

LIBRO I. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SEGURO/

TÍTULO IV. Organismos administradores y administradores delegados

D. Administradores delegados

~~Las entidades empleadoras que, cumpliendo las exigencias legales y reglamentarias, ejercieren el derecho a ser administradores delegados, deberán solicitarlo por escrito al ISL, acompañando los documentos justificativos del cumplimiento de los requisitos que se detallan en el inciso primero y en las letras a), f), y g) del artículo 23 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.~~

~~Dichas entidades para actuar como administradores delegados del Seguro, deben ocupar habitualmente en sus faenas 2.000 o más trabajadores, lo que debe ser corroborado mediante informe de la Dirección del Trabajo; su capital y reservas ser superior a mil quinientos sesenta ingresos mínimos para fines no remuneracionales; poseer y mantener servicios médicos adecuados, con personal especializado en rehabilitación y realizar actividades permanentes y efectivas de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; y contar con previa autorización de la Superintendencia de Seguridad Social.~~

~~La exigencia de poseer y mantener servicios médicos adecuados, se cumplirá no solo cuando el administrador delegado sea dueño de esos servicios, sino también cuando las prestaciones médicas de la Ley N°16.744 sean otorgadas por servicios médicos de una entidad en cuya administración el administrador delegado tenga directa injerencia.~~

~~La falta de cualquiera de las condiciones establecidas en el citado artículo 23, en cualquier momento que se produzca, dará margen para que la Superintendencia de Seguridad Social revoque la delegación.~~

1. Definición

Las entidades empleadoras que cumplan las exigencias legales y reglamentarias, tendrán derecho a ser autorizadas como “administradoras delegadas del Seguro Social de la N°16.744”, respecto de sus propios trabajadores, en cuyo caso tomarán a su cargo el otorgamiento de las prestaciones de dicho seguro, en materias de orden médico, preventivo y económicas, con excepción en este último caso del pago de las pensiones.

Atendida su doble condición de empleador y administrador delegado del Seguro Social de la Ley N°16.744, las entidades deberán desarrollar medidas administrativas, de gestión y control interno, que le permitan cumplir con las exigencias legales y reglamentarias vigentes.

2. Requisitos y condiciones

Los administradores delegados del Seguro Social de la Ley N°16.744, deberán ocupar habitualmente 2.000 o más trabajadores, lo que deberá ser acreditado a través de un informe de la Dirección del Trabajo y, asimismo, tener un capital y reserva superior a mil quinientos sesenta ingresos mínimos para fines no remuneracionales y cumplir, además, los siguientes requisitos y condiciones:

- a) Poseer y mantener servicios médicos adecuados, con personal especializado en rehabilitación;
- b) Realizar actividades permanentes y efectivas de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales;
- c) Otorgar beneficios iguales o superiores a los que conceda el delegante;
- d) No podrán otorgar ni pagar pensiones. Estas prestaciones económicas se otorgarán y pagarán por el Instituto de Seguridad Laboral (ISL);
- e) Constituir para asegurar el fiel cumplimiento de las obligaciones que asumen, una **garantía** que consistirá en un depósito al contado y en dinero efectivo, hecho en el Instituto de Seguridad Laboral (ISL), equivalente a dos meses de las cotizaciones que les hubiere correspondido enterar en conformidad a la ley;
- f) Contar con el o los Comités Paritarios a que se refiere el artículo 66° de la Ley N° 16.744;
- g) Incluir en la protección que otorguen, a la totalidad de sus trabajadores, para lo cual gestionarán la delegación ante el Instituto de Seguridad Laboral (ISL);

h) No podrán deducir suma alguna del aporte para gastos de administración, a que se refiere el artículo 25° del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

El ingreso mínimo, antes señalado, será el vigente al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior a aquel en que se solicitare la delegación; y el monto del capital y reservas se determinará en base al balance correspondiente al mismo año.

La exigencia de la letra a) anterior de poseer y mantener servicios médicos adecuados se cumplirá no sólo cuando el administrador delegado sea dueño de esos servicios, sino también cuando –las prestaciones médicas de la Ley N°16.744 sean otorgadas por servicios médicos de una entidad en cuya administración el administrador delegado tenga directa injerencia o a través de prestadores externos con los que celebre un convenio para estos efectos.

Las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud fiscalizarán e informarán, al menos anualmente, la subsistencia de las condiciones indicadas en las letras a) y b) anteriores, al Instituto de Seguridad Laboral (ISL) y a la Superintendencia de Seguridad Social.

Los servicios de los administradores delegados serán supervigilados por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud y por la Superintendencia de Seguridad Social, cada cual dentro de sus respectivas competencias.

3. Conformación

a) Las entidades empleadoras que, cumpliendo con las exigencias legales y reglamentarias ejerzan el derecho de ser administradores delegados, deberán solicitarlo por escrito ante el Instituto de Seguridad Laboral (ISL), acompañando los documentos que acrediten el cumplimiento de los requisitos que se detallan en el inciso primero y en las letras a), f), y g) del artículo 23 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Por su parte, el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) presentará los antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social, quien autorizará la delegación, previo informe de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, que corresponda, conforme a lo dispuesto en el artículo 75 de la Ley N° 16.744.

b) Para efectos de constituir la garantía a que se refiere la letra e) del número 2. anterior, ésta deberá constituirse dentro de los de 30 días siguientes a la fecha en que la Superintendencia de Seguridad Social otorgue su autorización, bajo sanción de caducidad de la misma. Cabe hacer presente que, la normativa regulatoria de la referida garantía de fiel cumplimiento de las obligaciones que asumen los administradores delegados, se encuentra establecida en la Letra C, Título III del Libro VIII.

c) De igual modo, las entidades empleadoras que quieran asumir la calidad de administrador delegado deberán cumplir con lo establecido en el artículo 7 del D.S. N° 40, de 1969, Reglamento sobre Prevención de Riesgos Profesionales, esto es, una memoria explicativa acerca de las actividades de prevención de riesgos proyectadas, que contenga información completa sobre organización, personal técnico y recursos, programas de trabajo y sistemas de evaluación de resultados.

4. Término de la administración delegada

Las entidades empleadoras que hayan optado de forma voluntaria – previo cumplimiento de ciertos requisitos - a ser administradores delegados del Seguro de la Ley N°16.744, respecto de sus propios trabajadores, según lo dispone el artículo 72 de la citada ley, también tendrán derecho a poner término a dicha calidad, en forma voluntaria, debiendo aplicar las instrucciones señaladas en la letra a) siguiente. Por su parte, en el evento que no se dé cumplimiento a las condiciones que le fueron exigidas para su conformación, la Superintendencia de Seguridad Social podrá revocar la delegación, debiéndose cumplir las instrucciones señaladas en la siguiente letra b). En cualquiera de los casos descritos anteriormente, la entidad empleadora (ex administrador delegado) deberá a partir de la fecha de autorización de la renuncia o

de la revocación, efectuar todas las cotizaciones del Seguro de la Ley N°16.744 respecto de sus trabajadores, en alguna mutualidad de empleadores o en el Instituto de Seguridad Laboral.

a) Renuncia a la delegación

El administrador delegado podrá poner término unilateralmente a la delegación, situación que deberá ser comunicada al Instituto de Seguridad Laboral (ISL) en atención a su calidad de organismo delegante, a lo menos, con 6 meses de anticipación, conforme a lo establecido en el inciso segundo del artículo 29 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Para estos efectos, el administrador delegado deberá presentar por escrito a la Superintendencia de Seguridad Social una solicitud de renuncia, manifestando su voluntad de renunciar a la administración delegada del Seguro de la Ley N°16.744, acompañando un completo informe que contenga al menos lo siguiente:

- i) Nombre de organismo administrador que ejercerá la administración del Seguro de la Ley N°16.744.
- ii) Motivo de la renuncia.
- iii) Estado de situación de las prestaciones económicas otorgadas a sus trabajadores, es decir, número y monto de los Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL) e indemnizaciones que se encuentran en régimen de pago.
- iv) Estado de situación de las prestaciones médicas vigentes de sus trabajadores.
- v) Situación financiera/contable a la fecha de la presentación de la solicitud de renuncia, de acuerdo a lo establecido en la Letra E. Información financiera de los administradores delegados, Título IV. del Libro VIII, y
- vi) Plan de transición.

La Superintendencia de Seguridad Social en un plazo de 2 meses, contados desde la fecha de la presentación, emitirá una resolución autorizando la renuncia. Asimismo, dentro de este plazo podrá requerir información complementaria, generándose un nuevo plazo de 2 meses para un pronunciamiento de la Superintendencia de Seguridad Social, cada vez que reciba presentaciones complementarias.

De acuerdo al artículo 27 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, los subsidios por incapacidad laboral e indemnizaciones que se estuvieren pagando al momento de la renuncia, serán de responsabilidad de la entidad empleadora (ex administrador delegado) hasta su extinción.

Por su parte, en caso de proceder la renuncia, el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) deberá restituir al administrador delegado la garantía y sus reajustes, debiendo estar al día en el cumplimiento de todos los requisitos y obligaciones que la ley establece. Cabe hacer presente que, la restitución no comprenderá los intereses devengados y/o percibidos, los que se generaron producto de las inversiones de la garantía, éstos tendrán por objetivo incrementar el Fondo del Seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que administra el ISL.

b) Revocación de la delegación

Las condiciones y/o requisitos exigidos para la obtención de la calidad de administrador delegado, deberán subsistir durante todo el período en que las entidades empleadoras ejerzan la administración del seguro, la falta de cualquiera de ellas, en cualquier momento que se produzca, dará margen para que la Superintendencia de Seguridad Social revoque la referida delegación.

Asimismo, el artículo 6° del D.S. N°40, de 1969, Reglamento sobre Prevención de Riesgos Profesionales, estableció que si, a juicio de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, se comprueba incumplimiento o ineficiencia en los resultados de las actividades de prevención que deban desarrollar los administradores

delegados, será causal suficiente para que dicha entidad solicite a la Superintendencia de Seguridad Social la revocación de la delegación.

Por su parte, la Superintendencia de Seguridad Social en su calidad de fiscalizador de la Ley N°16.744, analizará tal situación y emitirá una resolución exenta que indique expresamente la fecha a partir de la cual se revoca la delegación del Seguro de la Ley N°16.744.

Revocada la delegación, el capital, reajuste e intereses de la garantía constituida, cederán a favor del Instituto de Seguridad Laboral (ISL) y de los Servicios de Salud, de acuerdo a las instrucciones que imparta la Superintendencia de Seguridad Social.

Se hace presente que, de acuerdo a lo señalado en el artículo 27 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, una vez revocada la delegación, el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) en su calidad de organismo delegante y los Servicios de Salud en su caso, asumirán respecto de los trabajadores de la entidad empleadora, todas las obligaciones que le impone la ley. Los subsidios por incapacidad laboral e indemnizaciones que se estuvieren pagando al momento de la revocación, serán de responsabilidad de la entidad empleadora (ex administrador delegado) hasta su extinción.

En cualquiera de los casos descritos en las letras a) y b) anteriores, la entidad empleadora (ex administrador delegado) deberá a partir de la fecha de autorización de la renuncia o de la revocación, según sea el caso, efectuar todas las cotizaciones del Seguro de la Ley N°16.744 respecto de sus trabajadores, en alguna mutualidad de empleadores o en el Instituto de Seguridad Laboral.

TÍTULO VII. Financiamiento

B. Transferencias presupuestarias y gastos

~~Anualmente el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, a través de un decreto supremo, establece los aportes o transferencias que deben realizar los distintos organismos administradores, para dar cumplimiento a las disposiciones de los artículos 14, 19, 20, 21, 23, 72 y 1° transitorio de la Ley N°16.744 y del D.S. N°101, de 1968, del mismo Ministerio, particularmente, las consignadas en los artículos 25, 36, 37, 38, 39, 41 y 43 y el artículo 5° del D.S. N°313, de 1972, también del citado Ministerio. Además, mediante dicho decreto se regulan los gastos de administración, en prevención y el monto de la reserva de eventualidades, entre otras materias.~~

Anualmente, a través de un decreto supremo del Ministerio del Trabajo y Previsión Social se establece el Presupuesto para la aplicación del Seguro Social de la Ley N° 16.744, en dicho decreto se instruyen las transferencias que debe realizar el Instituto de Seguridad Laboral al Ministerio de Salud y a los Servicios de Salud a través de la Subsecretaría de Salud Pública y los aportes que deben enterar en el referido Instituto los administradores delegados, para dar cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias de los artículos 3, 21, y 72 de la Ley N° 16.744; particularmente, las consignadas en los artículos 25, 36, 38 y 41 del D.S. N° 101, de 1968, del mismo ministerio; el artículo 5° del D.S. N° 313, de 1972, también del citado ministerio.

Además, en cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 14 y 19 de la Ley N° 16.744 y en los artículos 36 y 38 del D.S. N° 101, de 1968, en dicho decreto se establecen los porcentajes y montos máximos que los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 deben destinar a gastos de administración, y el porcentaje de los ingresos que deben destinar a la reserva de eventualidades.

Asimismo, en el referido decreto se establecen los porcentajes y montos mínimos que los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 deben destinar a labores de prevención de riesgos y se fija el monto que el Instituto de Seguridad Laboral debe destinar al financiamiento de las pensiones asistenciales del artículo primero transitorio de la Ley N° 16.744.

1. Transferencias, aportes o traspasos

~~a) Traspaso de aportes de las empresas con administración delegada al Instituto de Seguridad Laboral.~~

~~b) Traspaso de aportes del Instituto de Seguridad Laboral al Fondo de Pensiones Asistenciales.~~

~~c) Traspaso de aportes del Instituto de Seguridad Laboral y las empresas con administración delegada a la Subsecretaría de Salud Pública para ser distribuidos entre los Servicios de Salud para el financiamiento del Seguro Escolar.~~

~~d) Traspaso de aportes del Instituto de Seguridad Laboral al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, para el financiamiento de las labores de inspección y prevención de riesgos profesionales, y del funcionamiento de la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (COMERE).~~

a) Traspaso de aportes de las empresas con administración delegada al Instituto de Seguridad Laboral

De acuerdo al artículo 72 de la Ley N°16.74 y artículo 25 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión, las entidades empleadoras con administración delegada del Seguro Social de la Ley N°16.744 deberán enterar mensualmente un aporte en dinero, al Instituto de Seguridad Laboral (ISL), en la misma forma y oportunidad que corresponde enterar las cotizaciones previsionales.

El monto del aporte será equivalente al producto entre, el porcentaje establecido en el decreto supremo anual que establece aportes y transferencias, sobre las cotizaciones que les hubiere correspondido enterar por concepto de cotización básica general (0,9%) y adicional diferenciada por el total de las remuneraciones imponibles del administrador delegado para dicho mes, de acuerdo a la siguiente fórmula de cálculo:

$$\text{APORTE} = \left[(\%) \text{ fijado por decreto anual} * (\text{C B G } (0.9\%) + \text{C A D}) \right] * \text{REM. IMP.}$$

Donde:

<u>C B G</u> <u>(0,9 %)</u>	:	<u>Corresponde a la Cotización Básica General del 0.9%, según artículo 15, letra a) de la Ley N° 16.744.</u>
<u>C A D</u>	:	<u>Corresponde a la Cotización Adicional Diferenciada, según artículo 15, letra b) de la Ley N° 16.744 y D.S. N° 101.</u>
<u>REM.</u> <u>IMP.</u>	:	<u>Corresponde al total de las remuneraciones imponibles pagadas, en el mes del respectivo traspaso.</u>

En el decreto se señala además que, los administradores delgados deberán enterar en el Instituto de Seguridad Laboral, conjuntamente con el aporte antes señalado, la cotización destinada al financiamiento del seguro establecido por la Ley N°21.010, para las madres y padres trabajadores de hijos e hijas mayores de 1 año y menores de 15 o 18 años de edad, según corresponda, afectados por una condición grave de salud (SANNA). El ISL deberá destinar dichos recursos al Fondo señalado en el artículo 3 de la citada Ley N°21.010.

b) Traspaso de aportes del Instituto de Seguridad Laboral al Fondo de Pensiones Asistenciales

En el decreto anual de presupuesto se establecen, los montos que de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 1° transitorio de la Ley N° 16.744, el Instituto de Seguridad Laboral deberá destinar al financiamiento de las pensiones asistenciales a que se refiere dicho artículo.

c) Traspaso de aportes del Instituto de Seguridad Laboral y de las empresas con administración delegada a la Subsecretaría de Salud Pública para ser distribuidos entre los Servicios de Salud para el financiamiento del Seguro Escolar

De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 3° de la Ley N° 16.744 y 5° del D.S. N° 313, de 1972, en el decreto anual se fijará el porcentaje de los ingresos totales estimados del Instituto de Seguridad laboral, que éste deberá destinar al seguro escolar, el que no podrá exceder el 2%, sin considerar el aporte de las empresas con administración delegada.

Los administradores delegados calcularán el aporte al seguro escolar aplicando el porcentaje fijado en el decreto supremo, sobre las cotizaciones básica y adicional que les habría correspondido enterar de no haber tenido la calidad de administrador delegado y lo enterarán en el Instituto de Seguridad Laboral.

El Instituto de Seguridad Laboral deberá traspasar los Servicios de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, un porcentaje del total recaudado para el seguro escolar y retener un porcentaje para financiar las prestaciones económicas del seguro escolar.

- d) Traspaso de aportes del Instituto de Seguridad Laboral al Ministerio de Salud, para el financiamiento de las labores de inspección y prevención de riesgos profesionales y del funcionamiento de la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (COMERE)

El artículo 21 de la Ley N°16.744, prescribe que el Instituto de Seguridad Laboral deberá aportar al Ministerio de Salud un porcentaje de sus ingresos con el objeto de financiar el desarrollo de las labores de inspección y prevención de riesgos profesionales, así como para el funcionamiento de la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (COMERE).

En el decreto que anualmente dicta el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, se fija el monto del referido aporte, el que se realiza a través de la Subsecretaría de Salud Pública.

2. Gastos e inversiones

- a) Gastos de administración, que no podrán ser superiores a los porcentajes y montos de los ingresos totales de cada organismo, que fija anualmente el citado decreto.
- b) Reserva de Eventualidades. El monto de esta reserva debe actualizarse cada año, ajustándolo al porcentaje de los ingresos totales que fija el mencionado decreto.
- c) Gasto en prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, el cual no podrá ser inferior al porcentaje y monto de los ingresos totales de las mutualidades e ISL, establecidos anualmente en el citado decreto. Con cargo a dichos recursos, se deben financiar proyectos de investigación e innovación tecnológica en dicha área.

~~d) Distribución de excedentes del Seguro de la Ley N°16.744 conforme al artículo 21 de la Ley N°16.744.~~

e)d) Forma y oportunidad de los traspasos de aportes del Instituto de Seguridad Laboral a la Subsecretaría de Salud Pública a que se refieren las letras c) y d), del N°1 precedente.

LIBRO II. AFILIACIÓN Y COTIZACIONES/TÍTULO II. Cotizaciones /B. Cotización adicional diferenciada

CAPÍTULO III. Proceso de evaluación

1. Inicio del Proceso

Las SEREMI de Salud y las mutualidades de empleadores evaluarán cada dos años la siniestralidad efectiva ocurrida en las respectivas entidades empleadoras [y en los administradores delegados](#), en el período de evaluación. Dicho proceso se realizará durante el segundo semestre del año calendario en que corresponda efectuarla.

Respecto de las entidades empleadoras afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral -incluidas las empresas con administración delegada-, la evaluación que realicen las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud se hará teniendo en cuenta el informe emitido por dicho Instituto en que éste proponga la tasa de cotización a aplicar y contenga los antecedentes en que se funde.

Para la emisión del informe por parte del aludido Instituto, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud proporcionarán a aquél, semestralmente, la información respecto del número de días de subsidios ~~otorgados~~ [autorizados](#) por ellos conforme a la Ley N°16.744, desglosado por entidad empleadora y dentro de ésta por trabajador, indicando en cada caso el período a que corresponde cada subsidio. La información anterior deberá incluir la correspondiente a las empresas con administración delegada.

2. Carta y antecedentes a remitir a las entidades empleadoras

Las SEREMI de Salud y las mutualidades de empleadores remitirán por carta certificada a las respectivas entidades empleadoras [y a los administradores delegados](#), o por carta entregada personalmente al representante legal de ~~ellas~~ [éstos](#), a más tardar en septiembre del año en que se realice la evaluación, el promedio anual de trabajadores y la nómina de sus trabajadores que durante el período de evaluación hubieren sufrido incapacidades o muertes a consecuencia de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional. La nómina señalará respecto de cada trabajador, el número de días perdidos, las muertes y los grados de invalideces, según corresponda. Asimismo, en el evento que en el período de evaluación hubieren ocurrido una o más muertes por accidentes del trabajo en que se haya determinado que se originaron por falta de prevención de la entidad empleadora [o del administrador delegado, según corresponda](#), deberán informar a ~~ésta~~ [éstos](#) que dicha circunstancia generará el aumento de la tasa de cotización adicional determinada en el Proceso de Evaluación, a la tasa inmediatamente superior de la tabla contenida en el artículo 5º del citado D.S. N°67.

Además, en dicha carta las SEREMI de Salud y las mutualidades de empleadores deberán informar a las entidades empleadoras [y a los administradores delgados, según corresponda](#), respecto del inicio del proceso de evaluación y requerirles el envío, antes del 31 de octubre siguiente, de los antecedentes que correspondan.

La carta a la que se hace referencia en los párrafos anteriores, deberá confeccionarse de acuerdo a los formatos de los siguientes anexos:

- Anexo N°4 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa adherida a Mutualidad - mantiene tasa",
- Anexo N°5 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa no adherida a Mutualidad - mantiene tasa",
- Anexo N°6 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa adherida a Mutualidad - recarga tasa",
- Anexo N°7 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa no adherida a Mutualidad - recarga tasa",
- Anexo N°8 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa - adherida a Mutualidad - con cotizaciones al día - Requisitos a acreditar",
- Anexo N°9 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa - adherida a Mutualidad - sin cotizaciones al día - Requisitos a acreditar",
- Anexo N°10 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa - no adherida a Mutualidad - con cotizaciones por verificar - Requisitos a acreditar",
- Anexo N°11 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa- no adherida a Mutualidad - sin cotizaciones al día - Requisitos a acreditar",
- Anexo N°12 "Declaración Jurada de Existencia y Funcionamiento de Comités Paritarios de Higiene Y Seguridad",

- Anexo N°13 "Declaración Simple de Existencia y Funcionamiento de Departamento de Prevención de Riesgos",
- Anexo N°14 "Declaración Simple de Existencia de Reglamento de Higiene y Seguridad y Obligación de Informar".

Al respecto, cabe precisar que la carta dirigida a las entidades adheridas a una mutualidad de empleadores, que podrían acceder a la exención o rebaja de su cotización adicional, deberá elaborarse de acuerdo a los modelos contenidos en el Anexo N°8 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa -adherida a Mutualidad - con cotizaciones al día - Requisitos a acreditar", y en Anexo N°9 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa -adherida a Mutualidad - sin cotizaciones al día - Requisitos a acreditar", dependiendo de si se encuentran al día o no en el pago de las cotizaciones del Seguro de la Ley N°16.744, según los registros del organismo administrador.

En el caso de [los administradores delegados y de las](#) entidades empleadoras afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral, deberá utilizarse el formato del Anexo N°10 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa - no adherida a Mutualidad - con cotizaciones por verificar - Requisitos a acreditar" cuando no se tenga información respecto del pago de las cotizaciones y el Anexo N°11 "Comunica inicio de proceso de evaluación - empresa que podría acceder a rebaja de tasa- no adherida a Mutualidad - sin cotizaciones al día - Requisitos a acreditar para acceder a rebaja de tasa", cuando se disponga de información sobre los períodos con cotizaciones adeudadas.

Respecto de las entidades empleadoras que se encuentren adheridas a una mutualidad de empleadores, su domicilio será para estos efectos el que hubieran señalado en su solicitud de ingreso a aquella, a menos que posteriormente hubiesen designado uno nuevo en comunicación especialmente destinada al efecto.

En todo caso, cuando algunas de las cartas dirigidas a los domicilios antes señalados sean devueltas, el organismo administrador podrá considerar como comunicación especial de domicilio la contenida en la última planilla de declaración y/o pago de cotizaciones.

También deberán enviarse al domicilio consignado en la última planilla de declaración y/o pago de cotizaciones, las cartas dirigidas a las entidades empleadoras afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral [y a los administradores delegados](#).

9. Notificaciones

Las SEREMI de Salud o las mutualidades de empleadores notificarán por carta certificada dirigida al domicilio de la entidad empleadora [y administradores delegados](#) o personalmente al representante legal de la misma, durante el mes de noviembre del año en que se realice la evaluación, la resolución mediante la cual hayan fijado la cotización adicional a la que quedarán afectas y les remitirán todos los antecedentes que hayan considerado para el cálculo de la Tasa de Siniestralidad Total.

~~Se instruye a los organismos administradores para que adopten~~ [Las SEREMI de Salud y las mutualidades de empleadores deberán adoptar todas](#) las medidas tendientes a que las comunicaciones que remitan a las entidades empleadoras [y a los administradores delgados, según corresponda](#), a través de todo el proceso de evaluación lleguen efectivamente a su destino, a fin de que aquéllas, en la práctica, puedan proporcionar los antecedentes que se requieran y/o hacer las aclaraciones que corresponda.

Asimismo, para la procedencia de la exención o rebaja de la cotización adicional, las SEREMI de Salud y las mutualidades notificarán a las entidades empleadoras [y a los administradores delgados, según corresponda](#) que no cumplan con alguno de los requisitos a que se refiere el artículo 8º, la resolución que señale cuál es el requisito no cumplido, indicándole que podrán acreditar su cumplimiento antes del 1º de enero siguiente para los efectos de acceder a la rebaja de la cotización en los términos señalados en el número 8.

Si se hubiere notificado por carta certificada, se tendrá como fecha de notificación el tercer día de recibida dicha carta en la oficina de la Empresa de Correos de Chile.

10. Recursos de reconsideración y reclamación

En contra de las resoluciones que fijen la tasa de cotización adicional procederá el recurso de reconsideración, el que deberá interponerse ante la SEREMI de Salud o la mutualidad que emitió la resolución, dentro de los quince

días siguientes a su notificación, señalando las razones en que se fundamente. Dicho recurso deberá resolverse dentro de los treinta días siguientes a su interposición.

