En los casos en que el organismo administrador, actuando como primer organismo interviniente, paga subsidios durante 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.

**CLAUDIO REYES BARRIENTOS**  
**SUPERINTENDENTE DE SEGURIDAD SOCIAL**

### **DISTRIBUCIÓN:**

- Mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744
- Instituto de Seguridad Laboral
- Cajas de Compensación de Asignación Familiar
- Presidentes de las COMPIN
- Coordinador(a) de las COMPIN
- Fiscal
- Departamento de Regímenes de Bienestar Social
- Departamento de Regulación
- Departamento de Supervisión y Control
- Departamento de Contencioso Administrativo
- Oficina de Partes
- Archivo Central