

1. Médico de urgencia

Médico de urgencia

El médico de urgencia podrá efectuar la calificación en los siguientes casos:

- a. Cuando la condición de salud de "emergencia o urgencia" derive de una patología común, la calificación podrá efectuarse en el contexto de la atención de urgencia, dejando constancia en la ficha médica de los antecedentes y fundamentos que la sustentan.

En estos casos, el organismo administrador o el centro médico con el que tenga convenio, deberán otorgar al paciente las atenciones médicas necesarias hasta su estabilización, sin perjuicio de solicitar al régimen de salud común los reembolsos pertinentes. Para este efecto, los términos "atención médica de emergencia o urgencia", "emergencia o urgencia" y "paciente estabilizado", deberán interpretarse de acuerdo con el sentido o alcance que les confiere el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, aprobado por el D.S. N°369, de 1985, del Ministerio de Salud.

- b. Tratándose de patologías graves, esto es, de aquellas que requieran atención médica inmediata para la compensación de su sintomatología aguda y que no sean susceptibles de resolución definitiva en una primera atención, siempre que de los antecedentes disponibles fluya indubitablemente que corresponde a una patología de origen común.

~~En las situaciones previstas en las letras a) y b) precedentes, el médico de urgencia deberá suscribir la RECA en su formato electrónico y registrar en el campo "Indicaciones" la siguiente glosa: "Condición de salud catalogada como emergencia o urgencia, o patología grave".~~

“En las situaciones previstas en las letras a) y b) precedentes, en la glosa “Tipo de calificador de la enfermedad denunciada”, de la Zona H, del documento electrónico de la RECA, descrito en el Anexo N°10 "Documento electrónico de la Resolución de Calificación (RECA)", de la Letra G, Título I, Libro IX, se deberá consignar: “1) Califica médico de urgencia por causal de emergencia” o “2) Califica médico de urgencia por causal de patología grave”, según corresponda.”

El médico de urgencia no podrá realizar la calificación, cuando una vez otorgadas las prestaciones médicas necesarias para la condición de "emergencia o urgencia" o patología grave, no pudiere descartarse el origen laboral del cuadro clínico. En dicho supuesto, deberá derivar el caso al profesional que corresponda, para someterlo al proceso de calificación de su origen, común o laboral.

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales A. Protocolo General CAPÍTULO IV. Proceso de calificación. 8. Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de las condiciones de trabajo

8. Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de las condiciones de trabajo

En caso que la enfermedad sea calificada como de origen laboral, en el campo "indicaciones" de la respectiva RECA, se deberá señalar la obligación del empleador de cambiar al trabajador de puesto de trabajo o de readecuar dicho puesto, con la finalidad de cesar la exposición al agente causante de la enfermedad profesional.

Para la correcta implementación del cambio de puesto de trabajo o de su readecuación, en el campo "indicaciones" se deberá precisar cuál es el riesgo o agente presente en el puesto de trabajo, que causa la enfermedad profesional.

~~Adicionalmente, cuando el trabajador se desempeñe en empresas de menos de 50 trabajadores, el organismo administrador deberá, mediante un informe, prescribir además medidas específicas, acorde a la naturaleza y actividad económica de la empresa, con el objeto de eliminar, controlar o mitigar el riesgo.~~

Adicionalmente, el organismo administrador deberá prescribir a la entidad empleadora las medidas correctivas específicas dirigidas a controlar el riesgo del agente que dio origen a la enfermedad profesional, de acuerdo a lo instruido en el Capítulo I, Letra G. Prescripción de medidas de control, del Título II, del Libro IV. Prestaciones preventivas.

El organismo administrador deberá ~~indicar o~~ prescribir las medidas dentro del plazo máximo de 10 días hábiles contado desde la ~~data- fecha~~ de la calificación. Conjuntamente, deberá fijar a la entidad empleadora un plazo para el cumplimiento de las medidas prescritas, el que no podrá ser superior a 90 días corridos.