Se hace presente que dicho recurso podrá fundarse en cualquier causal que permita acreditar que la cotización adicional ha sido erróneamente determinada.

Lo anterior, es sin perjuicio del recurso de reclamación ante la Superintendencia de Seguridad Social, establecido en el inciso tercero del artículo 77 de la Ley N°16.744. Dicha Superintendencia podrá solicitar, si lo estima pertinente, informe de la Secretaría Regional Ministerial de Salud correspondiente, la que deberá informar en el plazo de quince días.

Si se solicitare la reconsideración, el plazo de 90 días hábiles para interponer la reclamación ante la Superintendencia de Seguridad Social, correrá desde la notificación de la resolución que se pronuncia sobre aquélla.

11. Recálculo de las Tasas de Cotización Adicional Diferenciada

En el caso de recursos cuya resolución no haya alcanzado a ser considerada en la fijación de la tasa de cotización adicional y que incidan en el período de evaluación, la SEREMI de Salud o la mutualidad de empleadores, según corresponda, deberá proceder a efectuar en su oportunidad el recálculo pertinente, fijando la nueva tasa con la misma vigencia de la tasa original y notificando de ello a la entidad empleadora o al administrador delegado, según corresponda. Igual recálculo procederá al momento de resolverse reconsideraciones o reclamaciones deducidas en contra de las resoluciones que fijen las tasas de cotización adicional.

Las diferencias de cotización producto del recálculo se restituirán ~~al empleador~~ a la entidad empleadora o administrador delegado, o se integrarán al organismo administrador, según corresponda, durante el mes siguiente al de la notificación respectiva, sin reajustes, ni intereses, ni multas.

12. Vigencia de la cotización adicional por siniestralidad efectiva

La tasa de cotización adicional regirá a contar del 1º de enero del año siguiente al del respectivo proceso de evaluación y hasta el 31 de diciembre del año subsiguiente al de dicho proceso, es decir, tendrá una vigencia de dos años.

Ello, no obstante, la existencia de recursos pendientes en contra de las resoluciones que han fijado dichas cotizaciones, los que una vez resueltos podrían dar origen a su recálculo.

La resolución que fije la cotización adicional a la que quedará afecta la entidad empleadora o administrador delegado, según corresponda deberá indicar el plazo de vigencia de la cotización fijada, los recursos que proceden en su contra, los plazos en que se pueden interponer y las entidades llamadas a resolverlos.

13. Envío de la resolución que fija cotización adicional a los administradores delegados a la Superintendencia de Seguridad Social

El Instituto de Seguridad Laboral deberá enviar a la Superintendencia de Seguridad Social, copia de la resolución ejecutoriada que fija la cotización adicional a la que quedarán afectos los administradores delegados, al finalizar el proceso.

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES

TÍTULO I. Denuncias

A. Denuncia de Accidente de Trabajo y de Enfermedad Profesional

CAPÍTULO I. Denuncia Individual de Accidentes de Trabajo

El empleador debe presentar en el organismo administrador al que se encuentre afiliado o adherido, en el plazo máximo de 24 horas, desde que tuvo conocimiento del respectivo accidente del trabajo o de trayecto, la correspondiente Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) con la información que indica su formato, de la que deberá mantener una copia.

[Los administradores delegados en su calidad de empleadores, igualmente deberán emitir la correspondiente DIAT en el plazo de 24 horas desde el accidente.](#)

En caso que no se cuente con la respectiva DIAT emitida por el empleador dentro del plazo de 24 horas de conocido el accidente, la denuncia deberá ser efectuada por el trabajador, por sus derecho-habientes, por el Comité Paritario de Higiene y Seguridad de la empresa cuando corresponda o por el médico tratante. Sin perjuicio de lo señalado, cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos, podrá formular la denuncia.

El trabajador independiente debe presentar en el Organismo Administrador al que se encuentre afiliado o adherido, en el plazo máximo de 24 horas de ocurrido el accidente del trabajo o de trayecto, la correspondiente DIAT, con la información que se solicite en ella, de la que deberá conservar una copia. En el evento que el trabajador fallezca o que su condición de salud le impida presentar la denuncia dentro del plazo de 24 horas, ésta deberá ser presentada por sus derecho-habientes, por el médico tratante o por cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos.

CAPÍTULO II. Denuncia Individual de Enfermedades Profesionales

Si un trabajador manifiesta ante su entidad empleadora que padece de una enfermedad o presenta síntomas que presumiblemente tienen un origen profesional, el empleador deberá remitir la correspondiente "Denuncia Individual de Enfermedad Profesional" (DIEP), a más tardar dentro del plazo de 24 horas y enviar al trabajador inmediatamente de conocido el hecho, para su atención al establecimiento asistencial del respectivo organismo administrador [o administrador delegado](#), en donde se le deberán realizar los exámenes y procedimientos que sean necesarios para establecer el origen común o profesional de la enfermedad. El empleador deberá guardar una copia de la DIEP.

[Los administradores delegados en su calidad de empleadores, igualmente deberán emitir la correspondiente DIEP en el plazo de 24 horas, contados desde la manifestación del trabajador precedentemente señalada.](#)

En caso que no se cuente con la respectiva DIEP emitida por el empleador dentro del plazo de 24 horas de conocida la presunta enfermedad, la denuncia deberá ser efectuada por el trabajador, por sus derecho-habientes, por el Comité Paritario de Higiene y Seguridad de la empresa cuando corresponda o por el médico tratante. Sin perjuicio de lo señalado, cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos, podrá formular la denuncia.

Si un trabajador independiente considera que padece una enfermedad profesional o presenta síntomas que hagan presumir tal hecho, deberá presentar la correspondiente DIEP al momento de requerir su atención en el establecimiento asistencial del respectivo Organismo Administrador, en donde se le deberán realizar los exámenes y procedimientos que sean necesarios para establecer el origen común o profesional de la enfermedad.

CAPÍTULO III. Formularios

Los organismos administradores, en todos sus centros de atención de público y en aquellos centros de atención de salud con los que mantengan convenio, deberán tener a disposición formularios de Denuncia Individual de Accidentes del Trabajo (DIAT) y de Denuncia Individual de Enfermedades Profesionales (DIEP) y todos los elementos que permitan completarlos. Además, deberán entregar copias de las respectivas DIAT o DIEP al denunciante.

[Los administradores delegados deberán igualmente tener a disposición de sus trabajadores los formularios de DIAT y DIEP.](#)

CAPÍTULO IV. Ingreso a un centro asistencial de salud

El ingreso a los servicios asistenciales que correspondan al organismo administrador [o administrador delegado](#), de los trabajadores dependientes o independientes que hubiesen sido víctimas de un accidente presuntamente del trabajo o presenten síntomas de una posible enfermedad profesional, deberá ser respaldado por la respectiva DIAT o DIEP, según corresponda.

En el evento que el empleador no cumpla con la obligación de enviar al trabajador accidentado al establecimiento asistencial del organismo administrador que le corresponda o que las circunstancias en que ocurrió el accidente impidan que aquél tome conocimiento del mismo, el trabajador podrá concurrir por sus propios medios y denunciar el accidente, debiendo ser atendido de inmediato. En estos casos, el organismo administrador le indicará que debe informar a su empleador sobre la ocurrencia de este hecho tan pronto sea posible. Lo anterior, sin perjuicio de las gestiones que dicho organismo debe realizar para informarle del accidente a la entidad empleadora.

[Cuando se trate de un trabajador de un administrador delegado, el prestador médico que lo atendió, en atención a su propia relación con el administrador delegado, deberá efectuar todas las gestiones a efectos de informar al área correspondiente de este hecho.](#)

El trabajador independiente, sea del artículo 88 o 89 de la Ley N°20.255, que tenga derecho a recibir las prestaciones de la Ley N°16.744 y sufra un accidente del trabajo o de trayecto, deberá concurrir o ser trasladado inmediatamente al establecimiento asistencial del organismo administrador al que se encuentre afiliado o adherido o a los establecimientos con los que éstos tengan convenio.

Si una persona se presenta en los servicios asistenciales sin DIAT o DIEP y se niega a firmar una denuncia estando en condiciones de hacerlo, se deberá advertir que su ingreso es como paciente privado afecto al D.L. N°1.819, de 1977, dejando constancia escrita de tal situación.

Los pacientes que ingresan a los servicios médicos de un organismo administrador [o de un administrador delegado](#) o de aquellos con los que éste tenga convenio, deberán ser advertidos que en el evento que su dolencia se califique como de origen común, deberán pagar el valor de las prestaciones que no sean cubiertas por su sistema previsional de salud común (FONASA e ISAPRE).

Para ello, previo a la entrega de la atención médica, el organismo administrador pondrá a disposición del trabajador un formulario de advertencia, cuyo formato se establece en el **Anexo N°1 "Formulario de Advertencia"**, el cual deberá ser suscrito por el trabajador en señal de conocimiento, en la medida que su estado de salud y conciencia lo permita.

Si el trabajador se negare a suscribir dicha advertencia, o no pudiere hacerlo por cualquier otro motivo, el organismo administrador ~~deberá~~ [o administrador delegado, deberán](#) dejar constancia por escrito de tal situación y otorgarle de igual modo atención médica.

Tratándose de los trabajadores independientes, el organismo administrador deberá verificar el cumplimiento por éstos de los requisitos para tener derecho a las prestaciones de la Ley N°16.744, previo a su otorgamiento, por lo que debe disponer de sistemas de información que le permitan comprobarlo.

Con todo, si al momento de la admisión no es posible tener certeza de su cumplimiento, por ejemplo, cuando no aparecen acreditadas las cotizaciones que el trabajador refiere haber enterado, el organismo administrador deberá otorgarle las prestaciones de la Ley N°16.744, mientras verifica su pago. En todo caso, deberá advertir al trabajador, utilizando el formulario de advertencia contenido en el **Anexo N°2 "Formulario de Advertencia - Trabajadores Independientes"**, que, en el evento de constatarse que no tiene derecho a las prestaciones, deberá solventar su valor con cargo a la cobertura de su régimen de salud común o en forma particular, según corresponda. Dicho formulario deberá ser suscrito por el trabajador, salvo que su estado de salud o conciencia, se lo impidan.

La omisión de la presentación del formulario de registro por parte de los trabajadores independientes que comenzaron a cotizar para el seguro de la Ley N°16.744 antes de la entrada en vigencia de la Ley N°20.894, no impide su cobertura, sin perjuicio de la obligación del organismo administrador, de subsanar dicha omisión.

Si un trabajador no cumple los requisitos para tener derecho a las prestaciones de la Ley N°16.744, el organismo administrador, junto con notificarle dicha circunstancia, deberá informarle que puede acudir a su sistema de salud común o atenderse en forma privada.

Si el trabajador requiere ser atendido de urgencia, es decir, cuando debido a su condición de salud o cuadro clínico, implique riesgo vital o secuela funcional grave para éste, de no existir una atención médica inmediata, la referida atención le será proporcionada de inmediato y sin que para ello sea necesario ninguna formalidad o trámite previo.

En forma excepcional, habida consideración de la urgencia del caso o cuando la cercanía del lugar en donde ocurrió el accidente y su gravedad así lo requieran, el trabajador podrá ser trasladado, en primera instancia, para su estabilización, a un centro asistencial que no sea el que corresponda al respectivo Organismo Administrador.

Para el efecto señalado en el párrafo precedente, se entenderá por urgencia, cuando la condición de salud o cuadro clínico del trabajador, implique riesgo vital y/ o de secuela funcional grave, de no recibir atención médica inmediata.

Para que el trabajador pueda ser posteriormente trasladado a un centro asistencial de su organismo administrador o con el que tenga convenio, se requerirá la autorización escrita del médico que actúe por encargo de dicho organismo.

TÍTULO II. Calificación de accidentes del trabajo

A. Accidentes del trabajo

CAPÍTULO IV. Calificación del origen de los accidentes

1. Procedimiento de calificación de accidentes

~~El organismo administrador deberá~~ Los organismos administradores y administradores delegados deberán contar con un procedimiento escrito para la determinación del origen de los accidentes.

El referido procedimiento deberá regular la gestión de las denuncias y de los medios probatorios que permitan confirmar o descartar el origen laboral de un accidente. Asimismo, deberá precisar las acciones que debe adoptar el organismo para efectuar la calificación y describir los roles y responsables de cada una de las etapas de dicho proceso. Asimismo, deberá contemplar la forma en que ~~el organismo administrador se~~ procederá a la investigación de aquellos accidentes en los que existan versiones contradictorias por parte del trabajador y del empleador, considerando, por lo menos, el análisis de la compatibilidad del mecanismo lesional con la afección que presenta el trabajador, la hora en que habría ocurrido el accidente, entre otros.

En todo caso, el procedimiento deberá contemplar la emisión de un informe que contenga los fundamentos médicos y/o administrativos que justifiquen la calificación que se efectúe con posterioridad a la primera atención, cuando éstos no se hayan consignado previamente en la ficha clínica. El informe señalado deberá ser emitido de acuerdo con el formato establecido en el Anexo N°3 "Informe de accidentes calificados como de origen común", de este Título.

Este procedimiento deberá ser conocido por el Directorio de las mutualidades, el Director del Instituto de Seguridad Laboral o el ~~Director~~ Directorio u órgano equivalente de las empresas con Administración Delegada, según corresponda, y remitido a la Superintendencia de Seguridad Social para su conocimiento. Además, el referido procedimiento deberá ser publicado en el sitio web del organismo administrador de manera permanente, incluyendo un resumen o flujograma que sistematice sus principales pasos.

De la misma manera, las modificaciones que se introduzcan al procedimiento de calificación deberán ser remitidas a la Superintendencia de Seguridad Social para su conocimiento, hasta el último día hábil del mes siguiente al de la modificación.

2. Calificación durante la primera atención médica

La determinación del origen de un accidente podrá ser efectuada por el médico del organismo administrador [o administrador delegado](#) al momento de otorgarse la primera atención al trabajador, en un servicio de urgencia, en los servicios asistenciales ubicados en las agencias del organismo o en un policlínico situado en una empresa, sólo cuando dicha calificación pueda realizarse en base a los antecedentes médicos disponibles, incluido el relato debidamente suscrito por el trabajador o lo señalado por el empleador en la respectiva DIAT, sin necesidad de contar con alguna otra información adicional. Tratándose del Instituto de Seguridad Laboral, y en caso de trabajadores de empresas adheridas a mutualidades que sean atendidos en centros en convenio, la calificación deberá ser efectuada por un médico del respectivo organismo administrador y no procederá la delegación de esta facultad en los médicos de los prestadores en convenio.

El profesional del organismo administrador [o administrador delegado](#) deberá consignar en la ficha clínica los fundamentos médicos que justifiquen la calificación efectuada, pronunciándose, además, respecto de la compatibilidad del mecanismo lesional descrito con el diagnóstico formulado y dejando constancia de los exámenes de laboratorio y/o imágenes que se hayan tenido a la vista para efectuar la calificación del accidente. Adicionalmente, el profesional médico deberá explicar al trabajador, de manera comprensible, los fundamentos de la calificación realizada. Lo señalado en el presente párrafo deberá aplicarse, a lo menos, en todos aquellos accidentes que sean calificados como de origen común, sin perjuicio de que el organismo administrador podrá hacerlo extensivo también a los accidentes calificados como de origen laboral.

Una vez efectuada la calificación, el médico deberá emitir la Resolución de Calificación (RECA) inmediatamente, entregando una copia al trabajador.

3. Toma de declaración en caso de accidentes con compromiso de conciencia

Si el trabajador ha sufrido un accidente traumático con algún grado de compromiso de conciencia, el organismo administrador [o administrador delegado](#), sólo podrá tomarle declaración cuando aquél se encuentre lúcido, consciente y orientado tempore espacialmente, dejando constancia de ello en su ficha clínica. En estos casos, la primera declaración deberá ser tomada en presencia de un familiar o del tercero que lo acompañe, circunstancia de la que se deberá dejar constancia en el respectivo documento, individualizando sus datos. En el evento que ninguna persona asista al trabajador, ello se deberá indicar en la declaración.

Lo señalado en el párrafo anterior, también aplicará cuando se requiera tomar declaración a un trabajador que ha sufrido un accidente de trayecto, con compromiso de conciencia.

4. Situaciones particulares

a) Episodio agudo de origen laboral

Cuando el trabajador protegido por el Seguro de la Ley N°16.744 sufra una afección que se ha iniciado directamente por un accidente ocurrido a causa o con ocasión del trabajo y el mecanismo lesional descrito es concordante con la producción de los síntomas presentados por el afectado, el organismo administrador [o administrador delegado](#), deberá calificar dicho cuadro clínico como de origen laboral, aún en aquellos casos en que el trabajador presente simultáneamente una patología de base preexistente de origen común, debiendo otorgarle las prestaciones que sean necesarias para la recuperación de dicho cuadro agudo.

b) Calificación de accidentes sin días perdidos

Si un trabajador presenta una contingencia laboral que no amerite reposo, dicha circunstancia dará origen a un caso de accidente laboral sin días perdidos, el que deberá ser igualmente cubierto por el organismo administrador [o administrador delegado](#), para efectos del otorgamiento de las prestaciones médicas pertinentes.

c) Calificación de accidentes sufridos por trabajadores independientes

Para determinar la naturaleza común o laboral del accidente sufrido por un trabajador independiente, el organismo administrador deberá, en primer término, analizar los antecedentes aportados por el

interesado, teniendo en consideración la descripción efectuada por dicho trabajador en el formulario de registro de trabajadores independientes, cuando existiere dicho formulario, de su actividad laboral, así como del lugar y horario en el que desempeña sus funciones.

En caso que el trabajador independiente indique que el accidente se produjo durante el desarrollo de una actividad no descrita en el formulario de registro, pero relacionada con las labores que desempeña, el organismo administrador deberá exigirle que acredite que dicha actividad se encuentra vinculada, directa o indirectamente, con las tareas que desarrolla como trabajador independiente. El mismo criterio deberá aplicarse respecto de los trabajadores independientes obligados a cotizar para el Seguro de la Ley N°16.744, que se entiendan afiliados al ISL conforme a lo dispuesto en el penúltimo inciso del artículo 88, de la Ley N°20.255.

d) Situación de trabajadores dependientes que laboran desde su casa habitación

Tratándose de un trabajador que desempeña sus funciones desde su casa habitación, para determinar la naturaleza común o laboral del accidente sufrido por éste, el organismo administrador ~~deberá solicitar o~~ [el administrador delegado deberá tener a la vista](#) el contrato de trabajo del trabajador o el respectivo anexo, en el que se señale el o los lugares alternativos ~~a la empresa~~ en el que el trabajador prestará los servicios; la jornada de trabajo; los sistemas de control que utilizará el empleador y el tiempo de duración de esta modalidad de trabajo.

A modo ejemplar, la situación descrita en el párrafo anterior podría presentarse cuando se adopte un pacto sobre condiciones especiales de trabajo, conforme a lo establecido en el artículo 376 del Título VI, del Código del Trabajo, que en su inciso primero dispone que: "Las organizaciones sindicales podrán celebrar con el empleador, pactos con el objeto que trabajadores con responsabilidades familiares puedan acceder a sistemas de jornada que combinen tiempos de trabajo presencial en la empresa y fuera de ella".

5. Plazo para calificar

~~El organismo administrador deberá resolver acerca del origen de un accidente y emitir la correspondiente "Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744" (RECA) dentro del plazo de 15 días corridos, contado desde la fecha en que recepcione la primera DIAT.~~

[El organismo administrador o administrador delegado deberá resolver acerca del origen de un accidente dentro del plazo de 15 días corridos, contado desde la fecha en que recepcione la primera DIAT. Efectuada la calificación del accidente, se deberá emitir la respectiva Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744 \(RECA\) y remitirla al SISESAT en el plazo señalado en el número 4, Capítulo VI, Letra B, Título I del Libro IX.](#)

Solo en casos debidamente fundados, el organismo administrador [o administrador delegado](#) podrá efectuar la calificación del accidente fuera del plazo señalado.

El organismo administrador deberá entregar una copia de la RECA al trabajador, al empleador y otra debe ser incluida en la ficha médica del trabajador.

B. Accidentes de trayecto

Para una correcta calificación de los accidentes de trayecto, los organismos administradores [y administradores delegados](#) deberán evaluar las circunstancias del caso concreto, de acuerdo con las siguientes instrucciones:

CAPÍTULO I. Definición de accidente de trayecto

Son aquellos ocurridos en el trayecto directo, de ida o de regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo, y aquellos que ocurran en el trayecto directo entre dos lugares de trabajo, aunque correspondan a distintos empleadores (inciso segundo del artículo 5° de la Ley N°16.744).

El trayecto puede realizarse caminando o a través de distintos medios de locomoción, tales como automóviles particulares, bicicleta, servicios de locomoción colectiva o vehículos de acercamiento proporcionados por la entidad empleadora.

CAPÍTULO II. Conceptos relevantes

1. Habitación
(...)
2. Trayecto directo

La expresión "trayecto directo" supone que el recorrido debe ser racional y no interrumpido ni desviado, conforme a la invariable y reiterada jurisprudencia de la Superintendencia de Seguridad Social. En consecuencia, dicho desplazamiento no implica que el trayecto necesariamente sea el más corto, sino que éste debe ser razonable y, en términos generales, no interrumpido ni desviado por razones de interés particular o personal.

Sin embargo, la interrupción por tales razones, particularmente cuando aquélla es habitual y responda a una necesidad objetiva y no al mero capricho, no impide calificar un siniestro como del trayecto, puesto que se considera que en esos casos ello no alcanza a romper el nexo que se supone existe entre el accidente de trayecto y el trabajo. Tal es el caso, por ejemplo, del infortunio que se verifica mientras el trabajador se dirige desde su domicilio a dejar a sus hijos al colegio, para posteriormente dirigirse a su trabajo, o del accidente que ocurre una vez finalizada la jornada laboral, cuando, el afectado se dirige a retirar sus pertenencias a la pensión en la que ha debido pernoctar con motivo de sus labores, para continuar su trayecto a su habitación.

Ahora bien, los organismos administradores [y administradores delegados](#), previo a calificar un hecho como una interrupción del trayecto, deberán ponderar, en cada caso, los elementos señalados en el párrafo precedente, esto es, que sea habitual y responda a una necesidad objetiva, considerando, por lo tanto, que no todo desvío habilita para calificar un accidente como común.

Por otra parte, los accidentes que se verifiquen en el trayecto directo, aun cuando existan antecedentes que permitan presumir que se había planificado un eventual futuro desvío, corresponden a siniestros cubiertos por el inciso segundo del artículo 5° de la Ley N°16.744.

A su vez, si el trabajador se traslada a su habitación para tomar su colación, los siniestros de que fuere víctima en el trayecto de ida o de regreso entre ésta y el lugar de trabajo, constituirán accidentes de trayecto, en la medida que se verifiquen las condiciones antes señaladas, esto es, que el recorrido sea racional y no interrumpido. Con todo, los siniestros que ocurran una vez que el trabajador se encuentre en su habitación, aun cuando se verifiquen durante la hora de colación, corresponden a accidentes domésticos.

CAPÍTULO III. Calificación del accidente de trayecto

1. Antecedentes para la calificación

Conforme al inciso segundo del artículo 7° del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, la circunstancia de haber ocurrido el accidente en el trayecto directo deberá ser acreditada ante el respectivo organismo administrador mediante el correspondiente parte de Carabineros u otros medios igualmente fehacientes, tales como declaración de testigos. Ahora bien, la declaración de la víctima debidamente circunstanciada y ponderada con otros antecedentes concordantes, también permite formarse la convicción de la ocurrencia del siniestro.

Por lo anterior, el pronunciamiento que emita el organismo administrador [o administrador delegado](#) respecto a los accidentes que le han sido denunciados, debe ser suficientemente fundado. Para dicho efecto, le requerirá al trabajador que preste su declaración, la que deberá constar en un documento que deberá ajustarse al formato establecido en el Anexo N°4 "Accidente de trayecto -Declaración del trabajador" de este Título y deberá hacerle presente que puede presentar todos los antecedentes de que disponga, tales como declaraciones de compañeros de labores, familiares o terceros, comprobantes de primeras atenciones en

otros centros médicos, registros de asistencia, el parte de Carabineros o la denuncia al Ministerio Público, entre otros. Al efecto, el organismo deberá conceder al trabajador 5 días, descontando los sábados, domingos y festivos, para que acompañe antecedentes, advirtiéndole que, de no adjuntarlos, se resolverá con aquéllos que posea dicha entidad.

En aquellos casos en que la víctima no cuente con testigos, parte de Carabineros u otros antecedentes, la jurisprudencia de la Superintendencia de Seguridad Social ha instruido que la declaración de la víctima debidamente circunstanciada respecto del día, hora, lugar y mecanismo lesional, cuando aparece corroborada por otros elementos de convicción, tales como: el registro de asistencia, la compatibilidad del mecanismo lesional o la concordancia de su signología con el tiempo de su supuesta evolución, podrá constituir una presunción fundada que dé lugar a la calificación de un siniestro como de trayecto. Para ello, se ha tenido en cuenta que esta materia debe ser analizada y ponderada con flexibilidad, como quiera que involucra el otorgamiento de prestaciones del Seguro Social de la Ley N°16.744.

Los organismos administradores ~~deberán~~ y administradores delegados deberán contar con material informativo que oriente a los trabajadores sobre la acreditación de su accidente del trayecto. Aquél deberá indicar diversas hipótesis en que este siniestro puede verificarse (en medios de transporte público, automóvil particular, caminando, etc.) y precisar los antecedentes con que puede probarse la ocurrencia del accidente en cada uno de los casos que sean descritos.

Al tomársele al interesado declaración, el material informativo antes mencionado le será entregado. El contenido de dicho documento, como también sus posteriores modificaciones, deberá ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social, para su aprobación; al ser ésta otorgada, se fijará el plazo a partir del cual dicho material deberá ser proporcionado a los trabajadores. En el evento que la Superintendencia de Seguridad Social formule observaciones, fijará un término para que sean subsanadas.

La no presentación del trabajador a su organismo administrador o administrador delegado dentro del mismo día en que tuvo lugar el accidente no podrá, por sí sola, ser fundamento suficiente para calificarlo como de origen común.

Por otra parte, en caso que el afectado haya otorgado varias declaraciones sobre las circunstancias del siniestro ante su organismo, se deberá considerar aquélla en que conste su firma, sin perjuicio del análisis de los demás antecedentes con los que se cuente. En el evento que existan diversas declaraciones, suscritas por el afectado, respecto a los elementos esenciales del accidente que resulten contradictorias, tales como su lugar de ocurrencia o el mecanismo lesional, los organismos administradores o administradores delegados podrán calificar el infortunio como común, en tanto no sea posible formarse la convicción sobre las reales circunstancias del siniestro. En particular, la entidad deberá ponderar si las declaraciones son efectivamente contradictorias, no bastando para realizar esta valoración el mero hecho que una de ellas se encuentre más desarrollada que otra. Para tal efecto, si existe duda, el organismo deberá reinterrogar al trabajador.

A su vez, previo a calificar el origen de un accidente, los organismos administradores y administradores delegados deberán analizar los antecedentes que se señalan en los N°s.2, 4, 5, 6, 7 y 9, del Capítulo II, Letra C, de este Título y en el evento que no cuenten con alguno de esos antecedentes, dejar constancia de ello.

2. Plazo para calificar

~~El organismo administrador deberá resolver acerca del origen de un accidente y emitir la correspondiente "Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744" (RECA) dentro del plazo de 15 días corridos, contado desde la fecha en que recepcione la primera DIAT.~~

El organismo administrador o administrador delegado deberá resolver acerca del origen de un accidente dentro del plazo de 15 días corridos, contado desde la fecha en que recepcione la primera DIAT. Efectuada la calificación del accidente, se deberá emitir la respectiva Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA) y remitirla al SISESAT en el plazo señalado en el número 4, Capítulo VI, Letra B, Título I del Libro IX.

Solo en casos debidamente fundados, ~~el organismo administrador~~ se podrá efectuar la calificación del accidente fuera del plazo señalado.

El organismo administrador deberá entregar una copia de la RECA al trabajador, al empleador y otra debe ser incluida en la ficha médica del trabajador.

C. Remisión de antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social en caso de reclamaciones

CAPÍTULO I. Remisión de antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social en caso de reclamaciones por calificación de accidentes del trabajo

Los sistemas de información de los organismos administradores deben contener la documentación correspondiente a cada uno de los accidentes del trabajo que sufra un trabajador, sea que éstos se califiquen como de origen común o laboral, para posibilitar el envío oportuno de dichos antecedentes a la Superintendencia de Seguridad Social en los plazos establecidos al efecto.

Respecto de los accidentes del trabajo, los antecedentes a que se refiere el párrafo anterior son los siguientes:

- Copia de la DIAT;
- Resolución que califica el accidente como de origen común o laboral;
- Informe que justifique la calificación del origen efectuada y que se pronuncie, cuando corresponda, respecto de la compatibilidad del mecanismo lesional descrito con el diagnóstico formulado, en los casos en que no exista registro de esta información en la ficha clínica. Dicho informe deberá contener, a lo menos, la información que se presenta en el Anexo N°3 "Informe de accidente calificado como de origen común" de este Título.
- Todos los exámenes de imágenes con sus respectivos informes (cuando procediere);
- Informe de investigación de accidente (cuando procediere);
- Registro de control de asistencia del interesado (cuando procediere);
- Certificado de alta con derivación, precisando si lo hizo con licencia médica (cuando procediere);
- Copia de licencia médica emitida al trabajador por patología de origen común (cuando procediere);
- Orden de Reposo Ley N°16.744 (RELA) o copia de licencia médica tipo 5 o 6, según corresponda (cuando procediere), y
- Cualquier otro antecedente que haya servido de base para la calificación.

Cuando la Superintendencia de Seguridad Social requiera información respecto de un determinado accidente, el organismo administrador deberá remitir la totalidad de los antecedentes enumerados precedentemente y una copia actualizada de la ficha clínica. En caso que no cuente con alguno de los antecedentes señalados, el organismo deberá precisar en su respuesta las razones que justifican su omisión.

TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales

A. Protocolo General

CAPÍTULO I. Aspectos generales

1. Ámbito de aplicación del protocolo general y plazo para la calificación

Este protocolo es aplicable a la calificación de patologías [que efectúen los organismos administradores y administradores delegados](#), cualquiera sea su naturaleza, denunciadas como de origen presuntamente profesional, exceptuadas aquellas que cuenten con protocolos específicos. En lo no previsto en los protocolos específicos, se aplicarán supletoriamente las normas establecidas en este Protocolo General.

El proceso de calificación comprende diversas actividades que los organismos administradores y administradores delegados deben cumplir para determinar el origen laboral o común de las enfermedades presuntamente de origen profesional. Sus etapas se esquematizan en el Anexo N°5 "Proceso de calificación", de este Título.

Dicho proceso deberá concluir íntegramente dentro de un plazo máximo de 30 días corridos contados desde la presentación de la DIEP, salvo que se acrediten situaciones de caso fortuito o fuerza mayor. Excepcionalmente, cuando se esté evaluando una enfermedad por exposición a sílice, se podrá ampliar dicho plazo en virtud de los tiempos requeridos para obtener los resultados del análisis de la muestra de una evaluación ambiental.

2. Entrega de información y de prestaciones médicas durante el proceso de calificación

Al inicio del proceso, el organismo administrador o administrador delegado, deberá entregar al trabajador información sobre los objetivos, plazos y posibles resultados del proceso de calificación.

Durante el proceso de calificación se deberá otorgar al trabajador evaluado las prestaciones médicas necesarias para el tratamiento de sus síntomas, evitando procedimientos invasivos a menos que la gravedad y urgencia del caso lo requiera.

3. Formación de expediente y tratamiento de datos sensibles

El expediente del caso, definido como el conjunto de documentos y evaluaciones realizadas a un trabajador por cada enfermedad o accidente (CUN), que mantiene el respectivo organismo administrador o la empresa con administración delegada debe incluir, entre otros, la DIAT o DIEP, la ficha médica, la historia ocupacional y/o el estudio de puesto de trabajo, informes técnicos de evaluaciones ambientales, otras evaluaciones de riesgo y certificado de cotizaciones, según corresponda. Estos documentos deben estar a disposición de los profesionales del organismo administrador o administrador delegado que evaluarán al trabajador y de la Superintendencia de Seguridad Social.

Para el tratamiento de los datos sensibles de los trabajadores que participan del proceso de calificación del origen de una enfermedad, el organismo administrador ~~debe~~ y administrador delegado deberán definir e incluir en sus procedimientos, los distintos profesionales que participan de dicho proceso, con sus respectivos perfiles de acceso a la información.

CAPÍTULO II. Calificadores

La calificación podrá ser realizada por un médico de urgencia, por un Médico del Trabajo, o por un Comité de Calificación, en las situaciones previstas a continuación:

1. 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~~ administrador delegado en sus servicios médicos propios o en aquellos 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".

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 pudiese 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.

CAPÍTULO IV. Proceso de calificación

1. Inicio del proceso

El proceso de calificación se iniciará con la presentación de una DIEP, por parte del empleador, y/o del trabajador, sus derecho-habientes, el médico tratante, el Comité Paritario de Higiene y Seguridad o cualquier persona que hubiese tenido conocimiento de los hechos. Si la DIEP no es presentada por el empleador, el organismo administrador deberá notificarle el ingreso de la denuncia.

Si mediante exámenes o evaluaciones médicas que forman parte de los programas de vigilancia establecidos por el organismo administrador [o administrador delegado](#), se pesquisan en un trabajador alteraciones que hagan sospechar la presencia de una enfermedad profesional, el organismo administrador deberá notificar de ello al empleador, quien deberá realizar la respectiva DIEP para iniciar el proceso de calificación. En caso que el empleador no presente la DIEP en un plazo de 72 horas, el organismo administrador deberá someter al trabajador a los exámenes que correspondan para estudiar la eventual existencia de una enfermedad profesional.

Cuando el trabajador se presente con una DIAT y existan elementos de juicio que permitan presumir que su dolencia es producto de una enfermedad y no de un accidente, el organismo administrador [o administrador delegado](#) deberá someter al trabajador al protocolo de calificación de enfermedades presuntamente de origen laboral y emitir la DIEP correspondiente.

Por el contrario, si existiesen elementos de juicio que permitan presumir que la dolencia del trabajador es consecuencia de un accidente del trabajo o de trayecto, el organismo administrador deberá derivarlo al proceso de calificación de accidentes del trabajo, emitiendo una DIAT.

2. Evaluación clínica por sospecha de enfermedad profesional

Corresponde a la prestación otorgada por un médico evaluador quien, mediante la anamnesis, el examen físico y estudios complementarios, establece un diagnóstico.

El organismo administrador [o administrador delegado](#) deberá someter al trabajador a la evaluación clínica, dentro del plazo máximo de 7 días corridos, contado desde la presentación de la DIEP, excepto en los casos calificados por el médico de urgencia, conforme a lo señalado en el N°1, Capítulo II, de esta Letra A.

El médico evaluador deberá contar al menos con un curso de 40 horas o más, sobre aspectos generales del Seguro y conceptos de salud ocupacional, y cumplir los requisitos de capacitación establecidos en los protocolos de calificación específicos.

Dicho profesional deberá solicitar la evaluación de las condiciones de trabajo que corresponda y derivar el caso al Comité de Calificación, con la finalidad de determinar adecuadamente el origen común o laboral de la afección, excepto en los casos que se señalan en el N°3 siguiente, que corresponde calificar al Médico del Trabajo.

Todo el proceso de evaluación clínica de la enfermedad, incluyendo los resultados de los exámenes y conclusiones de la evaluación de condiciones de trabajo, deberán ser registrados en la ficha médica del trabajador, la que será remitida al Médico del Trabajo o Comité de Calificación, según corresponda.

Si en la evaluación clínica se diagnostica un problema de salud cubierto por las Garantías Explícitas en Salud (GES) del Régimen General de Garantías de la Ley N°19.966, las mutualidades de empleadores y administradores delegados, en su calidad de prestadores institucionales, deberán notificar al trabajador dicha circunstancia, conforme la interpretación que la Superintendencia de Salud, en ejercicio de sus facultades legales, ha efectuado respecto del artículo 24 de la citada ley. Lo anterior, sin perjuicio de informar a los trabajadores sobre los procesos de calificación de los accidentes y enfermedades de presunto origen profesional, de cumplir las instrucciones impartidas en los Títulos II y III de este Libro; y en el evento que el accidente o la enfermedad se califique como de origen común, de solicitar al régimen previsional de salud común y al trabajador, cuando corresponda, el reembolso del valor de las prestaciones que hubieren otorgado, con reajustes e intereses, si se configuran los supuestos del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

3. Derivación por el médico evaluador al Médico del Trabajo
4. Evaluación de condiciones de trabajo
5. Resolución de calificación
6. Situaciones especiales
7. Derivación a régimen de salud común
8. Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de las condiciones de trabajo
9. Incorporación a programas de vigilancia epidemiológica

Siempre que se diagnostique a un trabajador una enfermedad profesional, el organismo administrador o administrador delegado deberá incorporar a la entidad empleadora o centro de trabajo, según corresponda, a sus programas de vigilancia epidemiológica.

Se deberá brindar especial atención a los trabajadores que forman parte del grupo de exposición similar - sea éste por el nivel de riesgo al que están expuestos, las tareas que desempeñan o la unidad organizacional a la que pertenecen-, con la finalidad de realizar la pesquisa activa de casos.

Para dicho efecto, se deberán aplicar los protocolos de programas de vigilancia establecidos por el Ministerio de Salud para el o los agentes de que se trate.

En caso de no existir un protocolo establecido, el organismo administrador o administrador delegado deberá elaborar un programa de vigilancia para el agente en cuestión y remitir, para conocimiento de la Superintendencia de Seguridad Social, su protocolo interno, dentro de un plazo no superior a 45 días corridos, contado desde la calificación de la enfermedad.

El organismo administrador o administrador delegado deberá informar a la Superintendencia de Seguridad Social toda modificación a sus protocolos internos, en un plazo no superior a 45 días corridos.

B. Protocolo de patologías músculo esqueléticas de extremidad superior (MEES)

CAPÍTULO II. Normas especiales del proceso de calificación de las patologías MEES

1. Evaluación médica por sospecha de patología MEES de origen laboral
2. Exámenes obligatorios para el estudio de patología MEES
3. Evaluaciones de condiciones de trabajo propias de patologías MEES
4. Comité de Calificación de patología MEES
5. Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de condiciones de trabajo

Con la finalidad de determinar la ausencia de riesgo en el nuevo puesto de trabajo donde será reubicado el trabajador, sea éste transitorio o definitivo, el organismo administrador deberá verificar que el empleador

evalúe el nuevo puesto conforme a la Norma Técnica de Identificación y Evaluación de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos músculo-esqueléticos relacionados con el trabajo (TMERT), del Ministerio de Salud.

[Asimismo, el administrador delegado en razón de su doble condición \(organismo administrador y empleador\), deberá efectuar la evaluación señalada en el párrafo precedente.](#)

6. Incorporación a programas de vigilancia epidemiológica

D. Protocolo de patologías dermatológicas

CAPÍTULO II. Normas especiales del proceso de calificación

1. Evaluación médica inicial
2. Exámenes complementarios
3. Evaluaciones de condiciones de trabajo
4. Calificación para patologías dermatológicas
5. Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de condiciones de trabajo

Si se califica un caso como enfermedad profesional, el organismo administrador ~~e la empresa con administración delegada~~ deberá prescribir al empleador en forma inmediata las medidas necesarias para mitigar o eliminar la exposición al riesgo ocupacional identificado, así como también entregar recomendaciones sobre conductas preventivas.

Si durante el manejo clínico de un caso calificado como enfermedad profesional, se modifica el diagnóstico inicial, el organismo administrador ~~e la empresa con administración delegada~~ deberá prescribir oportunamente nuevas medidas al empleador, así como remitir una nueva RECA al Sistema de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT).

[Cuando el trabajador diagnosticado sea de un administrador delegado, éste último deberá tomar las medidas necesarias para mitigar o eliminar la exposición al riesgo ocupacional identificado, así como también entregar recomendaciones sobre conductas preventivas a sus trabajadores. Asimismo, en caso de modificación del diagnóstico deberá emitir una nueva RECA, al Sistema de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo \(SISESAT\) e implementar nuevas medidas en caso que corresponda.](#)

E. Protocolo patologías de la voz

CAPÍTULO II. Normas especiales del proceso de calificación

1. Evaluación médica inicial
2. Exámenes complementarios
3. Evaluación de condiciones de trabajo
4. Calificación del origen de patología de la voz
5. Cambio de puesto de trabajo y/o readecuación de condiciones de trabajo

Si se califica un caso como enfermedad profesional, el organismo administrador ~~e la empresa con administración delegada~~, deberán prescribir al empleador las medidas generales y específicas necesarias para corregir la exposición a factores de riesgo para patologías de la voz. Lo anterior, se encuentra instruido en el Anexo N°25 "Medidas de mitigación de factores de riesgo para patologías de la voz de origen laboral".

Los plazos para prescribir medidas, verificar su cumplimiento y las acciones posteriores, corresponden a los establecidos en el N°8, Capítulo IV, Letra A, de este Título.

El organismo administrador o la empresa con administración delegada deberán entregar al trabajador la capacitación específica en el uso adecuado de la voz, prestación que deberá ser ejecutada por un fonoaudiólogo.

Si durante el manejo clínico de un caso calificado como enfermedad profesional, se modifica el diagnóstico inicial, el organismo administrador ~~o la empresa con administración delegada~~ deberá prescribir oportunamente al empleador nuevas medidas, cuando corresponda.

Cuando el trabajador diagnosticado sea de un administrador delegado, éste último deberá tomar las medidas necesarias para mitigar o eliminar la exposición al riesgo ocupacional identificado, así como también entregar capacitaciones sobre conductas preventivas a sus trabajadores. Asimismo, en caso de modificación del diagnóstico se deberán implementar nuevas medidas, en caso que corresponda.

6. Incorporación a programa de vigilancia

En caso de un brote de patologías de la voz de origen profesional, el organismo administrador o la empresa con administración delegada deberán implementar un programa de vigilancia y asesorar a la entidad empleadora en materias relacionadas con prevención de fono trauma, a cargo de un fonoaudiólogo, y en aquellas materias específicas que se requieran por el equipo de profesionales que sea pertinente.

G. Situaciones especiales

1. Calificación en el contexto de un brote de enfermos profesionales

El siguiente procedimiento aplicará a una o más denuncias que pudiesen tener relación directa con la exposición a un mismo y único factor de riesgo, sin que ninguna de ellas se encuentre calificada, de modo que pueda considerarse a los trabajadores afectados como parte de un grupo de exposición similar.

En estos casos, el organismo administrador o administrador delegado, deberá:

- Efectuar un estudio de brote por un equipo de profesionales de Salud Ocupacional;
- Instalar el Programa de Vigilancia Epidemiológica de los trabajadores que corresponda, y
- Realizar la pesquisa activa de nuevos casos de enfermedad profesional entre los trabajadores que integran el grupo de exposición similar.

La calificación deberá considerar los antecedentes recopilados en cada caso por el médico evaluador y podrá efectuarse sobre la base de un único estudio de condiciones de trabajo.

En la RECA que el Médico del Trabajo suscriba, deberá incluirse en el campo "Indicaciones" la siguiente glosa: "Caso calificado como brote de enfermos profesionales."

TÍTULO V. Declaración, evaluación y/o reevaluación de las incapacidades permanentes

B. Entidades evaluadoras competentes

La declaración, evaluación, reevaluación y revisión de las invalideces será de competencia de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), exceptuadas las incapacidades permanentes derivadas de accidentes del trabajo, de trabajadores afiliados a una mutualidad de empleadores, en cuyo caso, corresponde a éstas su evaluación.

Por lo tanto, pueden distinguirse las siguientes situaciones:

1. Entidad empleadora o trabajador independiente afiliado al Instituto de Seguridad Laboral o empresa con administración delegada

Si la entidad empleadora o el trabajador independiente están afiliados en el Instituto de Seguridad Laboral o si se trata de una empresa con administración delegada, ambas evaluaciones, tanto por accidente del trabajo como por enfermedad profesional, serán realizadas por la COMPIN que corresponda.

2. Entidad empleadora o trabajador independiente adherido a una mutualidad de empleadores

Si la entidad empleadora o el trabajador independiente están adheridos a una mutualidad de empleadores, la evaluación de la incapacidad permanente derivada de las secuelas de un accidente del trabajo, le corresponderá a las comisiones evaluadoras de las mutualidades de empleadores y a las COMPIN las que deriven de una enfermedad profesional.

Las COMPIN y las mutualidades, según corresponda, deberán realizar la evaluación de una incapacidad permanente, a requerimiento del organismo administrador, ~~a solicitud del~~ [administrador delegado](#), trabajador o de la entidad empleadora.

Corresponderá a las comisiones evaluadoras de dichas entidades determinar el porcentaje exacto de incapacidad de ganancia.

C. Remisión y recopilación de antecedentes

Para efectos de la evaluación, los organismos administradores [y administradores delegados](#) deberán remitir los antecedentes que procedan a la COMPIN o a la comisión evaluadora de incapacidades de la respectiva mutualidad, según corresponda, dejando registrado en el expediente de trámite la fecha en que el trabajador ha sido enviado a evaluación.

El ISL deberá adoptar las providencias y realizar las coordinaciones necesarias, para que las entidades con las que mantiene convenios de atención médica, le envíen todos los antecedentes médicos para dar inicio al trámite de evaluación en la respectiva COMPIN.

Atendido que el artículo 77 de la Ley N°16.744 otorga a los organismos administradores el derecho de reclamar ante la COMERE, de lo que resuelva la COMPIN, y que para ello requiere contar con los documentos y exámenes médicos que sirvieron para la evaluación del trabajador y en virtud de los cuales se basó dicho dictamen, la COMPIN deberá poner dichos antecedentes a disposición del ISL cuando éste se los requiera.

Por lo tanto, en el marco de las evaluaciones médicas, las referidas Entidades deberán coordinarse, agotando todas las gestiones destinadas a recopilar y compartir la información necesaria, de manera eficaz y oportuna.

D. Emisión y notificación de la resolución de la incapacidad permanente (REIP)

Las COMPIN o las comisiones evaluadoras de la mutualidad de empleadores emitirán una Resolución de Incapacidad Permanente de la Ley N°16.744 (REIP), cuyo formato y contenido se regula en la Letra A, Título I, Libro IX. En el campo "Observaciones", la REIP debe indicar si existen posibilidades de cambios en el estado de invalidez, ya sea por mejoría o agravamiento.

Las resoluciones que emitan las COMPIN deberán ser notificadas a los organismos administradores [o administradores delegados](#) que correspondan y al interesado dentro del plazo de 5 días hábiles contado desde su emisión.

Asimismo, en igual plazo las resoluciones que emitan las mutualidades deberán ser notificadas a los trabajadores.

La notificación al trabajador podrá efectuarse personalmente, dejando constancia de la fecha en que ésta se realice, o a través de carta certificada a la dirección que registra el trabajador.

F. Instancias de reclamo y/o apelación

1. Reclamación ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (COMERE)

De lo resuelto por las COMPIN o por las mutualidades, recaídas en cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico, los trabajadores, sus derecho-habientes o los organismos administradores podrán

reclamar ante la COMERE, en el plazo de 90 días hábiles administrativos, contado desde la fecha de la notificación o desde el tercer día de recibida en correos, si se notificó por carta certificada.

Los reclamos deberán interponerse por escrito ante la propia COMERE o ante la Inspección del Trabajo.

Los administradores delegados pueden reclamar de las resoluciones a que se refiere el artículo 77 de la Ley N°16.744 que versen sobre las materias que él indica, ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (COMERE) si el dictamen se refiere a "cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico" y es expedido por una COMPIN y apelar, a su vez, ante la Superintendencia de Seguridad Social, de lo resuelto por la COMERE.

Los organismos administradores o las empresas con administración delegada del Seguro de la Ley N°16.744, deberán designar un apoderado conforme al artículo 22 de la Ley N°19.880, a quien se le confiera poder para concurrir a las sesiones de la COMERE, a fin de exponer sus puntos de vista, acompañar los antecedentes médicos y ocupacionales que estime pertinentes y para ser notificados de la respectiva resolución.

De no concurrir el apoderado a la respectiva sesión de la COMERE, ésta deberá proceder a notificar la resolución al organismo administrador del Seguro o la empresa con administración delegada, mediante carta certificada.

Cuando la COMERE requiera a un organismo administrador [o administrador delegado](#) los antecedentes necesarios para pronunciarse sobre los reclamos que le sean formulados conforme al artículo 77 de la Ley N°16.744 y a los artículos 79, 80 y 81 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, dicho organismo deberá remitir los antecedentes solicitados dentro de los siguientes plazos:

- a) Si se trata de antecedentes médicos que se encuentran en poder del organismo administrador [o administrador delegado](#), por haberse ya practicado los correspondientes exámenes y/o evaluaciones al trabajador, el plazo para remitirlos a la COMERE será de diez días.
- b) Si el requerimiento versa sobre exámenes y/o evaluaciones que aún no han sido realizados al trabajador, el plazo para enviar los antecedentes a la COMERE será de veinte días. Si el organismo administrador [o administrador delegado](#) no puede localizar al trabajador o éste se niega a realizar el examen requerido, el organismo deberá dejar constancia de ello y comunicar dicha circunstancia a la COMERE dentro del plazo señalado.

LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS

TÍTULO II. Responsabilidades y obligaciones de los organismos administradores y [de los administradores delegados](#)

A. Responsabilidad de los organismos administradores [y administradores delegados](#)

1. Actividades permanentes de prevención de riesgos laborales

Conforme a lo establecido en los artículos 10, 12 letra c) y 72 letra b), de la Ley N°16.744 y en el Título II del D.S. N°40, de 1969, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, los organismos administradores y las empresas con administración delegada tienen la obligación de realizar actividades permanentes de prevención de riesgos laborales en los términos que dicha normativa dispone.

La expresión "actividades permanentes de prevención de riesgos", está referida a todas aquellas gestiones, procedimientos o instrucciones que los organismos administradores deben realizar dentro del marco legal y reglamentario vigente, en relación con la naturaleza y magnitud del riesgo asociado a la actividad productiva de sus trabajadores independientes y entidades empleadoras afiliadas y que éstas deben implementar, cuando corresponda, con el concurso de los Departamentos de Prevención de Riesgos Profesionales y/o de los Comités Paritarios, según sea el caso, con independencia de la ocurrencia o no de siniestros de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.

En el caso de las empresas con administración delegada, estos procedimientos o gestiones deben ser desarrollados e implementados por las mismas y dirigidos a sus trabajadores, atendida su doble condición de empleador y administrador delegado de la Ley N°16.744.

Las actividades permanentes de prevención de riesgos deben ser planificadas lógicamente y coherentemente, tanto en su formulación como en su aplicación con el fin de evitar que los trabajadores se accidenten o enfermen a causa o con ocasión de su actividad laboral.

Estas actividades estarán condicionadas en cada caso por:

a) La naturaleza del proceso productivo de cada empresa o de la actividad económica del trabajador independiente

Este factor dice relación con la clase o tipo de actividad de la entidad empleadora o trabajador independiente adheridos y con las tareas específicas que desempeñan los trabajadores, de tal forma, las medidas de higiene y seguridad que deben prescribirse a las entidades empleadoras y trabajadores independientes de acuerdo a su giro o actividad son técnicamente distintas. A modo ejemplar, las mutualidades de empleadores han confeccionado cartillas de prevención de riesgos por medio de las cuales describen las actividades que involucra un determinado oficio, los riesgos asociados al mismo y, por último, las medidas de seguridad e higiene que los empleadores deben adoptar para cada tipo de industria o faena y específicamente para cada oficio o labor del trabajador.

b) La magnitud de los riesgos

Este factor está asociado al porcentaje de cotización adicional genérico contemplado en el D.S. N°110, del año 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en función de las actividades económicas y sub actividades diferenciadas que allí se indican y a las variaciones de esta cotización que resultan de la aplicación del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que evalúa la siniestralidad efectiva de la empresa o entidad empleadora.

~~Las mutualidades deben~~ [Los organismos administradores y administradores delegados deberán](#) planificar, organizar, coordinar, supervisar y evaluar las actividades relacionadas con el desarrollo de sus objetivos, a través de sus distintos órganos, siendo la prevención de riesgos uno de los elementos centrales y de mayor relevancia en la gestión encomendada.