Excepcionalmente, el organismo administrador podrá fijar un plazo mayor, cuando por razones justificadas el empleador no pueda implementar las medidas dentro del plazo máximo de 90 días. Las razones que justifican ese mayor plazo, deberán ser precisadas en el informe de la prescripción de medidas y registradas en el campo "Descripción de la Medida Prescrita" del documento electrónico del Anexo N°13 "Prescripción de medidas" de la Letra G. Anexos, del Título I, del Libro IX. Sistemas de información. Informes y reportes.

~~En todo caso, si antes de transcurrir este plazo, se produjera la reincorporación del trabajador ésta deberá efectuarse en un puesto de trabajo en que no se encuentre expuesto al riesgo que dio origen a su enfermedad.~~

El organismo administrador deberá comunicar al empleador que la reincorporación del trabajador al mismo puesto de trabajo, sólo podrá realizarse cuando en éste se hayan implementado medidas correctivas efectivas para el control del riesgo del agente que dio origen a la enfermedad, de manera tal que el trabajador ya no se encuentre expuesto a ese riesgo.

~~Una vez vencido el plazo para la implementación de las medidas, el organismo administrador deberá verificar si el empleador dio cumplimiento y en caso negativo, informar a la Inspección del Trabajo y/o a la Autoridad Sanitaria competente.~~

Dentro de los diez días siguientes al vencimiento del plazo fijado para la implementación de las medidas, el organismo administrador deberá verificar que la entidad empleadora les haya dado cumplimiento y que las medidas implementadas sean efectivas para el control del riesgo.

En caso que el organismo administrador haya prescrito a la entidad empleadora más de una medida correctiva, con plazos de implementación distintos, el plazo establecido en el párrafo anterior, se contará desde el vencimiento del plazo mayor.

Si el organismo administrador detecta que las medidas implementadas no son efectivas, deberá prescribir nuevas medidas correctivas.

si el empleador dio cumplimiento y en caso negativo, informar a la Inspección del Trabajo y/o a la Autoridad Sanitaria competente.— Si el empleador no ha implementado las medidas prescritas, el organismo administrador deberá aplicar el recargo establecido en el artículo 16 de la Ley N°16.744, en relación con el artículo 15 del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, e informar la situación de riesgo para la salud de los trabajadores, a la Inspección del Trabajo y/o a la SEREMI de Salud que corresponda. Para dicho efecto, deberá utilizarse el formulario contenido en el Anexo N°11 "Informe a entidades fiscalizadoras -formulario B".

Los organismos administradores deberán informar a la Superintendencia de Seguridad Social las medidas prescritas, el resultado de la verificación de su cumplimiento y la notificación a las entidades fiscalizadoras, en caso de incumplimiento, todo ello, mediante la remisión de los documentos electrónicos del Anexo N°13 "Prescripción de medidas", del Anexo N°14 "Verificación de medidas" y del Anexo N°15 "Notificación a la autoridad" y de acuerdo a lo instruido en el Capítulo VIII. Prescripción de Medidas, Verificación de Medidas y Notificación a la Autoridad para los casos de enfermedades profesionales (RECA tipo 3 y 5), de la Letra B, del Título I, del Libro IX. Sistemas de información. Informes y reportes.

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales A. Protocolo General CAPÍTULO IV. Proceso de calificación 10. Supervisor Técnico del proceso de calificación

~~10. Supervisor Técnico del proceso de calificación~~

~~El organismo administrador deberá designar a un responsable de la coordinación o supervisión técnica del proceso de calificación, cuya identidad y datos de contacto, deberán ser informados a la Superintendencia de Seguridad Social, dentro de los 10 días hábiles posteriores a su nombramiento. Para todos los efectos, dicho supervisor será la contraparte técnica del proceso de calificación ante la Superintendencia de Seguridad Social.~~

- ~~a. — Será responsabilidad del coordinador o supervisor técnico, entregar a la Superintendencia de Seguridad Social un informe respecto de los siguientes casos calificados:~~
- ~~i. — Aquellos cuya condición de salud sea catalogada como emergencia o urgencia, o patología grave, de conformidad con el N°1, Capítulo II, de esta Letra A.~~
 - ~~ii. — Los ingresados con DIEP que sean redireccionados al flujo de accidentes del trabajo y/o trayecto, de acuerdo con el N°1, Capítulo IV, de esta Letra A.~~
 - ~~iii. — Aquellos cuya patología no figure en el listado de enfermedades profesionales contenido en el artículo 19 del D.S. N°109, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.~~