En virtud de lo anterior, en el **Título I, del Libro VII** se describen los roles que deben cumplir los distintos estamentos de las mutualidades, para el cumplimiento de dichas funciones y responsabilidades.

2. Política para la Prevención de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Atendido lo señalado en el numeral anterior, los organismos administradores **deben y los administradores delegados deberán** contar con una política para la Prevención de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, destinada a establecer las medidas que adoptará la institución en el desarrollo de sus responsabilidades como administrador del Seguro de la Ley N°16.744, vinculadas a la prevención de riesgos laborales. **Dicha política deberá ser aprobada por el directorio de las mutualidades, el Director del Instituto de Seguridad Laboral o el directorio u órgano equivalente de los administradores delegados.**

Las directrices para la elaboración y presentación de esta política se describen en **el Título I, del Libro VII, la Letra E, Título I del Libro VII.**

E. Capacitaciones

Se considera actividad de capacitación toda actividad o conjunto de acciones orientadas al desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades y competencias dirigidas a los trabajadores y empleadores en el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo mediante una experiencia de aprendizaje, entregada por medios presenciales o virtuales orientadas a ámbitos transversales o específicos, destinadas a la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, como también a aspectos vinculados a los derechos y obligaciones de los trabajadores en estas materias.

Todas las actividades de capacitación deberán ser registradas e informadas en el Sistema de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) de acuerdo con lo establecido en la Letra F, Título I, del Libro IX.

Estas actividades podrán desarrollarse en forma presencial o a través de la modalidad e-learning. En este último caso, se deberá contar con mecanismos de autenticación de los participantes.

Los organismos administradores, en base al diagnóstico inicial realizado, deben prescribir a sus entidades empleadoras adheridas o afiliadas que lo requieran, un Plan de Capacitación, en el marco del plan de trabajo de la entidad empleadora. Dicho Plan deberá elaborarse para cada centro de trabajo, de acuerdo a las características de cada entidad empleadora y a las metas establecidas en el plan anual de prevención de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, considerando:

- a) Las necesidades de capacitación de los trabajadores, en concordancia con los peligros identificados, riesgos evaluados y aspectos normativos, y
- b) Los factores de accidentabilidad, morbilidad, fatalidad y aspectos normativos básicos de la entidad empleadora.

Adicionalmente, el organismo administrador deberá efectuar el seguimiento y la verificación del estado de cumplimiento del Plan de Capacitación prescrito para cada centro de trabajo.

Los administradores delegados igualmente deberán ejecutar permanentemente actividades de capacitación para sus trabajadores, las que deberán ser registradas e informadas el Sistema de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) de acuerdo con lo establecido en la Letra F, Título I, del Libro IX.

Las capacitaciones podrán ejecutarse, entre otras, a través de:

1. Charlas

Son actividades realizadas preferentemente de manera presencial a través de las cuales se pretende entregar conocimientos básicos y generales sobre una materia específica con una duración menor a 2 horas pedagógicas.

2. Cursos

Constituyen actividades formativas dictadas preferentemente de manera presencial, vinculadas a la adquisición de conocimientos en algún campo específico de la seguridad y salud del trabajo, con una duración mínima de 2 horas pedagógicas y que no supera las 11 horas. Sus contenidos se deberán desarrollar de forma teórico-práctica y se requiere que cuente con un proceso formal de evaluación.

Los cursos se podrán desarrollar de forma modular, es decir segmentando en partes el proceso educativo respectivo. No obstante, para el recuento de trabajadores con fines de metas y su remisión a sistemas de información, se considerará como participantes en la capacitación a quienes hayan cumplido con los requisitos mínimos de asistencia sobre la totalidad del curso y como aprobados quienes, siendo participantes, hayan rendido una evaluación donde logren superar las exigencias establecidas para la capacitación, cuando corresponda. En ningún caso se deberá considerar con fines de metas de capacitación a trabajadores que, iniciando un curso, lo hayan abandonado o no hayan cumplido sus requisitos mínimos de asistencia, o contar como una capacitación separada a cada módulo al que asista un trabajador.

3. Seminarios

Actividad presencial que tiene por finalidad profundizar en una o más materias específicas a través de la exposición teórica de relatores, con la finalidad de generar conocimiento y actualización de las materias tratadas, con una duración mínima de 2 horas pedagógicas.

4. Programas integrales de capacitación

Corresponden a actividades formativas dictadas preferentemente de manera presencial, vinculadas a la adquisición de conocimientos en diferentes áreas específicas de la seguridad y salud del trabajo, con una duración mínima de 9 horas pedagógicas. Sus contenidos se deberán desarrollar de forma teórico-práctica y se requiere que cuenten con un proceso formal de evaluación. Deben estar subdivididos en cursos, cada uno de ellos conducentes a lograr objetivos propios, como también a contribuir a los objetivos globales del programa integral de capacitación.

Los cursos se podrán desarrollar de forma modular, es decir segmentando en partes el proceso educativo respectivo. No obstante, para el recuento de trabajadores con fines de metas y su remisión a sistemas de información, se considerará como participantes en la capacitación a quienes hayan cumplido con los requisitos mínimos de asistencia sobre la totalidad del curso y como aprobados quienes, siendo participantes, hayan rendido una evaluación donde logren superar las exigencias establecidas para la capacitación, cuando corresponda. En ningún caso se deberá considerar con fines de metas de capacitación a trabajadores que, iniciando un curso, lo hayan abandonado o no hayan cumplido sus requisitos mínimos de asistencia, o contar como una capacitación separada a cada módulo al que asista un trabajador.

Los programas integrales de capacitación deberán ser reportados al sistema de información, a nivel de cada uno de los cursos que lo componen, dándose certificación u otro medio de prueba por parte del organismo administrador mediante la corroboración del cumplimiento de todos sus componentes, incluida alguna evaluación global si así lo dispusiera.

F. Evaluación ambiental y de salud

CAPÍTULO I. Aspectos generales

Respecto de las evaluaciones y vigilancia ambiental y de la salud de los trabajadores, que contempla evaluaciones ambientales (cualitativas y cuantitativas) y evaluaciones de la salud de los trabajadores y dentro de éstos, los exámenes ocupacionales, de vigilancia de exposición y vigilancia de efecto, los organismos administradores y administradores delegados deberán cumplir las instrucciones que se señalan a continuación: actuar de acuerdo con lo establecido en el LIBRO IX sobre Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT), Módulo de Evaluación y Vigilancia Ambiental y de la Salud de los Trabajadores (EVAST).

La evaluación de salud realizadas por los organismos administradores a trabajadores cubiertos por el Seguro de la Ley N°16.744, deben ser realizadas dentro de un programa de vigilancia epidemiológica ante la exposición a

agentes o factores de riesgo específico cuando así se encuentre definido por las obligaciones que impone la regulación vigente, los cuales pueden ser requeridas por parte de los empleadores, fiscalizadores o formar parte de las medidas prescritas por parte del organismo administrador.

En caso que la solicitud de realizar una evaluación de salud sea efectuada por el empleador, y en consideración a que algunos exámenes médicos pueden implicar riesgos potenciales a la salud (radiación ionizante, punciones, entre otras), es obligación del organismo administrador evaluar la pertinencia de la solicitud, pudiendo ejecutarla si corresponde, corregirla, acorde a los riesgos presentes, así como también denegarla, fundamentando sus razones.

Adicionalmente a las evaluaciones de salud periódicas de vigilancia, los organismos administradores deberán dar cumplimiento a las obligaciones derivadas de su rol de asistencia en el cumplimiento de las obligaciones que le imponen a sus entidades empleadoras adherentes y/o afiliadas el artículo 184 del Código del Trabajo, y concordantemente con lo anterior, los artículos 186 y 187 de la misma normativa, la cual se hace evidente en el otorgamiento de evaluaciones de salud de carácter ocupacional a los trabajadores contratados, que se desempeñan en tareas que presentan un riesgo inherente para su salud y/o seguridad, sobre todo contemplando que los organismos administradores son considerados entidades de reconocida especialización en la materia.

1. Evaluaciones médicas pre – ocupacionales

Las evaluaciones de salud previas al inicio de la relación laboral (exámenes pre-ocupacionales) no son prestaciones cubiertas por el Seguro de la Ley N°16.744. Sin perjuicio de lo anterior, una vez iniciada la relación laboral, la información sobre la condición de salud y/o los resultados de los exámenes realizados por el organismo administrador respectivo en el contexto de dicha evaluación pre ocupacional, serán consideradas como una evaluación ocupacional, a fin de establecer la periodicidad de su reevaluación u otras acciones.

El Seguro de la Ley N°16.744 está concebido sobre la base de otorgar su cobertura y, por ende, los beneficios a los trabajadores que, por regla general, se desempeñan bajo un vínculo de subordinación o dependencia, conforme a lo establecido en el artículo 2° de dicho cuerpo legal, por lo que no procede que los exámenes pre ocupacionales sean de cargo del referido Seguro.

2. Evaluaciones médicas ocupacionales

Las evaluaciones de salud realizadas a trabajadores que se desempeñan en tareas que presentan un riesgo inherente para su salud y/o seguridad, conforme a la evaluación de riesgos, debe ser realizada siempre previo a una reasignación a un nuevo cargo/tarea o periódicamente durante el desempeño del mismo.

El objetivo de estas evaluaciones es determinar, inicial y periódicamente, la presencia de patologías que pudieran eventualmente complicarse con la exposición a agentes o condiciones presentes en el lugar de trabajo o por la ejecución de tareas/funciones específicas del cargo y que puedan contraindicar su desempeño. Asimismo, permiten detectar condiciones médicas o factores de riesgos personales que hagan al trabajador más vulnerable a accidentarse o enfermarse, contraindicando también su desempeño. Ejemplos de estos son: evaluación para altura física, espacios confinados, altura geográfica, usuario de respirador, operador de equipo móvil, brigadas de emergencia, buzo y vigilante, entre otros.

Estas evaluaciones son de cargo del respectivo organismo administrador.

3. Programas de vigilancia epidemiológica

Conforme a lo establecido en el artículo 72, letra g) del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, es obligación del organismo administrador incorporar a la entidad empleadora a sus programas de vigilancia epidemiológica, al momento de establecer en ella la presencia de factores de riesgo que así lo ameriten o de diagnosticar en los trabajadores alguna enfermedad profesional.

Los administradores delegados deberán cumplir con lo prescrito precedentemente, respecto de sus trabajadores.

El artículo 21 del D.S. N°109 de 1968, del mismo Ministerio, indica que será el Ministerio de Salud quien establezca las normas mínimas para el desarrollo de programas de vigilancia, debiendo ser revisados cada 3 años y enviados a consulta a la Superintendencia de Seguridad Social, la que podrá formular las propuestas que estime necesarias en relación a facilitar y uniformar las actuaciones médicas y preventivas.

Respecto de aquellos agentes de riesgo que no cuenten con un protocolo de vigilancia específico establecido por el Ministerio de Salud, el organismo administrador **deberá y los administradores delegados, según corresponda, deberán** elaborar un programa de vigilancia para el agente en cuestión y remitir, para conocimiento de la Superintendencia de Seguridad Social, su protocolo interno, dentro de un plazo no superior a 45 días corridos, contado desde la calificación de la enfermedad.

A continuación, se presentan distintas acciones de vigilancia:

a) Vigilancia de exposición

Es la exploración médico-fisiológica periódica de los trabajadores en la cual se realiza una valoración biológica de exposición interna o control biológico, que documenta la absorción de contaminantes por el organismo, a fin de comparar la exposición y el riesgo a la salud respecto del valor de referencia, establecido en el D.S.N°594 del Ministerio de Salud (Limite de Tolerancia Biológica), midiendo la concentración de sustancias peligrosas o sus metabolitos en la sangre o en la orina de los trabajadores, entre otros.

b) Vigilancia de efecto

Son evaluaciones y exámenes médicos periódicos, orientados a la detección precoz de efectos o daño en la salud, por exposición a factores de riesgo de enfermedad profesional en los trabajadores que se encuentran expuestos o que estuvieron expuestos a un agente, con el objetivo de tomar las medidas correctivas y/o preventivas que eviten su progresión. Incluye en su definición a las evaluaciones realizadas durante la exposición, inmediata al término de exposición y/o posterior al fin de la exposición.

c) Egreso programa de vigilancia

Corresponde al documento que establece las causas que determinan el fin del programa de evaluaciones a las cuales es sometido un trabajador sea esta de vigilancia de exposición o vigilancia de efecto.

d) Evaluaciones ambientales

Corresponden a la realización de mediciones representativas y confiables, cualitativas o cuantitativas, de la presencia de agentes de riesgo físico, químico, biológico, condiciones ergonómicas o psicosociales existentes en el ambiente de trabajo donde se desempeñan los trabajadores.

i) Evaluación cualitativa

Es una herramienta de evaluación de riesgos basada en la caracterización del ambiente de trabajo y en el tiempo de exposición de los trabajadores, mediante una pauta estandarizada de observación, aplicada por personal adecuadamente calificado. El objetivo de este tipo de evaluación es realizar un tamizaje previo a una evaluación cuantitativa o evaluar dicho riesgo en ausencia de metodología cuantitativa específica.

ii) Evaluación cuantitativa

Es una metodología de evaluación de riesgos basado en la caracterización, mediante el uso de instrumentos de muestreo personal o ambiental, para estimar la magnitud del riesgo. En caso que dicha metodología se encuentre normada por el Instituto de Salud Pública (ISP), la evaluación debe

ceñirse a ella. Los resultados de dichas evaluaciones deben ser comparados respecto de los estándares establecidos por la normativa vigente en relación a las concentraciones de agentes químicos, presencia de agentes biológicos, magnitud de parámetros físicos y condiciones ergonómicas o psicosociales.

iii) Programa de Ensayo Interlaboratorio (PEI)

El Instituto de Salud Pública ha desarrollado un Programa de Ensayo Interlaboratorio (PEI), que tiene por objetivo evaluar el desempeño de los laboratorios de salud ocupacional y toxicología del país. Está diseñado para los laboratorios que efectúan análisis de arsénico en orina, mercurio en orina y plomo en la sangre.

Debido a la trascendencia e impacto en la salud de los trabajadores que tiene el PEI, los organismos administradores de la Ley N°16.744 deben solicitar el análisis de las muestras biológicas de los trabajadores de sus empresas adherentes, a laboratorios adscritos al PEI.

4. Información que debe ser entregada al trabajador y al empleador

Los exámenes realizados a los trabajadores en el contexto de la posible exposición a un determinado riesgo, con el propósito de prevenir la aparición de una enfermedad o la ocurrencia de un accidente laboral, es decir, evaluaciones preventivas en el contexto del Seguro de la Ley N°16.744, atendido que no son parte de una ficha clínica, se rigen por lo establecido en la Ley N°19.628, sobre Protección de la Vida Privada en lo concerniente a los Datos Personales.

En estos casos, el organismo administrador deberá:

- a) Tratándose de exámenes ocupacionales para determinar si la condición de salud de un trabajador es compatible con las funciones que desempeña o que deberá asumir:
 - Remitir al empleador un informe que indique si el trabajador presenta o no contraindicaciones para desempeñarse en una condición laboral determinada (por ejemplo, a gran altura geográfica).
 - Entregar al trabajador un informe sobre su aptitud o contraindicaciones para desempeñar un determinado cargo, en consideración a los agentes o factores de riesgo propios del mismo. Además, le deberá informar el o los diagnósticos médicos y las recomendaciones correspondientes (por ejemplo, debe controlar su presión arterial).
 - Entregar al trabajador copia de los resultados de los exámenes efectuados, si éste los solicitara.
- b) Tratándose de exámenes practicados a los trabajadores en razón de vigilancia epidemiológica:
 - Remitir al empleador un informe que indique, en forma agregada e innominada, los resultados generales de dichos exámenes.
 - Dar las indicaciones que se estimen necesarias al empleador para que éste realice acciones para la prevención de enfermedades de origen profesional.
 - Dar indicaciones al empleador para el traslado del trabajador, cuando se le haya diagnosticado una enfermedad profesional, a una faena donde no esté expuesto al riesgo o al agente causal de la enfermedad.
 - Entregar a cada trabajador los resultados de sus exámenes y las recomendaciones que correspondan.

En el evento que el empleador solicite al organismo administrador que se le dé a conocer el resultado de los exámenes indicados en los números a) y b) anteriores, dicho organismo deberá solicitar la autorización al trabajador, lo que debe constar por escrito en un documento destinado exclusivamente a este fin, bajo firma de éste. Este trámite deberá efectuarse una vez que el trabajador conozca el resultado de los exámenes.

CAPÍTULO II. Programas de vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos a sílice

1. Desarrollo de los programas

Para el desarrollo de los programas de vigilancia del ambiente de trabajo y de la salud de los trabajadores con exposición a sílice, el Ministerio de Salud aprobó, a través de la Resolución Exenta N°268, de 2015, el Protocolo de Vigilancia del Ambiente de Trabajo y de la Salud de los Trabajadores con Exposición a Sílice, que establece las normas mínimas que deberán incorporar y cumplir los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 en la implementación y desarrollo de los programas de vigilancia por exposición a este agente.

[Estas obligaciones igualmente deberán ser cumplidas por los administradores delegados.](#)

El referido protocolo indica que la evaluación de la salud de los trabajadores se hará mediante una radiografía de tórax realizada de acuerdo a lo establecido en la "Guía para la Lectura de Imágenes Radiográficas de Tórax Análogas y Digitales según Normas OIT", evaluación que, considerando la evidencia científica y criterios de factibilidad para la vigilancia de grandes grupos de trabajadores y los riesgos asociados a exposiciones masivas, se debe realizar cada 1 o 2 años, de acuerdo al grado de exposición determinado según el resultado de la evaluación de exposición ocupacional. Sin perjuicio de lo anterior, cuando el grado de exposición es de 3, es decir, supera las 5 veces el valor del límite permisible ponderado, la evaluación se debe efectuar dentro del plazo de 60 días, contado desde la fecha que se conocen los resultados analíticos de las muestras, evaluándose posteriormente a los trabajadores en forma anual.

Por su parte, el citado protocolo, respecto de la vigilancia ambiental, determina que su periodicidad se establecerá de acuerdo al nivel de riesgo.

Asimismo, se precisa que ningún trabajador deberá ser sometido a más de una evaluación radiográfica de tórax en un mismo año, para efectos de vigilancia de su salud.

2. Vigilancia después del cese de la exposición

El trabajador expuesto a sílice puede manifestar signos de enfermedad durante la exposición laboral o una vez finalizada aquélla, a diferencia de lo que ocurre con la mayor parte de los agentes causantes de enfermedad.

Atendido que respecto a los trabajadores que estuvieron expuestos a sílice, el riesgo de desarrollar silicosis no se extingue luego finalizada la exposición, corresponde que continúe la vigilancia de su salud, para determinar la eventual aparición de silicosis y proceder al otorgamiento de las prestaciones que procedan.

El término de la exposición puede ocurrir ya sea por cambio de puesto de trabajo dentro de la misma empresa, desvinculación laboral o término de la vida laboral.

En esta materia, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud, a partir del cese definitivo de la exposición, la vigilancia será quinquenal y hasta 15 años después de finalizada la exposición.

Por otra parte, la entidad empleadora donde el trabajador estuvo expuesto al riesgo es quien, al término de la relación laboral, debe informar de ello a su organismo administrador y entregar todos los antecedentes necesarios para que se realice la evaluación post ocupacional, tanto de aquellos trabajadores que se cambien de entidad empleadora, como de los que finalizan su vida laboral. Al respecto, debe precisarse que, a los trabajadores incorporados al programa de vigilancia de la salud, se les debe informar que el riesgo de desarrollar silicosis no se extingue, por lo que deben continuar asistiendo a los controles hasta que el organismo administrador se los indique.

Por lo tanto:

- a) En caso de que un trabajador haya estado expuesto al riesgo de silicosis en distintas entidades empleadoras, el organismo administrador de la última de ellas, independientemente del tiempo de exposición, es quien debe incorporarlo a su programa de vigilancia quinquenal.
- b) Si el trabajador pasa a desempeñarse en otra entidad empleadora, en la que también existe exposición a sílice, pero que está afiliada a un organismo administrador distinto al de su ex empleador, corresponderá que la vigilancia la realice el organismo al que está afiliada la empresa a la que se cambió el trabajador, debiendo este último efectuar las evaluaciones con la periodicidad que corresponda al grado de exposición. Asimismo, el primer organismo deberá transmitir al nuevo la información necesaria para la mantención de la vigilancia, y
- c) Si el trabajador pasa a desempeñarse en una entidad empleadora en la que no existe exposición a sílice y que está afiliada a un organismo administrador diverso al de su ex empleador, la vigilancia debe realizarla el organismo administrador de la empresa en donde estuvo expuesto al mencionado factor por última vez.

3. Registro de trabajadores expuestos a sílice

Es responsabilidad de los organismos administradores, llevar un registro de las empresas en que existe exposición a sílice, y en caso que una de éstas se cambie de organismo administrador, el antiguo debe proporcionar al nuevo organismo administrador todos los antecedentes necesarios que le permitan aplicar el protocolo a que alude el Capítulo V, número 5.2 del protocolo de vigilancia del Ministerio de Salud.

[Los administradores delegados del Seguro de la Ley N° 16.744, deberán cumplir con la obligación señalada en el párrafo anterior identificando y registrando las faenas o centros de trabajo en que exista exposición a sílice.](#)

4. Traspaso de información entre organismos administradores

Con el objetivo de dar continuidad operativa al programa de vigilancia ambiental y de la salud de los trabajadores, y evitar la repetición de las evaluaciones ambientales y de los exámenes radiológicos vigentes a los trabajadores, corresponderá efectuar un traspaso de información, de acuerdo a lo establecido en las siguientes letras, cada vez que una entidad empleadora con trabajadores en programa de vigilancia de la salud por exposición a sílice se cambie de organismo administrador, o cuando un trabajador se cambie de entidad empleadora y continúe desempeñando funciones con exposición a dicho agente.

- a) Cuando una entidad empleadora con trabajadores en programa de vigilancia de la salud por exposición a sílice, se cambie de organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744, el antiguo organismo que realizaba la vigilancia deberá entregar al nuevo organismo los siguientes antecedentes:
 - i) Informes técnicos de evaluaciones ambientales, cualitativas y cuantitativas, realizados en las áreas con presencia de sílice de la empresa, de los últimos 5 años;
 - ii) Copia del listado de los trabajadores expuestos al riesgo de desarrollar silicosis, que le proporcionó la entidad empleadora, según los informes técnicos respectivos, y
 - iii) Nómina actualizada de los trabajadores en programa de vigilancia, en la que se precise la dirección del centro de trabajo; el nombre completo y RUN de los trabajadores, grado de exposición al agente sílice del último puesto de trabajo ocupado y, la fecha de la última radiografía de tórax con técnica OIT realizada a cada uno de ellos.
- b) Cuando un trabajador ingrese a una entidad empleadora y desempeñe funciones con exposición al agente sílice, será responsabilidad del respectivo organismo administrador requerir al trabajador, al momento de incorporarlo al programa de vigilancia, que informe respecto a su participación previa en algún programa

de vigilancia por exposición a dicho agente. En caso que el trabajador indique que con anterioridad se encontraba incorporado a un programa de vigilancia, el nuevo organismo administrador deberá requerir al antiguo la información indicada en el numeral iii) de la letra a), referida específicamente a dicho trabajador, a fin de continuar con la vigilancia.

Además, solo si lo estima necesario, el nuevo organismo administrador podrá requerir al antiguo la remisión de la copia de las radiografías de tórax del programa de vigilancia y sus respectivos informes, para efectos de comparación en caso que en las nuevas evaluaciones se detecten alteraciones radiográficas o cuando el trabajador manifieste síntomas de enfermedad; u otras finalidades que tengan directa relación con el programa de vigilancia.

El traspaso de esta información, de acuerdo a lo establecido en los artículos 10 de la Ley N°19.628 y 134 bis del D.F.L. N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, no requerirá de la autorización previa del trabajador, toda vez que dichos antecedentes son necesarios para el otorgamiento de prestaciones de salud en el contexto de las actividades de prevención de los riesgos profesionales y dicen relación con el cumplimiento de los objetivos legales impuestos a los organismos administradores en dicho ámbito.

En el evento que los antecedentes señalados previamente sean solicitados para una finalidad diversa a su utilización en el contexto del programa de vigilancia, la entidad requirente deberá acompañar un documento suscrito por el trabajador, en el que éste otorgue, en términos claros y explícitos, su autorización para que se le entreguen dichos antecedentes, indicando expresamente el propósito para el cual se requieren.

En todo caso, las entidades deberán velar porque dichos antecedentes sean utilizados sólo para los fines para los que han sido solicitados, al tenor de lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley N°19.628.

La información descrita en las letras a) y b) de este número, deberá ser solicitada por el nuevo organismo administrador dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que comience a regir la adhesión o afiliación de la entidad empleadora al nuevo organismo o a la fecha en que el trabajador le informe el hecho de haberse encontrado incorporado en un programa de vigilancia con anterioridad, según corresponda. A su vez, el antiguo organismo administrador deberá entregar la información solicitada dentro del plazo de 30 días, contado desde la fecha en la que se efectuó el respectivo requerimiento.

El mecanismo que se utilice para el traspaso de la información será de libre elección y deberá ser acordado entre los organismos administradores y las empresas con administración delegada. Sin embargo, se deberá garantizar que la forma de operar elegida cuente con todas las medidas de seguridad que permitan mantener la confidencialidad de la información, resguardando la pérdida y/o mal uso de ésta, lo que será de exclusiva responsabilidad de la entidad respectiva.

Cualquier modificación que se introduzca en el mecanismo acordado para el traspaso de la información, deberá ser comunicado a la Superintendencia de Seguridad Social en el plazo de 30 días, contado desde la fecha en que se adopte el respectivo acuerdo.

CAPÍTULO III. Evaluación de riesgo psicosocial laboral

1. Antecedentes generales
2. Acerca del cuestionario SUSESO/ISTAS21
3. Instrucciones a los organismos administradores y administradores delegados sobre el uso del cuestionario SUSESO/ISTAS21
 - a) Con el objetivo que los centros de trabajo apliquen correctamente el cuestionario, los organismos administradores deberán:
 - i) Capacitar a todos sus profesionales que prestan asistencia técnica en el programa de vigilancia de RPSL, mediante un curso de al menos 16 horas de duración sobre el Protocolo de Vigilancia de Riesgos

- Psicosociales en el Trabajo y la metodología SUSESO/ISTAS21. Se debe mantener un registro de todos los profesionales capacitados, el que debe ser informado a la Superintendencia de Seguridad Social.
- ii) Presentar a la Superintendencia de Seguridad Social una propuesta de capacitación para dar cumplimiento al punto precedente.
 - iii) Promover y difundir tanto el Manual de uso vigente del Cuestionario SUSESO/ISTAS21, el Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo, como las presentes instrucciones, entre sus entidades empleadoras adherentes o afiliadas. Se deberá mantener un sistema de registro de las empresas efectivamente contactadas -en qué consistió la acción de difusión y/o cómo se informó-, que deberá estar a disposición de la Superintendencia de Seguridad Social.
 - iv) Realizar capacitaciones sobre los factores de RPSL entre sus empresas adherentes o afiliadas, de acuerdo a lo instruido en el plan anual de prevención.
 - v) Contar con una plataforma electrónica para la aplicación del cuestionario versión breve y el análisis de resultados, la que será sometida a una revisión por parte de la Superintendencia de Seguridad Social que definirá criterios para verificar su correcto funcionamiento. Se excluye de esta obligación a las empresas con administración delegada.
 - vi) Disponer del material gráfico necesario (impreso y/o virtual) para que los centros de trabajo puedan realizar la campaña de sensibilización y difusión que contempla la metodología, así como un modelo de bitácora para que los centros de trabajo puedan registrar las acciones efectuadas en el cumplimiento de la metodología SUSESO/ISTAS21.
 - vii) Entregar orientaciones generales para el diseño de medidas preventivas, de acuerdo a los resultados obtenidos por parte de los centros de trabajo.
 - viii) Gestionar la habilitación de la plataforma electrónica del cuestionario versión completa que dispone la Superintendencia de Seguridad Social, de acuerdo a lo indicado en el numeral iii), de la letra c) siguiente, para aquellas entidades empleadoras que por iniciativa propia deseen usar la versión completa del instrumento. Asimismo, el organismo administrador deberá informar oportunamente a las entidades empleadoras que en estos casos siempre deberá utilizarse la plataforma de la Superintendencia de Seguridad Social.
- b) En aquellos centros de trabajo que hayan obtenido nivel de "riesgo medio", los organismos administradores deben prescribir medidas preventivas generales e instruir acciones específicas para las unidades de análisis que, dentro del centro de trabajo, hayan obtenido "riesgo alto".
- c) Con el fin de incorporar a sus programas de vigilancia a los centros de trabajo que hayan obtenido un nivel de "riesgo alto" con la versión breve del cuestionario, los organismos administradores [y administradores delegados](#) de la Ley N°16.744 deberán:
- i) Guiar el proceso de aplicación del cuestionario SUSESO/ISTAS21 en su versión completa, cumpliendo con la metodología SUSESO/ISTAS21 descrita en el Manual de uso vigente, contenido en el Anexo N°4 "Manual del método Cuestionario SUSESO/ISTAS21".
 - ii) Capacitar sobre la metodología SUSESO/ISTAS21 mediante cursos a los integrantes del comité de aplicación del centro de trabajo. Para fines de reportar en los sistemas de información vigente, dichos cursos deberán tener una denominación única tanto en el nombre de la capacitación como en el código de la capacitación.
 - iii) Utilizar la plataforma electrónica del cuestionario versión completa que dispone la Superintendencia de Seguridad Social y gestionar su habilitación para el correcto uso de la misma, realizando el siguiente procedimiento general:
 - Enviar la "solicitud de cuestionario SUSESO/ISTAS21" mediante el documento electrónico descrito en el Anexo N°5 "Documento electrónico de habilitación del cuestionario SUSESO/ISTAS21", a

través del Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT), en los plazos descritos en el numeral iv) siguiente.

- En un plazo de dos días hábiles y, en base a la solicitud enviada y previa validación, se habilitará el proceso en el sistema SUSESO/ISTAS21, en los términos requeridos y retornará un correo electrónico con las credenciales de acceso al responsable del organismo administrador [o administrador delegado](#) a cargo del proceso de ese centro de trabajo.

Corresponde al organismo administrador [o administrador delegado](#) orientar al centro de trabajo en la administración de las credenciales de acceso y la forma de su distribución.

El sistema notificará al responsable del centro de trabajo y al responsable empresa, que las credenciales de acceso ya se encuentran generadas y entregadas al organismo administrador.

- Los organismos administradores [y administradores delegados](#) serán los responsables de centralizar las inquietudes, incidencias o modificaciones en la plataforma SUSESO/ISTAS21 tales como: prórrogas, suspensiones, aumento o disminución de la cantidad de evaluados o modificación de algún antecedente, mediante la funcionalidad de "Reemplazo", de acuerdo a lo instruido en el Anexo N°5 "Documento Electrónico de Habilitación del Cuestionario SUSESO/ISTAS21", el que debe enviarse antes que el cuestionario comience a ser respondido por los trabajadores.

- iv) Desde que ~~el organismo administrador toma~~ [los organismos administradores y administradores delegados toman](#) conocimiento del nivel de "riesgo alto", ~~éste tienen~~ [tendrán](#) un mes como plazo máximo para iniciar las gestiones descritas en el punto iii) precedente. Para la habilitación de la plataforma electrónica debe haberse cumplido con las etapas previas que contempla la metodología SUSESO/ISTAS21. El término de la aplicación del cuestionario no podrá sobrepasar 3 meses contados desde que el organismo administrador tomó conocimiento de la condición de "riesgo alto" del centro de trabajo.
- v) Dar respuesta en primera instancia a las dudas y consultas de las empresas u organizaciones con respecto al uso de la plataforma SUSESO/ISTAS21 para la aplicación de la versión completa del cuestionario.
- vi) Asesorar al comité de aplicación para la interpretación de los resultados.
- vii) El centro de trabajo podrá salir del programa de vigilancia de su organismo administrador, cuando obtenga nivel de "riesgo medio" o "bajo" como resultado de la aplicación de la versión completa del cuestionario, en cuyo caso el organismo administrador deberá recomendar o prescribir medidas de acuerdo a lo establecido para cada nivel de riesgo en el Protocolo vigente. Si el centro de trabajo obtiene en esta evaluación nivel de "riesgo alto", el organismo administrador deberá cumplir con lo descrito en la letra d) siguiente.
- d) Con el fin de incorporar a sus programas de vigilancia a los centros de trabajo que utilizaron por iniciativa propia la versión completa del cuestionario y obtuvieron nivel de "riesgo alto", los organismos administradores [y administradores delegados](#) de la Ley N°16.744 deberán:
- i) Conducir los procesos de análisis grupal de acuerdo a la metodología SUSESO/ISTAS21 descritas en el manual de uso vigente.
 - ii) Orientar el diseño de las intervenciones y prescribir las medidas correctivas a partir de los resultados de los análisis grupales y de lo acordado por el comité de aplicación.
 - iii) Monitorear el estado de avance de las medidas prescritas en el mes 12 contado desde la fecha en que el organismo administrador tomó conocimiento del "riesgo alto".
 - iv) Una vez vencido el plazo para la implementación de las medidas prescritas (mes 20 contado desde la fecha en que el organismo administrador tomó conocimiento del riesgo alto), verificar que el empleador dio cumplimiento a ellas y, en caso negativo, informar a la Inspección del Trabajo y a la

- autoridad sanitaria competente, además de proceder de acuerdo a lo descrito en el artículo 68 de la Ley N°16.744.
- v) Guiar el proceso de reevaluación con la versión completa del cuestionario, respetando los tiempos indicados en el Protocolo.
 - vi) El centro de trabajo podrá salir del programa de vigilancia ~~de su organismo administrador~~ cuando en la reevaluación con la versión completa del cuestionario no obtenga un nivel de riesgo alto, en cuyo caso el organismo administrador deberá recomendar o prescribir medidas de acuerdo a lo establecido en el Protocolo vigente para cada nivel de riesgo.
- e) Con respecto a los lugares de trabajo que hayan presentado un caso de patología de salud mental de origen profesional, a fin de ser incorporados al programa de vigilancia, los organismos administradores y administradores delegados de la Ley N°16.744 deberán:
- i) Aplicar la versión completa del instrumento, independiente del número de trabajadores del lugar de trabajo, y cumplir con las acciones indicadas en los numerales i, ii, iii, v, vi y vii de la letra c) precedente.
 - ii) ~~Las gestiones indicadas en el numeral iii) de la letra c) precedente, deben ser iniciadas dentro del plazo de 1 mes desde la calificación del caso como de origen laboral por parte del organismo administrador o desde que el organismo administrador haya recibido dicha resolución de la Superintendencia de Seguridad Social. El término de la aplicación del cuestionario no podrá sobrepasar los 3 meses contados desde la calificación de la patología de salud mental de origen profesional.~~
Iniciar las gestiones indicadas en el numeral iii) de la letra c) precedente, dentro del plazo de 1 mes desde la calificación del caso como de origen laboral, por parte del organismo administrador, administrador delegado o desde que estas entidades hayan sido notificadas de dicha resolución por la Superintendencia de Seguridad Social. Además, se deberá tener presente que el término de la aplicación del cuestionario no podrá sobrepasar los 3 meses contados desde la calificación de la patología de salud mental de origen profesional.
 - iii) En estos casos, el análisis y diseño de las intervenciones deben tener en cuenta los hallazgos del estudio de puesto de trabajo para patología de salud mental realizado durante la calificación del origen de la enfermedad, resguardando la confidencialidad de los datos del trabajador evaluado. Para esto es indispensable la coordinación entre el equipo de prevención a cargo de aplicar el cuestionario SUSESO/ISTAS21 y el equipo a cargo del estudio de puesto de trabajo.
 - iv) En los centros de trabajo que cuenten con más de 100 trabajadores, la aplicación de la versión completa debe ser realizada en la o las unidades de análisis (unidad de vigilancia) en las que el trabajador estuvo expuesto al riesgo. Cuando el lugar de trabajo cuente con un número de trabajadores igual o inferior a 100, la versión completa del cuestionario se debe aplicar a todo el centro de trabajo.
 - v) En el caso que el centro de trabajo cuente con una evaluación de RPSL realizada con la versión completa del cuestionario y haya transcurrido menos de un año desde el término de la aplicación, el organismo administrador deberá verificar el correcto cumplimiento de la metodología SUSESO/ISTAS21. En este caso, la verificación del cumplimiento de las medidas recomendadas o prescritas, según corresponda, deberá realizarse en el mes de inicio del proceso de reevaluación.
 - vi) Generar, en todos los casos, un programa de retorno al lugar de trabajo para el trabajador que haya sido calificado con una patología de salud mental de origen profesional.
- f) Con respecto a los centros de trabajo que hayan presentado "riesgo alto" o presentado un caso de patología de salud mental de origen laboral, y que habiendo realizado todas las gestiones posibles para que el centro de trabajo utilice la plataforma electrónica del cuestionario SUSESO/ISTAS21, aun persista la imposibilidad de su uso, los organismos administradores y administradores delegados de la Ley N°16.744 deberán:

- i) Guiar el proceso de aplicación del cuestionario SUSESO/ISTAS21 en su versión completa, de acuerdo a lo indicado en las letras c) y d) precedentes, según corresponda, contemplando las particularidades de su aplicación en papel, descritas en el manual de uso vigente.
- ii) Instruir al centro de trabajo para la digitación de los cuestionarios en la plataforma o para la transcripción del resultado del cuestionario sobre una planilla electrónica que posea un formato idéntico al que exige la plataforma SUSESO/ISTAS21, y realizar la verificación de su correcto traspaso.

CAPÍTULO IV. Programa de vigilancia epidemiológica de trabajadores expuestos a plaguicidas

1. Elaboración del registro de entidades empleadoras que presenten exposición a plaguicidas
2. Proceso de vigilancia ambiental
3. Proceso de vigilancia de salud del trabajador
(.....)

c) Gestión de los resultados

Cuando existan evaluaciones de salud con valores sobre el Límite de Tolerancia Biológica (LTB), según lo establecido en el D.S. N°594, de 1999, del Ministerio de Salud, los organismos administradores deberán prescribir, a través de un medio verificable, en un plazo no superior a 12 horas una vez conocido el resultado del laboratorio, la reubicación temporal del o los trabajadores hasta la normalización de los parámetros clínicos y de laboratorio. Lo anterior, en conformidad a lo dispuesto en el Protocolo y en el artículo 57 del citado decreto.

Los resultados de las evaluaciones de salud realizadas a los trabajadores establecidas en el Protocolo, deberán ser entregados a la entidad empleadora de manera agrupada, dejando constancia de su recepción. Dicho informe deberá contener lo siguiente:

- i) Número de trabajadores expuestos a plaguicidas
- ii) Número de trabajadores evaluados
- iii) Número de trabajadores pendientes de evaluación
- iv) Número de trabajadores que rechaza evaluación
- v) Número de trabajadores desvinculados
- vi) Número de trabajadores sin alteración
- vii) Número de trabajadores alterados

Los organismos administradores [y administradores delegados](#) deberán tomar todos los resguardos destinados a la protección de los datos sensibles de los trabajadores, conforme a la normativa vigente sobre la materia.

Adicionalmente, el organismo administrador deberá informar a la entidad empleadora la nómina de los trabajadores evaluados con sus fechas de evaluación y la nómina de los trabajadores pendientes de evaluación.

Asimismo, los organismos administradores [y administradores delegados](#) deberán dejar constancia de la entrega a los trabajadores del resultado de sus evaluaciones.

G. Prescripción de medidas de control

CAPÍTULO II. Prescripción a entidades empleadoras de trabajadores en régimen de subcontratación

A fin de establecer los alcances de las obligaciones de los organismos administradores en aquellas situaciones en que presten asesoría a empresas que realizan trabajo en régimen de subcontratación, se ha considerado pertinente señalar:

1. Si el organismo administrador de la empresa principal detecta condiciones deficientes que afectan a trabajadores de la empresa principal como también a contratistas, deberá notificar del riesgo a su adherente (entidad empleadora principal), prescribiendo las medidas destinadas al control del riesgo detectado en el centro de trabajo, así como prescribir la obligación a su adherente de comunicar el riesgo a todas sus empresas contratistas. Posteriormente, deberá verificar el cambio de las condiciones que generó la prescripción, así como la efectiva notificación a las empresas contratistas de su entidad empleadora adherida o afiliada.

[Cuando un administrador delegado detecte las señaladas condiciones deficientes deberá tomar todas las medidas destinadas al control del riesgo, y comunicar éste a todas sus empresas contratistas expuestas al riesgo detectado.](#)

2. En el caso que el organismo administrador de una empresa contratista detecte condiciones que afecten la seguridad y salud de los trabajadores que se desempeñan en un centro de trabajo perteneciente a una empresa principal adherida o afiliada a otro organismo administrador, debe notificar estas a su adherente, prescribiendo las medidas específicas que el contratista pueda realizar dentro de su marco de acción. Adicionalmente, deberá informar al organismo administrador de la entidad empleadora principal, para que éste evalúe el riesgo, prescriba medidas y verifique su implementación. Sobre esta última acción de notificación entre organismos administradores, tanto el emisor como receptor deberán llevar un registro, el que se deberá mantener a disposición de la Superintendencia de Seguridad Social.

[Cuando un administrador delegado en calidad de contratista, detecte las señaladas condiciones deficientes, deberá tomar todas las medidas destinadas al control del riesgo que pueda realizar dentro de su marco de acción. Adicionalmente, deberá informar al organismo administrador de la entidad empleadora principal, para que éste evalúe el riesgo, prescriba medidas y verifique su implementación. Sobre esta última acción de notificación entre organismos, tanto el emisor como receptor deberán llevar un registro, el que se deberá mantener a disposición de la Superintendencia de Seguridad Social.](#)

H. Reportes, investigación y prescripción de medidas en caso de accidentes del trabajo fatales y graves

CAPÍTULO I. Reporte y prescripción de medidas

En casos de accidentes fatales y graves los organismos administradores, deberán difundir las presentes instrucciones entre sus entidades empleadoras adheridas o afiliadas, entregarles asistencia técnica y cumplir las siguientes obligaciones, también aplicables a las empresas con administración delegada.

1. Comunicación inmediata y notificación de un accidente fatal a la Superintendencia de Seguridad Social.
 - a) Los accidentes fatales deberán ser informados mediante correo electrónico, a la dirección accidentes@suseso.cl, con los datos requeridos en el Anexo N°12 "Comunicación inmediata de accidente laboral fatal". Esta notificación se deberá realizar de forma inmediata al tomar conocimiento del accidente.
 - b) Con el propósito de identificar adecuadamente la información recibida por correo electrónico, se deberá especificar claramente en asunto: "#FATAL" seguido de la sigla que identifica al organismo administrador o administrador delegado respectivo (ACHS, MUSEG, IST, ISL, DIVISIÓN CODELCO, PUC) y el nombre y RUN del trabajador fallecido.

- c) Si por falta de información, la comunicación se hubiera enviado incompleta, se deberá remitir nuevamente dicho correo con todos los datos, dentro de las 24 horas de haber sido comunicado el siniestro a la dirección de correo electrónico accidentes@suseso.cl.
- d) En un plazo máximo de 24 horas contados desde la primera comunicación, el organismo administrador debe remitir un resumen de la asistencia técnica realizadas en el centro de trabajo, incluyendo las prescripciones y verificaciones de medidas realizadas durante los últimos 12 meses previos a la ocurrencia del accidente. Esta información debe ser enviada al correo electrónico accidentes@suseso.cl. Para esta obligación se excluyen los accidentes de trayecto.

Tratándose de accidentes no categorizados previamente como graves, que produzcan el fallecimiento como consecuencia del accidente en las primeras 24 horas, el organismo administrador deberá instruir a la entidad empleadora, dar cumplimiento a la obligación de suspensión y comunicación a la autoridad.

~~Sin perjuicio de lo indicado en este número, el organismo administrador y la empresa con administración delegada, deberá remitir al SISESAT toda la documentación asociada a los accidentes fatales y graves, de acuerdo a lo instruido en el Letra C, Título I, del Libro IX.~~

En el caso de los accidentes fatales ocurridos a trabajadores independientes, incluidos aquellos trabajadores a los que se refiere en el número 14, del Capítulo II, Letra D, del Título I, el organismo administrador en el que dicho trabajador independiente se encontraba afiliado, deberá remitir a la Superintendencia de Seguridad Social la información indicada en las letras a), b) y c) precedentes. Respecto de estos accidentes fatales, el organismo administrador sólo deberá remitir al SISESAT el eDoc 141, de acuerdo a lo señalado en la Letra C, Título I, del Libro IX.

2. Prescripción de medidas inmediatas
(....)

CAPÍTULO II. Investigación del accidente fatal o grave

1. El organismo administrador deberá prescribir a la entidad empleadora que realice una investigación del accidente fatal o grave mediante su Comité Paritario de Higiene y Seguridad o Comité Paritario de Faena, cuando corresponda. Asimismo, deberá prestar asistencia técnica al Comité Paritario de Higiene y Seguridad de la entidad empleadora o Comité Paritario de Faena, cuando la entidad empleadora no cuente con Departamento de Prevención, para que este comité pueda desarrollar una adecuada investigación del accidente fatal o grave.
2. Adicionalmente, el organismo administrador deberá efectuar una investigación para cada accidente fatal, independiente del tamaño de la empresa y la presencia o ausencia de Comité Paritario de Higiene y Seguridad, Comité Paritario de Faena o Departamento de Prevención de Riesgos. La investigación de los accidentes fatales por parte del organismo administrador deberá iniciarse inmediatamente de haber tomado conocimiento de éste. En los casos excepcionales en que ello no fuese posible, deberá informar de esta situación a la Superintendencia de Seguridad Social, mediante correo electrónico a accidentes@suseso.cl.
3. Las investigaciones señaladas en los N°s.1 y 2 anteriores, pueden ser realizadas de forma conjunta por el organismo administrador y el Comité Paritario de Higiene y Seguridad o Comité Paritario de Faena. No obstante, el organismo administrador podrá complementar o realizar una investigación propia si así lo requiere, en los casos de accidentes del trabajo graves. La investigación remitida a esta Superintendencia deberá cumplir con la metodología del árbol de causas y ser debidamente validada por el Organismo Administrador, aun cuando ésta haya sido realizada por la entidad empleadora o en conjunto con ella. Se exceptúan del uso de esta metodología los accidentes de tránsito, sin perjuicio de lo anterior se deberá recabar la mayor cantidad de información cuando se deba investigar este tipo de accidentes.
4. El organismo administrador deberá efectuar la investigación del accidente grave en el caso que la entidad empleadora no cuente con Comité Paritario de Higiene y Seguridad o Comité Paritario de Faena.

En el caso de los accidentes graves producidos por caída de altura de más de 1,8 metros, el organismo administrador solo deberá realizar la investigación de aquellos que ocasionen una fractura, un traumatismo intracraneal o cualquier otra lesión calificada como grave por el médico de urgencias. En estos casos, el organismo administrador deberá enviar al módulo RALF los eDoc 141 al 147.

Por otra parte, si el accidente no ocasiona una lesión de esa gravedad, el organismo administrador deberá efectuar su notificación provisoria, mediante el eDoc 141, prescribir medidas inmediatas e informarlas a través del eDoc 142, todo ello, conforme a lo instruido en la **Letra C, del Título I, del Libro IX**. En estos casos, el organismo administrador deberá enviar en el documento eDoc 141, en el campo "Descripción inicial del accidente", junto con la descripción propiamente tal, la siguiente glosa "caída de altura sin criterio de gravedad médico.

5. Para el caso de trabajo en régimen de subcontratación, los organismos administradores presentes deberán colaborar y aportar con antecedentes necesarios al organismo administrador que le corresponde efectuar, asistir, coordinar y/o asesorar la investigación, según corresponda.
6. En aquellos accidentes calificados como de origen no laboral, y aquellos calificados como accidentes de trayecto, el documento de investigación del accidente (eDoc 143) cerrará el proceso. Para lo anterior, se requiere que junto con la descripción de las circunstancias del accidente (campo de descripción del accidente por el investigador) se fundamente el motivo de la calificación no laboral o accidente de trayecto. Además, se deberán enumerar los antecedentes considerados para la calificación (campo de antecedentes considerados en la investigación) y adjuntarlos en el campo correspondiente (documentos anexos que acompañan la investigación).

[7. Los administradores delegados deberán efectuar la investigación, tanto de los accidentes fatales, como de los accidentes graves. Además, deberán remitir al módulo RALF, los edoc 141 al 145, informando, a través del edoc 142 Medidas y el edoc 145 Prescripción, las medidas inmediatas \(edoc 142\) y las medidas correctivas y/o preventivas \(edoc 145\) que, en su rol empleador, es deber de la respectiva entidad empleadora implementar.](#)

CAPÍTULO VII. Competencias de los profesionales para realizar investigaciones

Los profesionales de los organismos administradores [y de los administradores delgados](#) que realicen las investigaciones de los accidentes fatales y graves, deberán contar con las competencias necesarias para tales fines, sometiéndose a un proceso de evaluación periódica por parte del organismo administrador, y en caso que sea necesario, realizando un curso que cuente con práctica supervisada del método del árbol de causas. En el **Anexo N°26 "Estructura básica del curso de investigación a través del método del árbol de causas"** se definen los requisitos mínimos para los cursos de investigación de accidentes con el método del árbol de causas.

Se deberá designar a un encargado o supervisor del cumplimiento de estas instrucciones, quien tendrá entre sus funciones mantener un registro de los profesionales que cuentan con las competencias para realizar investigación de accidentes fatales y graves. Además, será responsable de las notificaciones enviadas a la Superintendencia de Seguridad Social, siendo el interlocutor válido ante ésta. El organismo administrador deberá notificar a la referida Superintendencia el nombre del encargado o supervisor y cualquier cambio de éste.

El encargado o supervisor, deberá remitir el registro de los profesionales que cuentan con las competencias para realizar investigación de accidentes fatales y graves, además del envío del registro de la difusión de las medidas correctivas por cada accidente de trabajo de origen laboral de forma semestral, el último día hábil de los meses de julio y enero.

LIBRO V. PRESTACIONES MÉDICAS/

TÍTULO I. Generalidades

B. Prestaciones médicas de la Ley N°16.744

1. Definición de prestaciones médicas
(...)
2. Derecho a las prestaciones médicas de los trabajadores independientes
(...)
3. Pertinencia de las prestaciones médicas en el contexto de la calificación del origen del accidente o enfermedad

Los tratamientos otorgados durante el proceso de calificación del origen de la afección, deberán ser indicados con el objetivo de tratar los síntomas incapacitantes, evitando procedimientos invasivos, a menos que la gravedad y urgencia del caso así lo requiera.

Así, por ejemplo, las cirugías de carácter electivo, es decir aquellas cuya dilación no implique un detrimento en la posibilidad de recuperación del trabajador, deberán ser suspendidas mientras no se determine el origen laboral del cuadro clínico.

En caso que el accidente o enfermedad sea calificado como de origen común, el organismo administrador [o administrador delegado](#) deberá solicitar el reembolso de las prestaciones otorgadas, a través del procedimiento dispuesto en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, o aquél establecido para los casos no regulados por el artículo 77 bis, según corresponda.

Durante el proceso de calificación no se podrán suspender los tratamientos prescritos por otro profesional de la misma o de otra entidad, salvo por razones médicas fundadas, las que deberán constar por escrito en la ficha clínica.

4. Otorgamiento de las prestaciones médicas

Las prestaciones médicas deben ser uniformes para todos los beneficiarios de la Ley N°16.744, debiendo garantizarse que no exista diferencia o discriminación entre ellos, siendo las condiciones médicas o clínicas del paciente el único factor a considerar para establecer diferencias en su otorgamiento.

En todos los establecimientos de atención de los organismos administradores ~~y aquellos centros entidades controladas~~ [y administradores delegados, cuando corresponda, y en aquellos centros de entidades controladas](#) por dichos organismos individual o conjuntamente, incluidos aquellos centros de atención cuya autorización ha sido otorgada por la Superintendencia de Seguridad Social bajo la condición de que se brinde atención preferente a los beneficiarios del Seguro de la Ley N°16.744, se debe privilegiar la atención de sus trabajadores adheridos o afiliados, por sobre los pacientes privados, excepto en los casos de urgencia, los que deben ser categorizados según su gravedad médica.