~~Dicho informe deberá contener como mínimo:~~

- ~~• La identificación de los casos, con precisión del CUN, diagnóstico del caso a que corresponde según la clasificación prevista en esta letra a), y el resultado de la calificación realizada, y~~
 - ~~• Los resultados de una auditoría interna de fichas clínicas, realizada mediante un muestreo aleatorio de, al menos, el 5% de los casos que han sido calificados dentro del respectivo trimestre.~~
- ~~b. — Asimismo, será responsabilidad del Supervisor Técnico, realizar las coordinaciones necesarias para que el respectivo organismo administrador entregue a la Superintendencia de Seguridad Social un informe sobre:~~
- ~~i. — Todos los casos calificados como enfermedad profesional, con precisión de su CUN y resumen de las medidas prescritas a la entidad empleadora;~~
 - ~~ii. — El estado de cumplimiento de las medidas prescritas para los casos reportados en el informe del trimestre anterior y las acciones adoptadas frente al incumplimiento del empleador, y~~
 - ~~iii. — Los casos pesquisados a partir del caso calificado como enfermedad profesional, para los casos reportados en el informe del trimestre anterior.~~

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

~~Los informes de las letras a) y b) precedentes, deberán ser remitidos a la Superintendencia de Seguridad Social el último día hábil de los meses de abril, julio, octubre y enero, respecto de los casos calificados durante el primer, segundo, tercer y cuarto trimestre, respectivamente.~~

10. Auditoría del proceso de calificación

Será responsabilidad del directorio de cada mutualidad y del Director Nacional del Instituto de Seguridad Laboral, la realización de una auditoría interna anual al proceso de calificación del origen de las enfermedades profesionales, respecto de los casos ingresados con DIEP durante el año calendario respectivo. En dicha auditoría se deberá verificar el cumplimiento de las instrucciones contenidas en el Título III. Calificación de enfermedades profesionales, del Libro III. Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes.

Esta auditoría deberá ser incorporada al plan anual de auditoría de cada organismo administrador y su informe deberá ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social, conforme a lo instruido en la Letra F. Plan anual de auditorías, del Título II, del Libro VII. Aspectos Operacionales y Administrativos.

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales D. Protocolo de patologías dermatológicas CAPÍTULO II. Normas especiales del proceso de calificación 4. Calificación para patologías dermatológicas

4. Calificación para patologías dermatológicas

La calificación de origen de una patología dermatológica deberá ser realizada por un Médico del Trabajo.

Solo cuando a juicio de dicho profesional, la complejidad del caso lo amerite, éste podrá convocar a un Comité de Calificación, cuya conformación y funciones se regirán por lo dispuesto en el [N°2, Capítulo III, Letra A, de este Título](#).

Se recomienda que en este Comité de Calificación participe el profesional encargado de aplicar los instrumentos de la evaluación de condiciones de trabajo y/o tenga conocimientos en la realización de exámenes complementarios.

Tanto el Médico del Trabajo como el Comité de Calificación podrán solicitar otras evaluaciones médicas y/o exámenes complementarios adicionales, si los antecedentes para la calificación resultaren insuficientes.

Para calificar el origen de una patología dermatológica, el Médico del Trabajo o el Comité de Calificación deberá contar, al menos, con todos los elementos obligatorios establecidos en el presente protocolo y los estudios complementarios que sean pertinentes. Adicionalmente, deberá tomar en consideración los antecedentes de evaluaciones ambientales y de programa de vigilancia de salud de los trabajadores de la entidad empleadora, si se encontraren disponibles.

Ante un caso de sospecha de enfermedad cancerígena ocupacional de la piel por exposición a radiación UV solar, si el Médico del Trabajo determina que dicha exposición ocupacional al riesgo es suficiente, deberá derivar el caso a dermatólogo para la confirmación diagnóstica.

En la situación señalada en el párrafo anterior, el dermatólogo deberá confeccionar un informe escrito sobre el diagnóstico definitivo, documento que el organismo administrador deberá incorporar a la ficha clínica del caso para calificación de origen.