Cuando un trabajador sea víctima de un accidente laboral traumático, el organismo administrador [o administrador delegado, según corresponda](#), además de entregarle cobertura médica respecto de las lesiones físicas que haya sufrido, deberá proveerle un tratamiento integral en relación a su accidente que incluya, cuando sea necesario, las atenciones de salud mental y de rehabilitación que requiera.

La existencia de una patología de base de origen común, no obsta al otorgamiento de las prestaciones médicas que correspondan, por un episodio agudo derivado de un accidente ocurrido en el trabajo o de una enfermedad profesional.

Por otra parte, la extensión de la atención médica a los pacientes privados - conforme a lo establecido en el artículo 29 del D.L. N°1.819, de 1977, y en su reglamento, el Decreto N°33, de 1978, del Ministerio de

Hacienda - en los hospitales dependientes de las mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744, deberá orientarse preferentemente hacia los trabajadores de sus empresas adherentes y las personas que le causen asignación familiar. Esta atención sólo se podrá realizar cuando la capacidad del establecimiento permita cubrir estos nuevos servicios sin alterar ni menoscabar en forma alguna el cabal cumplimiento de las funciones y obligaciones que las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias les imponen.

~~Si a una empresa se le hubiere revocado su calidad de administrador delegado del Seguro de la Ley N°16.744, dicha entidad deberá continuar otorgando las prestaciones médicas que correspondan, por las secuelas de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales sufridos por sus trabajadores o ex-trabajadores con anterioridad a la fecha en que se haya hecho efectiva la referida revocación, toda vez que, conforme lo establecido en el artículo 29 de la Ley N°16.744, la obligación de otorgar dichas prestaciones subsiste en tanto no se haya logrado la curación completa de la víctima o persistan las secuelas causadas por la enfermedad o accidente.~~

Si un administrador delegado renuncia o se le revoca la administración del Seguro de la Ley N°16.744, las prestaciones médicas que deban otorgarse a sus trabajadores o a ex-trabajadores por accidentes del trabajo y/o enfermedades profesionales, ocurridas con anterioridad a la fecha del término de la delegación, deberán ser asumidas por el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) en su calidad de organismo delegante.

D. Ficha clínica única

1. Contenido de la ficha clínica

De conformidad a lo dispuesto en el Decreto N°41, de 2012, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento sobre Fichas Clínicas, los organismos administradores ~~deben~~ y los administradores delegados del Seguro de la Ley N°16.744 deberán contar en sus centros de atención, con una ficha clínica única para cada paciente, que contenga toda la información de las atenciones de salud efectuadas, ya sea en forma ambulatoria u hospitalaria, incluidas las evaluaciones y evoluciones kinésicas.

El registro debe ser realizado por el profesional que efectúa la prestación y cualquiera sea su soporte, deberá ser elaborado en forma clara y legible, conservando una estructura ordenada y secuencial.

Los organismos administradores y administradores delegados deben privilegiar la utilización de soportes electrónicos para el manejo y almacenamiento de la ficha clínica única.

El Instituto de Seguridad Laboral debe mantener una ficha de cada trabajador, que incluya los antecedentes de las prestaciones médicas otorgadas por sus prestadores externos.

La ficha clínica, además de la información consignada en el citado Reglamento, debe incluir en forma obligatoria los campos indicados en el Anexo N°1 "Contenidos básicos de la ficha clínica única".

Al respecto, la ficha debe contener un registro claro y detallado, efectuado en la primera atención, de la descripción del accidente, así como del correspondiente mecanismo lesional.

Asimismo, la ficha debe contener el resultado de los exámenes efectuados y los fundamentos del diagnóstico.

En caso de consulta por enfermedad, dicho registro debe cumplir lo señalado en el Título III. del Libro III.

Por su parte, en caso de existir atenciones otorgadas por prestadores externos en convenio, éstas también deben ser incorporadas a la ficha, indicando en forma expresa la identificación y especialidad del o los médicos tratantes.

2. Tratamiento de la información contenida en la ficha clínica única

La información de la ficha clínica de los trabajadores atendidos por un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, sólo puede ser proporcionada por el organismo administrador o administrador delegado a:

- a) El titular de la ficha clínica, a su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos.
- b) Un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario. Los gastos notariales no pueden ser asumidos con cargo al Seguro de la Ley N°16.744.
- c) Los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo.
- d) Los fiscales del Ministerio Público y a los abogados defensores, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.

Los organismos administradores y administradores delegados deberán cautelar la información relativa al diagnóstico o condición de salud del trabajador, así como su tratamiento médico, atendido el carácter sensible de esos antecedentes, encontrándose prohibido su conocimiento y acceso a la entidad empleadora. Particular cuidado deberán tener las empresas con administración delegada del Seguro de la Ley N°16.744 con sus trabajadores, ya que en atención a su doble rol, esto es, como entidad empleadora y como administrador delegado de dicho seguro, se hace necesario resguardar los datos médicos sensibles y confidenciales de sus trabajadores.

TÍTULO III. Derivación e interconsultas

A. Derivación

1. Definición

Se entiende como el envío de un paciente desde un centro asistencial a otro, para continuar su estudio y/o tratamiento en el segundo establecimiento.

~~La derivación puede realizarse entre centros de atención propios del organismo administrador, o desde éstos a un prestador externo.~~

La derivación podrá realizarse entre los centros de atención propios de un organismo administrador o de un administrador delegado, según sea el caso o desde éstos a un prestador externo.

2. Responsables de la indicación de derivación y medio de traslado

El médico tratante será el responsable de determinar, de acuerdo a la condición clínica del paciente, la indicación de derivación, el centro al que será derivado y el medio de traslado a emplear. Además, debe indicar por escrito, tanto en la ficha clínica como en la hoja de derivación, el o los objetivos de ésta.

~~El organismo administrador deberá~~ Los organismos administradores y administradores delegados, según sea el caso, deberán contar con un procedimiento destinado a supervisar de manera periódica la evolución clínica de los pacientes que han sido derivados a una institución de salud externa y el cumplimiento de los objetivos de la derivación. ~~El plazo máximo para el cumplimiento de esta obligación, es el 2 de mayo de 2018.~~

Asimismo, tratándose de prestaciones ambulatorias, un profesional de la salud definirá, en caso de ser necesario, las condiciones que debe presentar el alojamiento en el lugar de destino, cuando corresponda.

3. Protocolos de derivación y traslado

Cada organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, deberá disponer de protocolos de derivación y traslado escritos, los cuales deben contener las indicaciones que sean necesarias para cubrir las distintas situaciones clínicas, e identificar a los responsables de cada proceso, incluyendo la coordinación de traslados, tipo de transporte, equipamiento utilizado durante éste, horas médicas, alojamiento, procedimiento para proporcionar antecedentes médicos al profesional consultado y criterios de derivación. Dichos protocolos deberán regular especialmente la derivación de pacientes con cuadros clínicos complejos.

El organismo administrador ~~debe~~ y administrador delegado, según corresponda, deberán revisar en forma periódica el cumplimiento de estos protocolos, a fin de controlar su adecuada utilización, pesquisar y corregir posibles deficiencias en su aplicación.

~~Los organismos administradores deberán contar con dichos protocolos, a más tardar el 2 de mayo de 2018.~~

B. Interconsultas

1. Definición

Es la evaluación del paciente por otro profesional especialista no tratante, del mismo o de otro establecimiento asistencial, con el objetivo de solucionar materias médicas específicas, para efectuar un diagnóstico y/o formular o adecuar el tratamiento.

Una vez resuelta la materia específica que requirió la interconsulta, el profesional médico tratante será el responsable de adecuar el tratamiento o prescribir las indicaciones que correspondan.

2. Gestión de tiempos de espera para la interconsulta

Los centros de atención de los organismos administradores deberán contar con una planificación operativa, que posibilite realizar una gestión de los tiempos de espera para la interconsulta, en especial cuando se trate de especialidades de alta demanda, o cuando se produzca la ausencia del interconsultor habitual.

El referido plan debe constar por escrito y el documento respectivo debe ser remitido a la Superintendencia para su conocimiento. ~~El plazo máximo para el cumplimiento de estas instrucciones, es el 2 de mayo de 2018.~~

3. Protocolos de derivación a interconsultas

El organismo administrador ~~deberá~~ y el administrador delegado, según corresponda, deberán contar con un protocolo para la derivación de pacientes en interconsulta a otro centro asistencial, que garantice el otorgamiento oportuno de las prestaciones adecuadas a su condición clínica y el cumplimiento de los objetivos de la interconsulta.

Dicho protocolo deberá considerar siempre la situación médica del afectado y designar a los responsables de cada una de las actividades a desarrollar.

~~El plazo máximo para contar con dicho protocolo, es el mismo indicado en el numeral 2 precedente.~~

TÍTULO IV. Reposo médico

A. Generalidades

Si el trabajador presenta una afección laboral que le impide reintegrarse a su labor habitual, aun cuando sea por un día, el organismo administrador o administrador delegado deberá emitir la Orden de Reposo Ley N°16.744 o licencia médica tipo 5 o 6, según corresponda, hasta que aquél esté capacitado para volver a realizar sus labores y jornadas habituales, derivándolo para control ambulatorio en caso de estimarse necesario.

Para estos efectos, se entenderá por labores y jornadas habituales aquellas que el trabajador realizaba normalmente antes del inicio de la incapacidad laboral temporal.

En trabajadores incapacitados que presentan un estado probablemente secuelar, el reposo laboral deberá mantenerse mientras existan terapias pendientes y una vez otorgada el alta médica, se deberá iniciar o solicitar la declaración de invalidez, dentro de los 5 días hábiles siguientes.

Los trabajadores que necesiten hospitalización, podrán ser derivados a un centro hospitalario propio o a un prestador en convenio, siendo el médico tratante el responsable de la indicación de derivación y, si es el caso, de determinar el medio de transporte que corresponde a la condición clínica del paciente, de acuerdo al protocolo establecido para estos efectos.

B. Orden de reposo Ley N°16.744 y licencia médica tipo 5 o 6

1. Orden de reposo

Tratándose de trabajadores pertenecientes a entidades empleadoras adheridas a una mutualidad de empleadores o de trabajadores independientes afiliados a alguna de dichas entidades, deberá emitirse una Orden de Reposo Ley N°16.744 que, entre otra información, deberá precisar el periodo de reposo, y ser suscrita por un médico cirujano, o un cirujano dentista, debidamente individualizado.

La orden de reposo deberá emitirse en tres copias, una para el trabajador, otra para el empleador y la tercera para respaldo de la mutualidad respectiva.

La mutualidad deberá notificar a la entidad empleadora, dentro de las 48 horas siguientes de emitida la orden, acerca del reposo prescrito al trabajador, lo que puede ser realizado a través de medios electrónicos.

Tratándose de trabajadores con más de un empleador, adheridos a organismos administradores distintos, la mutualidad que emite la orden de reposo, deberá extender la o las licencias médicas tipo 5 o 6, para que el trabajador las presente a sus otros empleadores, quienes deberán tramitarlas en sus respectivos organismos administradores.

2. Licencia médica

Tratándose de trabajadores pertenecientes a entidades empleadoras afiliadas al Instituto de Seguridad Laboral, de trabajadores independientes afiliados a dicho Instituto, o de trabajadores pertenecientes a empresas con administración delegada, un médico cirujano o un cirujano dentista deberá emitir un formulario de licencia médica tipo 5 o 6, que contenga entre otra información, el periodo de reposo necesario para su recuperación. Dicho formulario deberá ser presentado al empleador dentro del plazo de 2 días hábiles, en el caso de trabajadores del sector privado y 3 días hábiles, respecto de trabajadores del sector público, en ambos casos, contados desde la fecha de inicio del reposo.

El empleador deberá completar la parte correspondiente y presentar el formulario de licencia médica al Instituto de Seguridad Laboral (ISL), dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. Los trabajadores independientes, por su parte, deberán presentar el formulario de licencia en el ISL, dentro de los 2 días hábiles siguientes a la fecha de su emisión. Las empresas con administración delegada, en tanto, deberán presentar la licencia médica directamente en las COMPIN.

Cuando el ISL califique como de origen laboral el diagnóstico, deberá remitir inmediatamente la licencia médica a la COMPIN competente, para que se pronuncie dentro del plazo de 7 días hábiles, contado desde su recepción, sobre la autorización, reducción o rechazo del reposo. Este plazo podrá ampliarse por otros 7 días hábiles, en caso que se requiera de un estudio especial, dejándose constancia de ese hecho en el expediente de trámite. Cuando a juicio de la COMPIN sea necesario un nuevo examen del trabajador o solicitar informes o exámenes complementarios para pronunciarse sobre la licencia, el plazo se prorrogará por el lapso necesario para el cumplimiento de esas diligencias, el que no podrá exceder de 60 días, decisión que deberá ser comunicada al trabajador y al empleador.

[En aquellos casos cuya licencia médica haya sido extendida por un administrador delegado, posterior al proceso de calificación del accidente del trabajo o enfermedad profesional que le corresponde efectuar, la entidad deberá completar la parte correspondiente al empleador de la licencia médica tipo 5 o 6 y presentarla ante la COMPIN respectiva para que ésta autorice, reduzca o rechace el reposo.](#)

LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS

TÍTULO I. Obligaciones generales para los organismos administradores

A. Otorgamiento de Prestaciones

Los organismos administradores [y los administradores delegados](#) deberán otorgar y pagar al trabajador o a sus derecho-habientes las prestaciones económicas del Seguro de la Ley N°16.744, [según corresponda](#), previa verificación del cumplimiento de los requisitos que fueren exigibles.

Asimismo, deberán controlar que ese otorgamiento y pago se efectúe en la forma y dentro de los plazos que establece ~~esta circular~~ [este Libro](#) debiendo contar con sistemas, con cobertura a nivel nacional, que aseguren el oportuno pago de las prestaciones.

B. Centros de Atención de Público

Para dar cumplimiento a las funciones y operaciones para otorgar y pagar dichas prestaciones, los organismos administradores deberán contar con Centros (sucursales, agencias u oficinas) de atención de público, a nivel nacional, para la presentación y tramitación de los antecedentes para acceder a los beneficios; con personal debidamente instruido y capacitado para entregar una atención eficiente y oportuna a los trabajadores y/o beneficiarios. Lo anterior, en conformidad a los estándares de servicio instruidos por la Superintendencia de Seguridad Social, en las Letra A y Letra G, del Título III, del Libro VII.

Estos centros deberán:

1. Contar con sistemas de interconexión con el nivel central o zonal que le permita acceder y/o enviar toda la información relevante para acreditar el derecho a las prestaciones económicas o la necesaria para su cálculo.
2. Mantener a disposición de los trabajadores, en papel o formato electrónico formularios, solicitudes o cualquier otro documento necesario para la tramitación de los beneficios otorgados por el Seguro de la Ley N°16.744.

C. Sistema Administrador de Datos

Los organismos administradores [y administradores delegados](#) deberán mantener un sistema administrador de datos de las prestaciones económicas que se encuentren en proceso de cálculo y de todos los documentos relacionados con éstas. Para estos efectos, deberán abrir un expediente de trámite, con el que se dará inicio al proceso de otorgamiento y cálculo de las prestaciones, el que podrá ser físico o electrónico y deberá contener para su identificación, a lo menos, el Código Único Nacional o CUN.

De igual forma deberán monitorear los tiempos de otorgamiento y pago de las prestaciones, desde la apertura del expediente de trámite hasta que la prestación haya sido cobrada por el trabajador o beneficiario. Para tal efecto, los organismos administradores deberán construir indicadores que midan los tiempos asociados al proceso de otorgamiento de prestaciones económicas, los que deberán ser monitoreados periódicamente por la alta administración, así como también por el Directorio o Dirección Institucional, según corresponda.

Asimismo, deberán realizar gestiones administrativas y operacionales para optimizar los procesos (crear indicadores, realizar seguimiento permanente, entre otros) y cumplir con los lineamientos impartidos por la Superintendencia de Seguridad Social.

El expediente de trámite deberá considerar lo siguiente:

1. Información inicial

La información inicial corresponderá a la contenida en la licencia médica o en la Orden de Reposo Ley N°16.744, que se otorgue en la primera atención médica derivada de un accidente del trabajo, de trayecto o de una enfermedad presumiblemente de origen laboral, y/o de la Resolución de Incapacidad Permanente de la Ley N°16.744 (REIP), emitida por la COMPIN o las mutualidades de empleadores, según corresponda.

Se hace presente que, el expediente de trámite del trabajador, deberá contener los antecedentes requeridos para la tramitación y el pago del beneficio.

2. Organización del expediente

La organización de dicho expediente y las tecnologías a utilizar será de libre elección para los organismos administradores. Sin embargo, se deberá garantizar que la forma de operar elegida cuente con todas las medidas de seguridad que permitan mantener la confidencialidad de la información, evitar su pérdida y liquidar con exactitud el monto del subsidio, indemnización o pensión. Cualquier anomalía (pérdida, retraso u omisión, etc.) será de exclusiva responsabilidad del organismo administrador.

3. Acceso al expediente

El acceso al expediente deberá ser expedito, debiendo desarrollar para ello sistemas de información en medios computacionales, que permitan referenciar en forma clara, precisa y rápida cualquier documento que esté relacionado con la prestación que se tramite, perciba o hubiese percibido, esto último para efectos de eventuales reclamos.

4. Fecha de recepción

Dicho sistema de información deberá registrar la fecha en que fue recepcionado cada uno de los documentos o antecedentes solicitados por el organismo administrador para liquidar con exactitud el monto de las prestaciones a pagar. En caso de faltar total o parcialmente la documentación requerida al empleador, al trabajador o a los beneficiarios, el organismo administrador deberá registrar, las gestiones de contacto realizadas para su obtención, consignando la fecha y el medio de contacto utilizado (telefónico, carta certificada, correo electrónico u otros).

5. Plazo para enviar expediente a la Superintendencia de Seguridad Social

En caso que esta Superintendencia requiera o solicite información relacionada con el otorgamiento y pago de las prestaciones económicas, el organismo administrador deberá poner a su disposición, el expediente de trámite, en un plazo máximo de 5 días hábiles, contado desde su requerimiento.

TÍTULO II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral

B. Apertura de Expediente

Con la sola emisión de la Orden de Reposo Ley N°16.744 o la recepción en el Instituto de Seguridad Laboral o en la empresa con administración delegada, de la licencia médica tipo 5 o 6, autorizada, total o parcialmente, por la respectiva Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), los organismos administradores y los administradores delegados deberán dar inicio a los procesos para determinar el monto del subsidio, abriendo con este documento (licencia médica u orden de reposo Ley N°16.744) el expediente de trámite del trabajador, en los términos establecidos en la Letra C, del Título I anterior, en el cual deberá incluirse, entre otros, la documentación necesaria para la determinación de las distintas prestaciones económicas.

C. Recopilación de antecedentes

1. Trabajadores de entidades empleadoras adheridas o trabajadores independientes afiliados a una mutualidad de empleadores

Las mutualidades deberán entregar al trabajador dependiente una copia de la orden de reposo Ley N°16.744 junto con un documento Anexo N°4 "Documentación necesaria para el Cálculo del Subsidio por Incapacidad

Temporal - Trabajador Dependiente" o Anexo N° 5 "Documentación necesaria para el Cálculo del Subsidio por Incapacidad Temporal-Trabajador Independiente", según corresponda, indicados en la ~~Letra R de este Título~~ [Letra Q de este Título II](#), el cual informe los antecedentes que allí le son requeridos, y esté en conocimiento de aquéllos que debe aportar el empleador.

Asimismo, la mutualidad deberá, dentro del primer día hábil siguiente al de inicio del reposo, requerir directamente al empleador o al trabajador independiente, por correo electrónico o de no contar con éste, por carta certificada, los documentos antes señalados en el Anexo N°4 "Documentación necesaria para el Cálculo del Subsidio por Incapacidad Temporal - Trabajador Dependiente" o Anexo N° 5 "Documentación necesaria para el Cálculo del Subsidio por Incapacidad Temporal-Trabajador Independiente", según corresponda, indicándole que los antecedentes requeridos deberán ser enviados dentro del plazo de 3 días hábiles, contado desde la fecha del correo electrónico o desde la fecha de recepción de la carta certificada. En todo caso, el trabajador dependiente siempre podrá presentar aquella documentación que ha sido requerida a su empleador, a fin de agilizar la tramitación de su beneficio.

Si la mutualidad no recibe la documentación requerida dentro del referido plazo, deberá reiterar lo solicitado las veces que sea necesario, toda vez que atendido el principio de continuidad de las remuneraciones, debe efectuar el pago el subsidio dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la emisión de la orden de reposo Ley N°16.744.

2. Trabajadores de entidades empleadoras o trabajadores independientes afiliados al Instituto de Seguridad Laboral.

Dentro del primer día hábil siguiente al de la recepción de la licencia médica Tipo 5 o 6, autorizada por la COMPIN, el ISL o la empresa con administración delegada, según corresponda, deberá incorporarla al expediente de trámite, ~~y proceder en lo restante, conforme a lo instruido precedentemente a las mutualidades sobre la recopilación de antecedentes.~~

~~Sin perjuicio de incluirla en el expediente en trámite respectivo, los organismos administradores deberán respaldar electrónicamente la documentación que recopilen o les sea entregada para el cálculo del subsidio.~~

Luego, el ISL o el administrador delegado, según corresponda, deberá recopilar los antecedentes necesarios para el cálculo del subsidio por incapacidad laboral, conforme a lo instruido precedentemente a las mutualidades. Por su parte, el administrador delegado solo en caso de ser requerido, deberá solicitar a sus trabajadores la documentación detallada en el número 2 del Anexo N°4 "Documentación necesaria para el Cálculo del Subsidio por Incapacidad Temporal - Trabajador Dependiente" y en su carácter de empleador, reunir la información detallada en el número 1 del mismo anexo.

F. Documentación necesaria para el cálculo del subsidio

En el Anexo N°4 "Documentación necesaria para el Cálculo del Subsidio por Incapacidad Temporal - Trabajador Dependiente" y Anexo N°5 "Documentación necesaria para el Cálculo del Subsidio por Incapacidad Temporal-Trabajador Independiente", se detallan los antecedentes necesarios, entre otros, para efectuar el cálculo de este beneficio.

Sin perjuicio de incluirla en el expediente en trámite respectivo, los organismos administradores y los administradores delegados deberán respaldar electrónicamente la documentación que recopilen o les sea entregada para el cálculo del subsidio.

L. Pago de subsidios

Atendido que los subsidios reemplazan las remuneraciones o rentas del accidentado o enfermo profesional y que, de acuerdo con el artículo 44 del Código del Trabajo, la unidad de tiempo a considerar para el pago de la remuneración, no podrá en ningún caso, exceder de un mes, los subsidios deberán ser pagados con una periodicidad igual o inferior a 30 días.

Los organismos administradores podrán pagar los subsidios directamente al trabajador o mediante convenios con la entidad empleadora de éste, a través de:

1. Pago directo al trabajador

Los organismos administradores podrán pagar los subsidios a través de los medios detallados en la Letra F del Título I anterior.

Los organismos administradores deberán respaldar el pago de los subsidios con el debido comprobante. [En el caso de los administradores delegados, éstos deberán registrar los citados pagos y en forma separada de las remuneraciones de sus trabajadores.](#)

Asimismo, los organismos administradores deberán disponer de una "Liquidación de pago", cuya copia deberá ser entregada al trabajador a través de cualquier medio físico o electrónico, en caso que le sea requerida. Dicha liquidación deberá consignar, a lo menos, la identificación del trabajador, el número de la licencia médica u Orden de Reposo Ley N°16.744, fecha de emisión, el número de días de reposo que se están pagando y el detalle de las cotizaciones pagadas. Además, la primera liquidación de pago, deberá adjuntar el detalle del cálculo del subsidio diario a pagar.

Sin perjuicio de lo anterior, la liquidación de pago deberá ser puesta a disposición del trabajador en la plataforma señalada la letra E. del Título I anterior.

TÍTULO III. Prestaciones económicas por incapacidad permanente. Indemnizaciones y pensiones

B. Concurrencias en caso de indemnizaciones o pensiones por enfermedad profesional

De acuerdo con los artículos 57 de la Ley N°16.744 y 70 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, cuando la pensión o indemnización se otorgue a causa de una enfermedad profesional, todos los organismos administradores en que estuvo afiliado el trabajador deberán concurrir al pago de la prestación, no obstante, el organismo administrador a que se encuentre afiliado el trabajador al momento de declararse su derecho a pensión o indemnización deberá pagar la totalidad del beneficio en los términos y plazos que se establecen en el presente Título.

~~El organismo administrador obligado al pago, cobrará a los otros organismos de anterior afiliación, las concurrencias que correspondan, las que se calcularán en relación con el tiempo de cotizaciones existentes en cada organismo administrador y en proporción al monto de la pensión o indemnización y deberán comprender el tiempo de afiliación del trabajador desde su incorporación al Seguro.~~

~~Cabe hacer presente, que, no deberán considerarse los períodos en que el trabajador estuvo percibiendo subsidio por incapacidad laboral (común o de la Ley N°16.744), toda vez que, durante éstos, no procede que se cotice para el referido Seguro.~~

~~Las empresas con administración delegada, estarán también afectas al sistema de concurrencias respecto de las indemnizaciones que se deban pagar, ya sea enterando la proporción que le corresponda en el organismo administrador que pague la indemnización o percibiendo de otro(s) organismo(s) las sumas correspondientes a la proporción en que éstos deban concurrir.~~

~~Las empresas con administración delegada deberán concurrir al pago de las indemnizaciones por el tiempo que el trabajador les prestó servicios, aunque al momento de otorgarse el beneficio la empresa ya no tenga dicha calidad.~~

[Cabe hacer presente que, las empresas con administración delegada del Seguro de la Ley N°16.744, también estarán afectas al sistema de concurrencias, respecto sólo de las indemnizaciones, ya sea enterando la proporción que le corresponda en el organismo administrador que pague dicho beneficio o percibiendo de otros organismos administradores las sumas correspondientes a la proporción en que éstos deban concurrir.](#)

El organismo administrador o administrador delegado obligado al pago, cobrará a los otros organismos administradores y/o administrador delegado, según corresponda, de anterior afiliación, las concurrencias que correspondan, las que se calcularán en relación con el tiempo de cotizaciones existentes en cada organismo administrador y en proporción al monto de la pensión o indemnización y deberán comprender el tiempo de afiliación del trabajador desde su incorporación al seguro.