La calificación deberá estar debidamente fundamentada mediante un informe que contenga los elementos mínimos establecidos en el [Anexo N°6 "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la patología"](#).

~~Ante un caso ingresado en virtud de lo establecido en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, el organismo administrador o la empresa con administración delegada estará obligada a completar el estudio diagnóstico para calificación de origen de enfermedad, sólo si confirma presencia del riesgo ocupacional para enfermedades dermatológicas mediante la evaluación de condiciones de trabajo que corresponda.~~

~~Todos los casos de cánceres a la piel que fueron estudiados de acuerdo a este protocolo, deberán ser individualizados mediante el CUN e incorporados como parte del informe del supervisor técnico indicado en el N°10, Capítulo IV, Letra A, de este Título. Se deberá anexar a dicho informe el historial de exposición ocupacional a radiación UV de origen solar Anexo N°22 "Historial de exposición ocupacional a radiación UV de origen solar".~~

~~El primer reporte que el supervisor técnico deberá enviar conforme a lo instruido en el párrafo anterior, deberá entregarse conjuntamente con el informe correspondiente al segundo trimestre del año 2018.~~

7. Plazo de calificación

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

~~El proceso de calificación de las patologías dermatológicas especificadas en esta Letra D, que sean denunciadas a partir del 1 de marzo de 2018 y hasta el 31 de diciembre del mismo año, deberá concluir en un plazo máximo de 45 días corridos, contados desde la fecha de la primera denuncia.~~

~~Consecuentemente, la información relacionada con las resoluciones de calificación de estas enfermedades, deberá remitirse al SISESAT, dentro del plazo de 45 días corridos.~~

~~Luego, el proceso de calificación de las patologías dermatológicas denunciadas a contar del 1 de enero de 2019, se regirá por el plazo de 30 días corridos, establecido en el N°1, Capítulo I, Letra A, de este Título.~~

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES
TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales E. Protocolo patologías de la voz
CAPÍTULO II. Normas especiales del proceso de calificación

4. Calificación del origen de patología de la voz

La calificación de origen de una patología de la voz deberá ser realizada por un Médico del Trabajo.

Solo cuando a juicio de dicho profesional, la complejidad del caso lo amerite, éste podrá convocar a un Comité de Calificación cuya conformación y funciones, se regirán por lo dispuesto en el [N°3, Capítulo II, Letra A, de este Título](#).

Se recomienda que en este Comité participe un fonoaudiólogo y/o el profesional encargado de aplicar la evaluación de riesgo para patologías de la voz.

Tanto el Médico del Trabajo como el Comité de Calificación podrán solicitar otras evaluaciones médicas y/o exámenes complementarios adicionales, si los antecedentes para la calificación resultasen insuficientes.

Para calificar el origen de una patología de la voz, el Médico del Trabajo o el Comité de Calificación deberán contar, al menos, con todos los elementos obligatorios establecidos en el presente protocolo y los estudios complementarios que sean pertinentes.

La calificación deberá estar debidamente fundamentada mediante un informe que contenga los elementos mínimos establecidos en el [Anexo N°6 "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la patología"](#).

~~Ante un caso ingresado en virtud de lo establecido en el artículo 77 bis de la Ley 16.744, el organismo administrador o la empresa con administración delegada deberá completar el estudio diagnóstico para calificación de origen de enfermedad, sólo si confirma presencia de riesgo ocupacional para enfermedades de la voz mediante la evaluación de condiciones de trabajo indicada en el [Anexo N°24 "Evaluación de riesgo para patologías de la voz"](#).~~

7. Plazo de calificación

~~El proceso de calificación de las patologías de la voz especificadas en esta Letra E, que sean denunciadas a partir del 1 de marzo de 2018 y hasta el 31 de diciembre del mismo año, deben concluir dentro de un plazo máximo de 45 días corridos, contados desde la fecha de la primera denuncia.~~

~~Consecuentemente, la información relacionada con las resoluciones de calificación de estas enfermedades, deberá remitirse al SISESAT, dentro del plazo de 45 días corridos.~~

~~Luego, el proceso de calificación de las patologías denunciadas a contar del 1 de enero de 2019, deberá concluir dentro del plazo de 30 días corridos establecido en el [N°1, Capítulo I, Letra A, de este Título](#).~~

2. Documento electrónico que debe ser remitido al SISESAT por parte del organismo administrador

La información de la RECA que debe ser remitida como documento electrónico, cualquiera haya sido su origen -en formato electrónico o papel-, deberá ajustarse a la descripción que forma parte del [Anexo N°10 "Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con de la Resolución de Calificación \(RECA\)"](#).