Tratándose de administradores delegados cuya administración del Seguro de la Ley N°16.744 le haya sido revocada o hubiera renunciado a la misma, la proporción que les hubiera correspondido concurrir por el tiempo laboral, será asumida por el Instituto de Seguridad Laboral, en su calidad de organismo delegante.

1. Concurrencias en caso de reevaluación de la enfermedad profesional

a) Enfermedad profesional seguida de otra enfermedad profesional

Cuando la reevaluación se efectúa a un enfermo profesional al que le afecta una nueva enfermedad profesional, y el enfermo ha cambiado de organismo administrador, el organismo administrador que paga la pensión primitiva, continúa cobrando las concurrencias a los correspondientes organismos por los períodos anteriores a la primera evaluación que dio derecho a pensión.

Asimismo, dicho organismo deja de pagar la pensión, pero el monto equivalente a dicha pensión se lo remite al nuevo organismo administrador, que será el nuevo pagador de la pensión.

Si el primer organismo además forma parte de los organismos a los que estuvo afiliado el trabajador con posterioridad al inicio de su primera pensión, deberá pagar al último organismo la concurrencia que se determine.

b) Enfermedad profesional seguida de un Accidente del Trabajo

Cuando al enfermo profesional en goce de pensión se le reevalúa por sufrir un accidente del trabajo y el trabajador enfermo ha cambiado de organismo administrador, el organismo administrador que concedió el primer beneficio debe cesarlo y concurrir sólo con el monto de la pensión que estaba otorgando hasta el momento de la reevaluación y seguir cobrando las concurrencias que equivalen a ese monto de pensión, de manera que el organismo que otorgó la nueva prestación deberá asumir en su totalidad la diferencia entre el monto de la primitiva y la nueva prestación.

Lo anterior, toda vez que el artículo 57 de la Ley 16.744 señala que las concurrencias se aplican en caso de las enfermedades profesionales y no en caso de accidentes del trabajo, de forma tal que el primitivo organismo, si bien continúa cobrando las concurrencias, debe cesar el pago de la pensión y remitir el equivalente al monto de la misma al nuevo organismo administrador que asume el pago total.

c) Accidente del Trabajo seguido de una Enfermedad Profesional

Cuando un pensionado por accidente del trabajo contrae una enfermedad profesional, de acuerdo con el artículo 61 de la Ley N° 16.744, el organismo administrador que pagaba la primitiva pensión deja de pagarla, y debe enviar una cantidad equivalente al monto de dicha pensión al nuevo organismo administrador. A su vez, de acuerdo con el artículo 57 de la citada Ley, el organismo que asume el pago de la pensión debe requerir que concurren todos los organismos administradores a los que el trabajador haya estado afecto durante su historia laboral, sin limitarlo a la fecha de inicio de la primitiva pensión.

2. Concurrencia en caso de Pensiones de Sobrevivencia

En los casos de pensiones de sobrevivencia originadas en el fallecimiento por enfermedad profesional del trabajador o en la muerte de un pensionado por enfermedad profesional, que fallece por cualquier causa, se mantendrá la concurrencia, ya que tales pensiones corresponden al menos en parte, a la que habría procedido otorgar al causante o bien son la prolongación en otros beneficiarios de la que éste percibía.

3. Tiempo de Afiliación

Para determinar la proporción en que concurrirá cada organismo administrador, incluidas en éstos las empresas con administración delegada, será necesario precisar el tiempo en que el beneficiario de la pensión o indemnización haya estado afiliado a cada uno de ellos.

Para efectos de determinar el monto de la concurrencia, y considerando que algunos de dichos organismos no tienen la información completa acerca de los trabajadores que han estado afiliados a ellos, pero sí de los empleadores que han sido sus cotizantes o adherentes, será necesario que se acrediten los períodos en que el trabajador se desempeñó para cada uno de dichos empleadores a contar de su incorporación al Seguro de la Ley N° 16.744.

Con tal objeto, el organismo administrador que deba constituir la pensión o indemnización deberá procurar que sea el propio trabajador quien le proporcione la mayor cantidad de antecedentes, respecto de los empleadores que tuvo a partir de aquella fecha, de los períodos y de los organismos administradores y/o administradores delegados a los que estuvo afecto para los fines de la Ley N°-16.744. Entre tales antecedentes se pueden mencionar, certificado histórico de cotizaciones previsionales de la AFP, y/o del IPS, en ambos casos identificando al empleador, el contrato de trabajo, el aviso de contratación de servicios, el aviso de cesación de servicios, las planillas de pago de imposiciones y certificados emitidos por el empleador.

En caso que el beneficiario aporte antecedentes únicamente respecto del empleador o empleadores que tuvo desde su incorporación al Seguro, el organismo administrador deberá solicitar a las tres mutualidades de empleadores o a los dos restantes, según corresponda, que informen si aquél era adherente de ellas durante el período en que, según el trabajador le prestó servicios.

Habiéndose determinado los períodos por los cuales el trabajador estuvo afiliado a alguna ~~M~~mutualidad, corresponderá que por esos períodos concorra ésta. En cuanto a los períodos restantes deberá concurrir el Instituto de Seguridad Laboral, ~~a menos que tratándose del pago de una indemnización, el trabajador haya estado en una empresa con administración delegada, en cuyo caso ésta deberá concurrir a su pago.~~

En todo caso, cabe señalar que, el certificado de imposiciones de las Ex Cajas de Previsión Social, actualmente administradas por el Instituto de Previsión Social (IPS), no acredita que el empleador haya enterado cotizaciones para efectos del Seguro de la Ley N°-16.744 en el Ex INP, por cuanto lo que se está certificando son cotizaciones enteradas a los fondos de pensiones y durante esos mismos períodos, el empleador podría haber estado adherido a una mutualidad de Empleadores para efectos del aludido seguro. Por lo tanto, las mutualidades, aun cuando tengan el certificado del IPS con individualización de los empleadores, deben consultar con las otras mutualidades si éstos estuvieron adheridos a alguna de ellas en el período que se certifica, antes de asumir que por esos períodos debe concurrir el ISL.

Cuando en el referido certificado no se individualice el nombre de los empleadores, el organismo pagador deberá requerir al trabajador una declaración jurada en que informe por escrito cuáles fueron las empresas en las que trabajó en los períodos consignados en dicho certificado. Posteriormente, el organismo pagador deberá aplicar el procedimiento señalado en el párrafo anterior.

Por su parte, las mutualidades de empleadores consultadas deberán emitir su respuesta por escrito, en un plazo no superior a 10 días hábiles, contados desde el respectivo requerimiento. Copia de dicha respuesta deberán acompañarse a la solicitud de pago.

Por el contrario, en el evento que el trabajador manifieste no recordar el nombre de dichos empleadores, se deberá dejar constancia de ello en una declaración jurada, la que deberá acompañar la solicitud de cobro de la concurrencia al ISL.

Se hace presente, que los organismos que demanden el pago de concurrencias, deberán remitir a los organismos concurrentes por medio físico o electrónico, todos los antecedentes de que dispongan como contratos de trabajo, detalle del cálculo de la indemnización, resolución de la respectiva Comisión Médica y copia de la Resolución en que se establece el monto del beneficio, etc., con el fin de facilitar la tramitación de los pagos.

4. Cálculo de Cuotas de Concurrencia

Para determinar el monto de las cuotas de concurrencias los organismos administradores [o administradores delegados, según corresponda](#), deberán proceder de la siguiente forma:

- a) Determinar el número de años, meses y días que el trabajador registra en cada organismo administrador o empresa con administración delegada, cuando corresponda, desde su incorporación al Seguro de la Ley N° 16.744.
- b) Expresar el tiempo cotizado en años para lo cual los meses se dividen por 12 y los días por 360.
- c) Determinar a qué porcentaje del tiempo total cotizado corresponde el tiempo cotizado en cada organismo administrador [o administrador delegado, según corresponda](#).
- d) Aplicar dicho porcentaje al monto de la indemnización o pensión.

EJEMPLO CÁLCULO CUOTA DE CONCURRENCIA
SITUACIÓN: El beneficiario prestó servicios a una empresa adherida al organismo administrador "A", desde el 26 de febrero de 1994 al 30 de diciembre de 2000 y, desde el 12 de enero de 2001 al 21 de junio de 2014 en una empresa adherida al organismo administrador "B".
CÁLCULO DE PROPORCIONALIDAD: El beneficiario estuvo afiliado al organismo administrador "A" durante 6 años 10 meses y 5 días, período que expresado en años es equivalente a 6,847 años ($6 + 10/12 + 5/360$) y estuvo afiliado al organismo administrador "B" durante 13 años 5 meses y 10 días, es decir, durante 13,444 años ($13 + 5/12 + 10/360$).
PORCENTAJE DE CONCURRENCIA: Afiliación al organismo "A" = $6,847 = 33,74\%$ Afiliación al organismo "B" = $13,444 = 66,26\%$ Tiempo total de afiliación = 20,292 años
PAGO DE LA PRESTACIÓN: Luego, el organismo "B" (última afiliación) deberá pagar al trabajador el monto total de la prestación y cobrar al organismo "A", por concepto de concurrencia, un 33,74 % del monto de dicho beneficio.

C. Indemnización global

6. Plazo para el pago de la indemnización global

El plazo máximo para el pago de la indemnización será de 90 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de la Resolución por Incapacidad Permanente (REIP) que estableció el grado de invalidez del trabajador.

Dicho plazo no se suspenderá por la interposición de reclamo o apelación ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (COMERE) o ante la Superintendencia de Seguridad Social, sin perjuicio de las reliquidaciones que pudiesen proceder producto de lo que se resuelva en definitiva.

Se hace presente, que a la fecha en que se estableció el grado de invalidez permanente del trabajador, deberá cesar el pago del subsidio por incapacidad laboral de aquellos trabajadores que hubiesen estado percibiendo dicho beneficio.

[En caso de existir indemnizaciones que se estuviesen pagando por un administrador delegado del Seguro de la Ley N°16.744, al momento de la renuncia o revocación, ésta entidad será responsable del pago de la indemnización hasta que se extinga la misma.](#)

LIBRO VIII. ASPECTOS FINANCIERO CONTABLES/

TÍTULO III. Inversiones financieras

C. ~~Garantía e información financiera que deben remitir las empresas con administración delegada.~~ Garantía para el fiel cumplimiento de las obligaciones de los administradores delegados

~~En relación con la garantía que deben constituir las entidades empleadoras como administradores delegados del Seguro Social de la Ley N°16.744, en adelante "administradores delegados", para asegurar el fiel cumplimiento de las obligaciones que asumen y sobre la información de ingresos y egresos que deben remitir, se debe tener presente que el artículo 72 y siguientes de la Ley N°16.744, reglamentado en el artículo 23 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, modificado por el D.S. N°73, de 2005, del mismo Ministerio, otorga la posibilidad de que una entidad empleadora ejerza el derecho de adquirir la calidad de administrador delegado del Seguro Social de la Ley N°16.744, respecto de sus propios trabajadores, cuando cumpla las siguientes condiciones y requisitos:~~

- ~~• Ocupar habitualmente dos mil o más trabajadores;~~
- ~~• Tener un capital y reservas superiores a mil quinientos sesenta ingresos mínimos para fines no remuneracionales;~~
- ~~• Poseer y mantener servicios médicos adecuados;~~
- ~~• Realizar actividades permanentes y efectivas de prevención de accidentes y enfermedades profesionales;~~
- ~~• Contar con él o los Comités Paritarios de Seguridad a que se refiere el artículo 66 de la Ley 16.744, y~~
- ~~• Constituir una garantía suficiente para asegurar el fiel cumplimiento de las obligaciones que asumen, ante el organismo previsional que hubieren delegado la administración.~~

El artículo 72 de la Ley N°16.744 y el artículo 23 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, establece requisitos y condiciones legales y reglamentarias que deben cumplir las entidades empleadoras para que se les confiera la calidad de administradores delegados del Seguro Social de la Ley N°16.744, respecto de sus propios trabajadores. Las exigencias y condiciones de funcionamiento que deben cumplir los administradores delegados se encuentran descritas en la Letra E, Título IV del Libro I.

Entre los requisitos que establece el citado artículo 72, se encuentra la obligación de constituir garantías suficientes para el fiel cumplimiento de las obligaciones que asumen dichas entidades empleadoras en su condición de administrador del Seguro de la Ley N°16.744.

Respecto a esta última condición se precisa en la letra e), del artículo 23 del citado D.S. N°101, que esta garantía consistirá en un depósito al contado y en dinero efectivo al Instituto de Seguridad Laboral (ISL), equivalente a dos meses de las cotizaciones que les hubiere correspondido enterar en conformidad a la ley.

Por su parte, según lo establecido en el artículo 29 del referido D.S. N°101, ya citado, el Instituto de Seguridad Laboral, tiene la obligación de invertir este depósito al contado y en dinero efectivo en los instrumentos financieros señalados en las letras a), b), c), d), e) y k) (vigente al 7 de marzo de 2006, fecha de modificación del citado artículo 29.) del artículo 45 del D.L. N°3.500, de 1980, conforme a las instrucciones que imparta la Superintendencia de Seguridad Social.

Los reajustes que se produzcan incrementarán el monto de la garantía y los intereses acrecerán el Fondo del Seguro administrado por el Instituto de Seguridad Laboral.

~~La falta de cualquiera de estas condiciones, en cualquier momento que se produzca, facultará para que la Superintendencia de Seguridad Social revoque la delegación.~~

Se hace presente que, de acuerdo al artículo 26 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, la falta de cualquiera de las condiciones a que se refiere el artículo 23 del citado decreto, en cualquier

[momento que se produzca, dará margen para que la Superintendencia de Seguridad Social revoque la delegación.](#)

Sobre la base de las consideraciones antes referidas y en relación con la constitución y actualización de la garantía por fiel cumplimiento de contrato, la Superintendencia de Seguridad Social imparte las siguientes instrucciones.

1. Constitución de la Garantía

La garantía que deben constituir los administradores delegados deberá realizarse dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que la Superintendencia de Seguridad Social les otorgue autorización para actuar en tal calidad, mediante un depósito al contado y en dinero efectivo hecho en el Instituto de Seguridad Laboral equivalente a dos meses de las cotizaciones que les hubiere correspondido enterar en conformidad a la ley, para asegurar el fiel cumplimiento de las obligaciones que asumen.

Respecto de aquellos administradores delegados que inicialmente constituyeron la garantía mediante la contratación de una póliza de seguro de garantía para fiel cumplimiento de contrato, por cuanto lo permitía en ese entonces la normativa vigente, el Instituto de Seguridad Laboral deberá exigirles que regularicen esta situación para que las garantías constituidas estén en armonía con lo dispuesto en el artículo 23 del D.S. N° 101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, modificado por el D.S. N°73, de 2005, del mismo Ministerio, que derogó el inciso final del original artículo 23, ya citado, y que permitía las referidas pólizas.

Por tanto, aquellas empresas con administración delegada que mantienen pólizas de garantía vigente, deberán constituir la citada garantía conforme a lo instruido en el párrafo anterior para continuar detentando la calidad de administrador del Seguro Social, al término de la vigencia anual de la póliza de seguro de garantía tomada.

2. Actualización anual de la garantía

El monto de la garantía constituida por el administrador delegado deberá actualizarse durante el mes de julio de cada año, y equivaldrá a la suma de las cotizaciones que les habría correspondido enterar, por las remuneraciones imponibles de sus trabajadores, como si hubiesen estado adheridas a otro organismo administrador, correspondientes a los meses de mayo y junio del mismo año.

En caso que el monto resultante de actualizar la garantía arroje un monto mayor al de la inversión de respaldo de la garantía constituida (capital más reajustes percibidos y/o devengados), el Instituto de Seguridad Laboral a más tardar, el día 20 del citado mes de julio deberá solicitar al administrador delegado que le deposite al contado y en dinero efectivo, dentro del mismo mes de julio, la diferencia resultante.

En caso contrario, de resultar menor el monto de la garantía al monto de la inversión de respaldo, y dado que conforme a lo establecido en el inciso segundo del mencionado artículo 29 "El administrador delegado tendrá derecho a la restitución de la garantía y sus reajustes en el evento de que por propia voluntad resolviere poner término a la delegación y estuviere al día en el cumplimiento de todos los requisitos y obligaciones...", no procede restitución alguna, sino que corresponde que la garantía más sus correspondientes reajustes se mantenga invertida.

Dado que la actualización del monto de la garantía constituida, por ser la primera vez que se realiza y que en algunos casos va a resultar de un monto significativo, ~~la administradora delegada~~ [el administrador delegado](#) podrá enterarla durante un período de hasta cinco años, de modo que la primera cuota debiera enterarse en el mes de julio de 2018, la segunda cuota, pero con la garantía actualizada, en julio de 2019 y así sucesivamente.

De todo el proceso anterior, el Instituto de Seguridad Laboral deberá informar a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del mes de septiembre, conforme al formato señalado en el ~~Anexo N°4: Garantía para Asegurar Fiel cumplimiento de Contrato~~ [Anexo N°4. Garantía para asegurar el fiel cumplimiento de las obligaciones del administrador delegado](#), por cada administrador delegado.

3. Obligación de invertir la garantía

Conforme con lo establecido en el artículo 29 del D.S. N° 101, ~~ya citado, el Instituto de Seguridad Laboral de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el Instituto de Seguridad Laboral en su rol de organismo delegante~~ deberá recibir e invertir el monto de la garantía que se le depositare en los instrumentos financieros señalados ~~en las letras a), b), c), d), e) y k) (vigente al 7 de marzo de 2006, fecha de modificación del citado artículo 29.) del~~ en el artículo 45 del D.L. N°3.500, de 1980 ~~(vigente al 7 de marzo de 2006, fecha de modificación del citado artículo 29), conforme a las instrucciones que imparta la Superintendencia de Seguridad Social.~~

Por tanto, los instrumentos en que el Instituto de Seguridad Laboral podrá invertir los recursos de la garantía, son los siguientes:

- a) Títulos emitidos por la Tesorería General de la República o por el Banco Central de Chile; letras de crédito emitidas por los Servicios Regionales y Metropolitano de Vivienda y Urbanización; Bonos de Reconocimiento emitidos por el Instituto de Normalización Previsional u otras Instituciones de Previsión, y otros títulos emitidos o garantizados por el Estado de Chile;
- b) Depósitos a plazo; bonos, y otros títulos representativos de captaciones, emitidos por instituciones financieras;
- c) Títulos garantizados por instituciones financieras;
- d) Letras de crédito emitidas por instituciones financieras;
- e) Bonos de empresas públicas y privadas, y
- f) Títulos de crédito, valores o efectos de comercio, emitidos o garantizados por Estados extranjeros, bancos centrales o entidades bancarias extranjeras o internacionales; acciones y bonos emitidos por empresas extranjeras, y cuotas de participación emitidas por Fondos Mutuos y Fondos de Inversión extranjeros, aprobados por la Comisión Clasificadora de Riesgo, que se transen habitualmente en los mercados internacionales y que cumplan a lo menos con las características que señale el Reglamento.

Cabe señalar que, a la fecha de vencimiento, parcial o total de los instrumentos financieros que respaldan la garantía, el capital más los reajustes percibidos deberán reinvertirse de manera inmediata y; en cambio, los intereses percibidos deben integrarse al patrimonio del Seguro Social administrado por el ISL, conforme a lo dispuesto en el citado artículo 29 ~~del citado D.S. N° 101.~~

4. Requerimientos de información de inversiones

La Información ~~que debe ser proporcionada por el ISL,~~ respecto a la cartera de inversiones que respalda la garantía de fiel cumplimiento ~~de contrato de las obligaciones,~~ depositada por los administradores delegados, corresponde a aquella requerida en la Letra B, Título III del Libro IX, para los instrumentos de renta fija e intermediación financiera, ~~de modo que las referidas instrucciones se hacen aplicables a la inversión de la garantía señalada.~~

5. Administración y custodia de la cartera de inversiones

El Instituto de Seguridad Laboral deberá establecer un procedimiento para la administración de la cartera y custodia de los instrumentos que la conformen, el cual deberá enviarse a la Superintendencia de Seguridad Social para su conocimiento. Asimismo, cualquier modificación a este procedimiento deberá ser comunicada en un plazo de 5 días hábiles, contados desde la fecha del acto administrativo que la apruebe.

Sin perjuicio de lo anterior, el Instituto de Seguridad Laboral deberá respaldar el monto de la garantía de cada administrador delegado de forma separada.

~~6. Renuncia a la delegación~~

~~Conforme a lo establecido en el inciso segundo del artículo 29, del D. S. N°101, ya citado, modificado por el D.S. N°73, de 2005, el Instituto de Seguridad Laboral deberá restituir la garantía y sus reajustes al administrador delegado que por su propia voluntad resolviera poner término a la delegación y estuviere al día en el cumplimiento de todos los requisitos y obligaciones. Esta comunicación debe realizarse al delegante, a lo menos, con 6 meses de anticipación.~~

~~La restitución que debe realizar el Instituto de Seguridad Laboral no comprenderá los intereses devengados y/o percibidos, los que acrecerán el Fondo del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales que administra.~~

~~7. Revocación de la delegación~~

~~Si se revocare la delegación al administrador por incumplimiento de alguno de los requisitos y obligaciones que establece la ley, el capital, reajuste e intereses de la garantía constituida cederán a favor del Instituto de Seguridad Laboral y de los Servicios de Salud, de acuerdo a las instrucciones que imparta la Superintendencia de Seguridad Social.~~

H. Anexos



Anexo N°4: ~~Garantía para Asegurar Fiel Cumplimiento de Contrato.~~

[Anexo N° 4: Garantía para asegurar el fiel cumplimiento de las obligaciones de los administradores delegados.](#)

LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES/

TÍTULO I. Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT)

B. Módulo de accidentes y enfermedades profesionales

CAPÍTULO I. Aspectos generales

1. Información contenida en el módulo

Este módulo contempla los siguientes documentos que ~~deben~~deberán ser remitidos por los organismos administradores y por los administradores delegados al SISESAT, con independencia de la forma en que se hayan originado:

- a) Denuncia individual de accidente del trabajo (DIAT)
- b) Denuncia individual de enfermedad profesional (DIEP)
- c) Resolución de calificación del origen del siniestro (RECA)
- d) ~~Orden de reposo Ley N°16.744~~Reposo Laboral (RELA)
- e) Alta laboral Ley N°16.744 (ALLA)
- f) Alta médica Ley N°16.744 (ALME)
- g) Resolución de incapacidad permanente (REIP)

CAPÍTULO II. Denuncia Individual de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

1. Antecedentes legales de los formularios DIAT y DIEP

El D.S. N°73, de 2005, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, introdujo modificaciones al D.S. N°101, de 1968, del mismo Ministerio, respecto a los formularios de denuncia, tanto en su denominación, como en lo relativo al procedimiento para fijar su contenido, formato y el registro que deben llevar los organismos administradores y los administradores delegados. Se estableció que el formulario se denominará Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) y Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), para los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, respectivamente.

El citado D.S. N°101, en su artículo 73, señala que será el Ministerio de Salud, a través de las autoridades correspondientes, quien establecerá los datos que deberán contener la DIAT y la DIEP, para cuyo efecto solicitará informe a la Superintendencia de Seguridad Social. Respecto de los formatos de DIAT y DIEP, de uso obligatorio para todos los organismos administradores y administradores delegados, se señala que serán establecidos en conjunto, por el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Seguridad Social.

2. Contenido de los Formularios DIAT y DIEP

3. Tipos de presentación de los formularios DIAT y DIEP

4. Remisión de la DIAT y DIEP al SISESAT

Los organismos administradores ~~deben~~ y los administradores delegados deberán remitir al SISESAT todas las denuncias originadas respecto del mismo caso, sin perjuicio que ~~dicho organismo deba~~ éstos deban luego remitir una denuncia consolidada que dé cuenta sistematizadamente de los datos contenidos en los formularios de denuncia que se refieran al mismo caso concreto. Será este último documento electrónico consolidado al que se le aplicarán las validaciones del sistema de información.

Los organismos administradores ~~deben~~ y los administradores delegados deberán registrar en sus propios sistemas, la identificación del caso, los datos del trabajador, los datos del empleador, según corresponda, los datos relacionados con el accidente o enfermedad, más todos aquellos datos relevantes de las actividades de proceso anteriormente mencionadas; debiendo construir en base a ello los documentos electrónicos XML señalados, de acuerdo a las especificaciones que se entregan.

Será obligación de los organismos administradores y de los administradores delegados remitir al SISESAT el documento electrónico respectivo (XML), ajustándose al esquema definido para estos efectos en el N°2 anterior, para lo cual podrán darse dos posibilidades:

- a) Que el documento original sea generado en soporte papel, en este caso será responsabilidad del organismo administrador o del administrador delegado, integrar los datos de éste en el documento electrónico respectivo y luego remitirlo al sistema de información. Dicho proceso resulta de especial relevancia, puesto que en esta actividad se estará generando una copia electrónica del original en papel, bajo la responsabilidad de la entidad que efectúe dicho proceso. Es por ello que, para todos los efectos, se requiere que el documento original en soporte papel sea debidamente almacenado y custodiado por el respectivo organismo administrador o del administrador delegado, según la normativa legal vigente, o
- b) Que el documento original sea generado electrónicamente, en cuyo caso será responsabilidad del organismo administrador o del administrador delegado receptionar, almacenar y remitir al sistema de información el documento electrónico respectivo. En este caso, además de cumplir con las especificaciones propias del esquema oficial, se deberán cumplir las normas asociadas al uso de documento electrónico que establece nuestra legislación.

Cuando un organismo administrador o administrador delegado remita una denuncia, el SISESAT le asignará un Código Único Nacional (CUN), de forma tal que luego será responsabilidad del propio organismo administrador o del administrador delegado enviar todo documento electrónico que diga relación con tal denuncia, referenciándolo al código señalado, a efectos de poder conformar el expediente respectivo.