La inclusión de la Zona G "Diagnóstico", es obligatoria, debiéndose codificar el diagnóstico mediante el uso de CIE-10 y la clasificación de parte del cuerpo, en todas las resoluciones de calificación.

Se debe codificar el accidente utilizando el código forma, agente del accidente, código intencionalidad (CIE-10 causa externa); y la codificación de la enfermedad profesional según el código de agente de enfermedad, para todos los casos calificados como de origen laboral.

Con respecto a los casos calificados como de origen común, la codificación del accidente o de la enfermedad, se deberán suprimir los TAG correspondientes o en su defecto enviar el TAG con códigos genéricos que cumplan con la estructura definida.

Los datos del "Diagnóstico Médico" y "Ubicación de la lesión o enfermedad", deberán ser remitidos de manera cifrada.

La zona de identificación del accidente, así como la zona de identificación de la enfermedad en la RECA, son opcionales. No obstante, dichas zonas serán obligatorias en las siguientes situaciones:

- a. Si el caso corresponde a una denuncia de accidente (DIAT) y la contraloría del respectivo organismo administrador determina que se trata de una enfermedad, entonces se debe completar la zona de enfermedad.
- b. Si el caso corresponde a una denuncia de enfermedad (DIEP) y la contraloría del respectivo organismo administrador determina que se trata de un accidente, entonces se debe completar la zona de accidente.

Si el organismo decide enviar siempre las zonas, el sistema no impide su recepción.

En los casos señalados en las letras a) y b) anteriores, el organismo deberá ingresar siempre la denuncia (DIAT o DIEP) que corresponda a la naturaleza del siniestro (accidente o enfermedad) calificado.

Las definiciones oficiales de los XML Schemas que permiten conformar el documento electrónico por medio del cual los organismos administradores remiten la información de la RECA, se encuentran en la página web <http://www.suseso.cl>.

Asimismo, para acceder a toda la información y documentación referente al Sistema de Información, los organismos administradores pueden acceder al mismo sitio web.

LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTE
TÍTULO I. Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) B. Módulo de accidentes y enfermedades profesionales
CAPÍTULO VI. Resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (RECA)

4. Plazo de remisión de la RECA al sistema

Los organismos administradores (mutualidades de empleadores, Instituto de Seguridad Laboral y empresas con administración delegada), deberán remitir al sistema, por medio de documento electrónico, la información asociada a las resoluciones de calificación del origen de los accidentes denunciados, en el plazo máximo de ~~15-5~~ días corridos contado desde ~~el día en que se ingresó en el sistema la primera DIAT~~ la fecha de su emisión. ~~En el caso de los accidentes graves y fatales, los organismos administradores deberán constatar la concordancia de la última versión de la DIAT OA ingresada a SISESAT, en el campo "Tipo de accidente" (fatal, grave u otro), con la naturaleza del accidente determinado en el eDoc 7 RECA.~~

Tratándose de accidentes en los que el cuerpo del trabajador se encuentra desaparecido, el eDoc 7 RECA deberá mantenerse pendiente de envío y solo deberá emitirse una vez que se disponga del documento que acredite la muerte presunta del trabajador o la comprobación judicial de la muerte, según corresponda.

~~La información asociada a las resoluciones de calificación del origen de las enfermedades denunciadas mediante las DIEP electrónicas, deberá remitirse en el plazo máximo de 30 días corridos, contados desde el día en que se ingresó en el sistema la primera DIEP.~~

La información asociada a las resoluciones de calificación del origen de las enfermedades denunciadas mediante las DIEP, deberá remitirse en el plazo máximo de 5 días corridos, contado desde su emisión.