5. Plazo de remisión de las denuncias al sistema

Los organismos administradores ~~tienen~~ y administradores delegados tendrán la obligación de remitir, de manera adicional a las denuncias originadas por el empleador, trabajador o un tercero (denominadas en el SISESAT, DIAT_OE o DIAT_OT y DIEP_OE o DIEP_OT, respectivamente), las denuncias denominadas DIAT_OA y DIEP_OA, que es el documento electrónico que consolida y complementa la información receptionada en las denuncias mencionadas previamente, y que es originada directamente por el propio organismo administrador o por el administrador delegado, para lo cual ~~éste debe éstos deberán~~ incorporar información de sus sistemas, codificar y consolidar datos.

Éstas deben ser remitidas en el plazo de 10 días corridos contados desde el día en que se haya ingresado la primera denuncia de accidente o enfermedad en el Sistema de Información y, por lo tanto, se le ha asignado el número correlativo con el cual se abrió el expediente respectivo, que se denomina Código Único Nacional o "CUN".

CAPÍTULO III. ~~Orden de Reposo Ley N°16.744~~ Reposo Laboral (RELA)

1. Concepto

~~De conformidad con lo dispuesto en el artículo 73, letra d) del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, se considerará como "Orden de Reposo Ley N°16.744" o "Licencia Médica", el documento extendido por el médico a cargo de la atención del trabajador, en todos los casos en que a consecuencia del accidente o enfermedad presumiblemente laboral, el trabajador requiera guardar reposo durante uno o más días, mientras no se encuentre en condiciones de reintegrarse a sus labores y jornadas habituales estén o no sujetos al pago de subsidios.~~

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 73, letra d) del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en todos los casos en que a consecuencia de un accidente del trabajo o enfermedad profesional se requiera que el trabajador guarde Reposo Laboral (RELA) durante uno o más días, el médico a cargo de la atención del trabajador deberá extender una "Orden de Reposo Ley N°16.744" tratándose de mutualidades o "Licencia Médica tipo 5 o 6" para aquellos trabajadores que

pertenecen al Instituto de Seguridad Laboral (ISL) o a una empresa con administración delegada, por los días que requiera guardar reposo y mientras éste no se encuentre en condiciones de reintegrarse a sus labores y jornadas habituales.

2. Documento electrónico de la Orden de Reposo Ley N°16.744 o Licencia Médica

La información del Reposo Laboral (RELA) que debe ser remitida como documento electrónico se encuentra definida en el Anexo N°4 "Documento electrónico por medio del cual se remite información relacionada con reposo laboral (RELA)".

~~Los organismos que utilicen licencia médica deberán utilizar los datos de ésta para completar el documento electrónico RELA, sin que sea necesario que emitan órdenes de reposo, mientras así lo establezca nuestra legislación.~~

El Instituto de Seguridad Laboral y los administradores delegados que extienden Licencia Médica tipo 5 o 6 deberán utilizar los datos de ésta, para completar el documento electrónico RELA.

3. Requisitos mínimos de la versión impresa de la orden de reposo Ley N°16.744

Las RELA que cada organismo administrador deba emitir, deberán contener como mínimo la información que se incluye en el Anexo N°5 "Orden de Reposo Ley N°16.744".

La RELA se deberá emitir en tres copias, para ser entregada al trabajador, al empleador y para control del respectivo organismo administrador.

4. Plazo de remisión de la RELA al sistema

Los organismos administradores y los administradores delegados deberán remitir al SISESAT, por medio de documento electrónico, la información asociada a la orden de reposo laboral (RELA), otorgada a trabajadores con incapacidad temporal producto de los accidentes y enfermedades denunciados, en el plazo máximo de 10 días corridos, contado desde la fecha de emisión de la orden de reposo o licencia médica extendida por el médico.

Para el ingreso de esta información es necesario que haya sido ingresada previamente una DIAT o DIEP, y, por lo tanto, el caso cuente con el respectivo CUN, código que debe ser incorporado en la RELA.

5. Consideraciones respecto del RELA

- a) Se deben emitir todas las Órdenes de Reposo Ley N°16.744 o Licencias Médicas que sean necesarias hasta que el trabajador se encuentre en condiciones de reintegrarse a su trabajo o hasta que se le otorgue una pensión de invalidez.
- b) Cada Orden de Reposo Ley N°16.744 ingresada al Sistema deberá reflejar los días de reposo prescritos por el médico tratante, así como ocurre con la licencia médica.
- c) Cuando el médico establezca la reducción de los días de reposo laboral de una orden de reposo ya emitida, se deberá extender y remitir una nueva orden de reposo asociada al mismo CUN.
- d) Asimismo, en aquellos casos en que el trabajador se encuentre hospitalizado se deberá emitir una Orden de Reposo Ley N°16.744 o Licencia Médica tipo 5 o 6, según corresponda.
- e) En aquellos casos en que el trabajador haya sido dado de alta y manifiesta molestias que le impiden reintegrarse a sus labores y jornadas habituales, no siendo atendido por el organismo administrador, viéndose obligado a solicitar atención en otra entidad de salud, donde se le otorga una licencia médica, y la Superintendencia de Seguridad Social determina que el alta que le otorgó el organismo

administrador fue prematura, dicho organismo deberá contabilizar, en sus sistemas, los días de reposo indicados en dicha licencia e informarlos al SISESAT.

- f) Igual procedimiento que el señalado en la letra e) anterior deberá seguirse en aquellos casos que al organismo le corresponda dar atención a un trabajador por la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

TÍTULO IV. Estadísticas

~~B. Estadística mensual de las empresas con administración delegada~~

~~1. Aspectos generales~~

~~Las empresas con administración delegada deberán remitir mensualmente a la Superintendencia de Seguridad Social la información estadística y financiera a que se refieren los cuadros requeridos en el Anexo N°36 "Informe estadístico de las administradoras delegadas del seguro de la Ley N°16.744".~~

~~2. Definiciones con fines estadísticos~~

~~A continuación, se detallan las definiciones de los conceptos que se deben utilizar para completar correctamente la información contenida en el Anexo N°36 "Informe estadístico de las administradoras delegadas del seguro de la Ley N°16.744".~~

~~a) Para el Cuadro I: Trabajadores y cotizaciones~~

~~i) Número de trabajadores: Se debe informar el número de trabajadores ocupados el último día del mes informado.~~

~~Se entiende por trabajador a toda persona que tenga un contrato de trabajo vigente con la empresa.~~

~~ii) Remuneración imponible: Se debe informar la remuneración imponible mensual de todos los trabajadores de la empresa.~~

~~iii) Tasa de cotización adicional: En este ítem se debe informar la tasa que conforme a lo dispuesto por la letra b) del artículo 15 y el artículo 16 de la Ley N°16.744, le correspondería efectuar a la empresa de no mediar la condición de administrador delegado, considerando tanto la señalada en el D.S. N°110, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, como los recargos, reducciones o exenciones que la hayan afectado, producto de la aplicación del D.S.N°67, de 1999, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.~~

~~Ejemplo: Una empresa del sector minero que conforme al D.S. N°110 citado, le correspondería una tasa de cotización adicional diferenciada de 3,4%, pero que producto del último proceso de evaluación ha bajado dicha tasa a 2,55%.~~

~~En la letra C del Cuadro I, deberá informarse 2,55%.~~

~~iv) Tasa de cotización efectiva total: Corresponde al porcentaje, que se establece en el decreto anual que fija el presupuesto del seguro social contra riesgos del trabajo y enfermedades profesionales, de la suma de la cotización básica general del 0,9% más la cotización adicional informada en el numeral iii) anterior y más el 100% de la cotización extraordinaria que corresponda, según lo señalado en el N°2, letra C., del Título II del Libro II.~~

~~Ejemplo:~~

Cálculo de la tasa de cotización efectiva total:		
	COTIZACIÓN BÁSICA	0,9%
(más)	Cotización adicional	2,55%

TOTAL	Tasa (básica-adicional)	3,45%
(menos)	50%	1,725%
(más)	Cotización extraordinaria	0,015%
TOTAL:	TASA DE COTIZACIÓN EFECTIVA	1,74 %

v) ~~Cotizaciones traspasadas al Instituto de Seguridad Laboral (ISL).~~

~~Monto total por cotizaciones traspasadas al Instituto de Seguridad Laboral (ISL) (miles de pesos) En la misma forma y oportunidad que corresponde enterar las cotizaciones previsionales, las empresas con administración delegada deberán enterar en el ISL, un monto equivalente a la tasa de cotización efectiva (1,74% en el caso del ejemplo anterior) de las remuneraciones imponibles mensual de sus trabajadores.~~

vi) ~~Las cotizaciones se efectuarán por la totalidad de los trabajadores de la empresa, sin distinción de sus labores específicas ni de su calidad jurídica y su cálculo se hará sobre la base de las mismas remuneraciones o rentas por las que cotiza para el régimen de pensiones de la respectiva institución de previsión del afiliado.~~

~~El monto del traspaso efectuado se deberá informar en miles de pesos.~~

b) ~~Para el Cuadro II: Número de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales según consecuencias~~

~~Se entiende por accidente del trabajo toda lesión que una persona sufre a causa o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad o muerte.~~

~~Son también accidentes del trabajo los ocurridos en el trayecto directo de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo o entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores.~~

~~Se entiende por enfermedad profesional la causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte.~~

~~La clasificación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que se solicita es la misma que se contempla para el otorgamiento de las prestaciones pecuniarias.~~

i) ~~En la letra A. se deben informar los accidentes denunciados que no dan derecho a licencia.~~

ii) ~~En la letra B. se debe informar el número de accidentes y el número de enfermedades diagnosticadas en el mes que den derecho a licencia por incapacidad temporal.~~

iii) ~~En las letras C., D. y E. se deben informar los accidentes del trabajo ocurridos y las enfermedades profesionales diagnosticadas en el mes, que den derecho a indemnización o pensión de acuerdo con el grado de invalidez que produzcan. Los diferentes tipos de invalidez se definen de la siguiente manera:~~

- ~~● Invalidez parcial: disminución de la capacidad de ganancia, presumiblemente permanente, igual o superior a un 15% e inferior a un 70%.~~
- ~~● Invalidez total: disminución de la capacidad de ganancia, presumiblemente permanente, igual o superior a un 70%.~~
- ~~● Gran invalidez: se clasifica así a quien requiere del auxilio de otras personas para realizar los actos elementales de su vida.~~

iv) ~~En la letra F. se deben informar los accidentes ocurridos y enfermedades profesionales diagnosticadas en el mes, que produzcan la muerte.~~

c) ~~Para el Cuadro III: Beneficios del Seguro de la Ley N° 16.744~~

~~i) Subsidios: El subsidio es una prestación a que tiene derecho el accidentado o enfermo por su incapacidad temporal para trabajar.~~

~~En la letra A. se debe informar el número de subsidios iniciados en el mes. Se entiende por subsidios iniciados, aquellos que comenzaron a pagarse por primera vez en el mes informado y, por tanto, no deberán incluirse las prórrogas.~~

~~En la letra B. se debe informar el número de días y monto de subsidios pagados en el mes.~~

~~ii) Indemnizaciones: La indemnización es el pago a que tiene derecho la víctima que haya sufrido una disminución de su capacidad de ganancia igual o superior a un 15% e inferior a un 40%.~~

~~En la letra C. se debe informar el número y monto de las indemnizaciones pagadas en el mes. En cuanto al número, si la indemnización es pagada en mensualidades, sólo se considera el primer pago.~~

~~iii) Prestaciones médicas: En la letra D. se deben incluir los montos de todos aquellos rubros que concurren para asistir a un accidentado o enfermo profesional hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por la enfermedad o accidente, tales como: atención médica, quirúrgica y dental, medicamentos, prótesis, etc.~~

~~iv) Rehabilitación de inválidos: En la letra E. se debe incluir todos los gastos que están directamente relacionados con la rehabilitación de inválidos.~~

~~v) Prevención de riesgos: Considerando el número de trabajadores que tienen las empresas con administración delegada, todas ellas están obligadas a tener un Departamento de Prevención de Riesgos Profesionales, el que debe ser dirigido por un experto en prevención.~~

~~En la letra F. se debe informar todo el gasto del mes que dice relación con las acciones de prevención de riesgos que realice la empresa en su rol de administrador delegado. No se deben considerar aquellos gastos en prevención que corresponden a la entidad empleadora, tales como los gastos en materiales e implementos de prevención, remuneraciones del personal que labora en el Departamento de Prevención de Riesgos Profesionales, etc.~~

~~d) Para el Cuadro IV: Pensiones originadas~~

~~i) Número de pensiones de invalidez originadas en el mes~~

~~En la letra A. debe indicarse el número de trabajadores de la empresa a los que, durante el mes informado, se les ha reconocido una incapacidad permanente producto de un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, de un grado tal que se han hecho acreedores a una pensión de invalidez.~~

~~La base de esta información es la Resolución que dicta el correspondiente Servicio de Salud. Se solicita desglosarla según el grado de invalidez en:~~

- ~~● Invalidez parcial~~
- ~~● Invalidez total~~
- ~~● Gran invalidez~~

~~ii) Número de pensiones de sobrevivencia originadas en el mes~~

~~En la Letra B. debe informarse el número de pensiones de sobrevivencia originadas en el mes, causadas por trabajadores de la empresa que sufrieron un accidente del trabajo o una enfermedad profesional. No deberá incluirse aquellos casos que como consecuencia del accidente o enfermedad profesional el ex trabajador ya se encontraba pensionado por la Ley N°16.744 y que fallece teniendo tal calidad.~~

~~La base de esta información es el Decreto que establece la pensión. Se solicita desglosarla en pensiones de:~~

- ~~● Viudez~~
- ~~● Orfandad~~
- ~~● Otros sobrevivientes~~

B. Estadística mensual de los administradores delegados del Seguro de la Ley N° 16.744

1. Aspectos generales

De acuerdo al artículo 36 bis del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, las empresas con administración delegada estarán obligadas a mantener y remitir información estadística y financiero contable del sistema que administran, de manera oportuna, completa, validada y fidedigna en los plazos y forma que establezca la Superintendencia de Seguridad Social. Por lo anterior, las empresas con administración delegada deberán enviar mensualmente a la referida Superintendencia la información estadística y financiera a que se refieren los cuadros requeridos en el Anexo N°36 "Informe estadístico de las administradoras delegadas del Seguro de la Ley N°16.744", de la Letra C. Anexos, de este Título.

La información se remitirá en planilla Excel, al correo electrónico estadisticasmualesis@suseso.cl, el último día hábil del mes siguiente al que corresponde la información (ej.: trabajadores por los que se cotizó en el mes de enero, deberá enviarse el último día hábil del mes de febrero). En caso que los plazos expiraran en un día inhábil, se entenderá extendido al día hábil siguiente.

2. Definiciones con fines estadísticos

A continuación, se detallan las definiciones de los conceptos que servirán de base para el envío correcto de la información, requerida en el Anexo N°36 "Informe estadístico de los administradores delegados del Seguro de la Ley N°16.744 y Bases para información de trabajadoras(es) protegidas(os)".

a) Para el Cuadro N°1: Número de trabajadoras(es), remuneraciones imponibles, cotizaciones y tasa de cotización:

i) Número de trabajadoras(es): Se debe informar el número de trabajadores ocupados el último día del mes informado de manera separada hombres y mujeres.

Se entiende por trabajador a toda persona que tenga un contrato de trabajo vigente con la entidad empleadora.

ii) Total de remuneraciones imponibles (miles de pesos): Se debe informar el total de las remuneraciones imponibles mensual de todos los trabajadores del administrador delegado.

iii) Tasa de cotización adicional diferenciada: En este ítem se debe informar la tasa que conforme a lo dispuesto por la letra b) del artículo 15 y el artículo 16 de la Ley N°16.744, le correspondería efectuar a la entidad empleadora de no mediar la condición de administrador delegado, considerando tanto la señalada en el D.S. N°110, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, como los recargos, reducciones o exenciones que la hayan afectado, producto de la aplicación del D.S.N°67, de 1999, del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

Ejemplo: Una empresa del sector minero que conforme al D.S. N°110 citado, le correspondería una tasa de cotización adicional diferenciada de 3,4%, pero que producto del último proceso de evaluación ha bajado dicha tasa a 2,55%.

En este caso, se deberá informar 2,55% en la línea respectiva en el Cuadro N°1

iv) Tasa de cotización efectiva total:

Corresponde a la tasa de cotización a ser utilizada por las empresas con administración delegada para enterar el aporte al Instituto de Seguridad Laboral (ISL). Ésta será igual al porcentaje obtenido del producto entre el "porcentaje" que establece anualmente el decreto que fija el presupuesto del seguro social contra riesgos del trabajo y enfermedades profesionales, sobre la suma de la cotización básica general del 0,9% más la cotización adicional diferenciada.

$$\text{Tasa de cotización efectiva total (\%)} = \left[\text{Porcentaje (\%)} \text{ fijado por decreto anual} * \left(\text{C B G (0.9\%)} + \text{C A D} \right) \right]$$

Donde:

<u>C B G (0,9 %)</u>	:	<u>Corresponde a la Cotización Básica General del 0.9%, según artículo 15, letra a) de la Ley N° 16.744</u>
<u>C A D</u>	:	<u>Corresponde a la Cotización Adicional Diferenciada, según artículo 15, letra b) y artículo 16 de la Ley N° 16.744 .</u>

Ejemplo:

Cálculo de la tasa de cotización efectiva total:		
	Cotización básica general	0,9%
(más)	Cotización adicional diferenciada	2,55%
TOTAL	Tasa (básica general+ adicional diferenciada)	3,45%
(multiplicado)	50%	1,725%
TOTAL:	TASA DE COTIZACIÓN EFECTIVA	1,74 %

v) Cotizaciones traspasadas al Instituto de Seguridad Laboral (ISL)

Monto total por cotizaciones traspasadas al Instituto de Seguridad Laboral (ISL) (miles de pesos)

En la misma forma y oportunidad que corresponde enterar las cotizaciones previsionales, las empresas con administración delegada deberán enterar en el ISL, un monto equivalente al producto de la tasa de cotización efectiva (1,74% en el caso del ejemplo anterior) por el monto total de las remuneraciones imponibles mensual de sus trabajadores.

vi) Las cotizaciones se efectuarán por la totalidad de los trabajadores de la empresa, sin distinción de sus labores específicas ni de su calidad jurídica y su cálculo se hará sobre la base de las mismas remuneraciones o rentas por las que cotiza para el régimen de pensiones de la respectiva institución de previsión del afiliado.

El monto del traspaso efectuado se deberá informar en miles de pesos.

b) Para el Cuadro N°2: Número de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales con alta inmediata, según causal y sexo.

Se entiende por accidente del trabajo toda lesión que una persona sufre a causa o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad o muerte.

Son también accidentes del trabajo los ocurridos en el trayecto directo de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo o entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores. Conjuntamente con los accidentes de trayecto, deberán informarse los originados por accidentes de dirigentes sindicales ocurridos a causa o con ocasión del desempeño de sus actividades gremiales.

Se entiende por enfermedad profesional la causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte.

c) Para el Cuadro N°3: Número de subsidios por incapacidad laboral, según causal y sexo

Subsidios por incapacidad laboral: El subsidio es el monto en dinero que reemplaza la remuneración o renta del trabajador, mientras éste se encuentre transitoriamente incapacitado de realizar su trabajo, ya sea causado por algún accidente del trabajo o por una enfermedad profesional.

En este cuadro se deberá informar el número de subsidios por incapacidad laboral iniciados en el mes por accidentes de trabajo, por accidentes de trayecto y por enfermedades profesionales, de manera separada en hombres y mujeres.

Conjuntamente con los subsidios iniciados por accidentes de trayecto, deberán informarse los originados por accidentes de dirigentes sindicales ocurridos a causa o con ocasión del desempeño de sus actividades gremiales.

Se entenderá por subsidios iniciados, aquellos que comenzaron a pagarse por primera vez en el mes informado y, por tanto, no deberían incluirse las prórrogas.

d) Para el Cuadro N°4: Número de días de subsidio pagados por incapacidad laboral según causal y sexo, y monto según causal

En este cuadro se deberá informar el número de días de subsidios pagados por incapacidad laboral, por accidentes de trabajo, por accidentes de trayecto y por enfermedades profesionales, de manera separada en hombres y mujeres y el monto (en miles de pesos) de subsidios por incapacidad laboral pagados en el mes, por accidentes de trabajo, por accidentes de trayecto y por enfermedades profesionales.

Conjuntamente con los subsidios iniciados por accidentes de trayecto, deberán informarse los originados por accidentes de dirigentes sindicales ocurridos a causa o con ocasión del desempeño de sus actividades gremiales.

e) Para el Cuadro N°5: Número de indemnizaciones, según causal y sexo, y monto de indemnizaciones, según causal

La indemnización es la compensación en dinero que se otorga al trabajador cuando producto de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional, sufre una disminución de su capacidad de ganancia mayor o igual a un 15% e inferior a un 40%.

En este cuadro se deberá informar el número de indemnizaciones por accidentes del trabajo, por accidentes de trayecto y por enfermedades profesionales, de manera separada en hombres y mujeres, y el monto de las indemnizaciones pagadas en el mes. En cuanto al número o número de cuotas, si la indemnización es pagada en mensualidades, sólo se considerará el primer pago.

Conjuntamente con las indemnizaciones, iniciados por accidentes de trayecto, deberán informarse los originados por accidentes de dirigentes sindicales ocurridos a causa o con ocasión del desempeño de sus actividades gremiales.

f) Para el Cuadro N°6: Monto en prestaciones médicas, rehabilitación de inválidos y prevención de riesgos, según causal

i) Prestaciones médicas: Se deberán incluir los montos de todos aquellos gastos para asistir a un trabajador(a) accidentado(a) producto de un accidente del trabajo, de trayecto o enfermo profesional, hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por la enfermedad o accidente, tales como: atención médica, quirúrgica y dental, medicamentos, prótesis, etc.

ii) Rehabilitación de inválidos. Se deberán incluir todos los gastos que están directamente relacionados con la rehabilitación de inválidos, cuya invalidez se haya generado por la ocurrencia de un accidente del trabajo, de trayecto o de una enfermedad profesional.

iii) Prevención de riesgos: Considerando el número de trabajadores que se les exige a las empresas con administración delegada (mayor o igual a 2.000 trabajadores), todas ellas están obligadas a tener un Departamento de Prevención de Riesgos Profesionales, el que deberá ser dirigido por un experto en prevención.

Se deberá informar todo el gasto del mes que dice relación con las acciones de prevención de riesgos que realice la empresa en su rol de administrador delegado. No se deben considerar aquellos gastos en prevención que corresponden a la entidad empleadora, tales como los gastos en materiales e implementos de prevención, remuneraciones del personal que labora en el Departamento de Prevención de Riesgos Profesionales, etc.

Conjuntamente con las prestaciones originadas por accidentes de trayecto, deberán informarse las originadas por accidentes ocurridos a dirigentes (es) sindicales y gremiales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales.

g) Para el Cuadro N°7: Información de trabajadoras(es) dependientes protegidas(os).

En este cuadro se deberá informar el número de trabajadoras(es), el número de accidentes del trabajo, el número de accidentes de trayecto, el número de enfermedades profesionales, el número de días perdidos por accidentes del trabajo, el número de días perdidos por accidentes de trayecto y el número de días perdidos por enfermedades profesionales.

Los datos señalados en el párrafo anterior, deberán informarse de manera desagregada según región (desde la I a la XVI), según sexo (hombre o mujer), según tamaño de empresa (1 a 9; 10 a 25; 26 a 49; 50 a 100; 101 a 199; 200 a 499; 500 a 999; y 1.000 y más trabajadores), y según actividad económica. Para facilitar el llenado de este cuadro, se dispone de listas desplegables en cada encabezado de columna del Cuadro N°7.

i) Se entiende por trabajador(a) a toda persona que tenga un contrato de trabajo vigente con la entidad empleadora.

ii) Se entiende por accidente del trabajo toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad temporal o permanente o muerte. Son también accidentes del trabajo los ocurridos en el trayecto directo de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo o entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores.

iii) Se entiende por accidente de trayecto toda lesión que una persona sufra en el trayecto directo, de ida o de regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo o entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores (inciso segundo del artículo 5° de la Ley N°16.744) y que le produzca incapacidad temporal o permanente o muerte. En este número mensual de accidentes se deberá incluir el número de accidentes ocurridos a dirigentes sindicales y gremiales ocurridos a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales, que le produzca incapacidad temporal o permanente o muerte, en el mes informado.

iv) Se entiende por accidentes totales a la suma de los accidentes señalados en los numerales ii) y iii).

v) Se entiende por enfermedad profesional a toda aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad temporal, permanente o muerte.

vi) Se entiende por número de días perdidos por accidentes del trabajo al total de días perdidos generados por los accidentes del trabajo, en el mes informado. Se deberán incluir los días perdidos por reingresos de accidentes del trabajo ya considerados.

vii) Se entiende por número de días perdidos por accidentes de trayecto al total de días perdidos generados por los accidentes de trayecto, en el mes informado. En este número de días perdidos se deberá incluir el número de días perdidos por accidentes ocurridos a dirigentes sindicales y gremiales, en el mes informado.

viii) Se entiende por número de días perdidos por accidentes totales al total de días perdidos generados por los accidentes definidos en los numerales vi) y vii).

ix) Se entiende por número de días perdidos por enfermedades profesionales al total de días perdidos generados por enfermedades profesionales, en el mes informado.

[x\) Se entiende por número total de días perdidos a la suma de los días perdidos señalados en los numerales viii\) y ix\) precedentes.](#)

[Finalmente, en el Libro IX, Título IV, Letra C, Anexo N°36 "Informe estadístico de los administradores delegados del Seguro de la Ley N°16.744 y Bases para información de trabajadoras\(es\) protegidas\(os\)", se ha incorporado un ejemplo que facilita el llenado del Cuadro N°7.](#)

C. Anexos



Anexo N°33: Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones de mutualidades de empleadores



Anexo N°34: Información de cotizantes, pensiones, subsidios e indemnizaciones de ISL



Anexo N°35: Bases para información de entidades empleadoras adherentes/afiliadas, de trabajadores dependientes protegidos e independientes registrados en mutualidades de empleadores e ISL



Anexo N°36: ~~Informe estadístico de las administradoras delegadas del seguro de la Ley N° 16.744~~ [Informe estadístico de los administradores delegados del Seguro de la Ley N°16.744 y Bases para información de trabajadoras\(es\) protegidas\(os\)](#)