

**CIRCULAR N°
SANTIAGO,**

**RECHAZO DE LICENCIA MÉDICA O REPOSO MÉDICO POR CALIFICACIÓN DE
ORIGEN COMÚN O LABORAL, APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 77 BIS DE LA LEY
N°16.744**

**MODIFICA EL TÍTULO IV. RECHAZO POR CALIFICACIÓN DE ORIGEN COMÚN O
LABORAL ARTÍCULO 77 BIS, LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
DE INCAPACIDADES PERMANENTES, DEL COMPENDIO DE NORMAS DEL SEGURO
SOCIAL DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA
LEY N°16.744**

La Superintendencia de Seguridad Social, en uso de las facultades que le confieren los artículos 2°, 3°, 30 y 38 letra d) de la Ley N°16.395 y lo dispuesto en la Ley N°16.744, ha estimado necesario modificar y complementar las instrucciones para la adecuada aplicación del artículo 77 bis del Seguro de la Ley N°16.744, contenidas en el Título IV. Rechazo por calificación del origen común o laboral artículo 77 bis, del Libro III del Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N°16.744.

I. MODIFÍCASE EL TÍTULO IV. RECHAZO POR CALIFICACIÓN DE ORIGEN COMÚN O LABORAL ARTÍCULO 77 BIS. LEY 16.744, DEL LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES, DEL SIGUIENTE MODO:

1. Reemplázanse los números 1, 2 y 3 de la Letra B. Derivación del trabajador, por los siguientes:

“1. Resolución del primer organismo interviniente

Para que opere el procedimiento señalado en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, es necesaria la emisión por parte del primer organismo interviniente de una resolución que rechace la licencia médica o el reposo, fundada en que la afección invocada tiene o no origen profesional, según corresponda, y derive al trabajador al segundo organismo, proporcionándole copia de la misma.

Atendido que el rechazo de una licencia médica o de un reposo médico, en este caso por el origen de una enfermedad o accidente, implica la denegación de la cobertura de prestaciones por parte de la entidad actúa como primer interviniente en la aplicación del artículo 77 bis, este rechazo debe estar sustentado en antecedentes médicos concretos del respectivo trabajador que hagan plausible su eventual discusión respecto del origen de la respectiva enfermedad o accidente, ya sea ante el organismo que actúa como segundo interviniente y así como, ante la Superintendencia de Seguridad Social.

Las resoluciones deberán indicar el derecho que le asiste a los trabajadores a reclamar, ante la Superintendencia de Seguridad Social, respecto de la decisión adoptada.

Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deben sustentar su resolución, a lo menos, en los siguientes antecedentes:

- a) La resolución de calificación del accidente o enfermedad (RECA).
- b) El informe de calificación a que se alude en el Título II (accidente del trabajo y de trayecto) y en el Título III (enfermedades profesionales) del Libro III del Compendio de Normas del Seguro de la Ley N°16.744.
- c) Copia de la(s) orden (es) de reposo (s) o licencia (s) médica (s) rechazada (s) por dicho articulado, según corresponda.

Además, los organismos administradores de la Ley N°16.744, al realizar la calificación del accidente o de la enfermedad, deberán dar aplicación a los criterios y plazos contenidos en el Título II y Título III, de este Libro III.

Lo anterior, sin perjuicio de la obligación de los organismos administradores de remitir al Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) las Resoluciones de Calificación (RECA), en los plazos instruidos al efecto.

En el mismo plazo señalado en el párrafo anterior, los organismos administradores deberán notificar la calificación al organismo de salud común que corresponda, es decir, a la ISAPRE en que se encuentre afiliado el trabajador o bien, tratándose de trabajadores afiliados a FONASA, a la COMPIN o Subcomisión correspondiente al domicilio del empleador, adjuntando copia de la resolución de calificación del origen de accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA), del informe de calificación a que se alude en el Título II (accidente del trabajo y de trayecto) y en

el Título III (enfermedades profesionales) de este Libro III, y de la o las licencias médicas u órdenes de reposo, según corresponda. Las entidades de salud común deberán resguardar la confidencialidad de los datos sensibles contenidos en la información que se les remita.

Por su parte, los médicos contralores de las ISAPRES o de las COMPIN o Subcomisión, deben sustentar la resolución que rechaza la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis, a lo menos, en los siguientes antecedentes:

a) Informe fundado del rechazo de la licencia médica por aplicación del artículo 77 bis, el que debe ser emitido y suscrito por el médico contralor y, además basarse en, a lo menos, uno o más de los siguientes antecedentes: informe del médico tratante, evaluación médica y/o peritaje, u otros antecedentes idóneos que permitan determinar el origen profesional del accidente o la enfermedad.

b) Copia de la (s) licencia (s) médica (s) rechazada (s) por dicho articulado.

Por otra parte, con el objeto de contar con un expedito relacionamiento entre el primer y segundo interviniente en la aplicación del procedimiento del artículo 77 bis, las comunicaciones y notificaciones se deberán realizar a través de un canal electrónico. El que también deberá ser utilizado para las solicitudes de reembolso de aquellas situaciones no 77 bis.

A través de dicho medio, se deberá remitir la notificación de la calificación, los antecedentes médicos del trabajador (cuando este lo autorice), las cartas de cobranza, la entrega y/o devolución de antecedentes en cobranza, según corresponda.

El canal de comunicación, como método de relacionamiento, deberá constar en un protocolo definido y aceptado por cada entidad. Asimismo, deberá ser dado a conocer al Gerente General o al Director Nacional de las entidades intervinientes e informado por parte de los intervinientes en el procedimiento del artículo 77 bis a la Superintendencia de Seguridad Social.

En dicho protocolo, se debe definir, a lo menos, el canal electrónico que se utilizará para las comunicaciones y notificaciones, la forma de la comunicación y el peso de la información que las entidades podrán remitirse, entre otras reglas de relacionamiento.

En caso de utilizarse correos electrónicos para las comunicaciones y notificaciones, estos podrán ser complementados o sustituidos por el uso de plataformas electrónicas integradas. Las entidades se entenderán notificadas con el envío de la respectiva información por el canal electrónico que hubiesen adoptado. Este medio de comunicación, hará plena fe de la fecha en que se concrete la respectiva notificación.

El respectivo protocolo suscrito por las entidades intervinientes, debe contemplar, entre otros, la identificación de la casilla electrónica que utilizarán para las comunicaciones y las notificaciones por aplicación del artículo 77 bis, no 77 bis y solicitudes de reembolsos (cartas de cobranzas), la que estará compuesta por la abreviatura del nombre o razón social de la entidad interviniente y las siglas: "77 bis", "no 77 bis", "77 bis en cobranza", por ejemplo:

[nombre corto del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN]77bis@xxx.cl.

[nombre del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN]NO77biscobranza@xxx.cl.

[nombre corto del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN]NO77bisencobranza@xxx.cl.

Las herramientas de comunicación electrónica adoptadas por las entidades, deben preservar la confidencialidad en el tratamiento de la información del trabajador, velando por el principio de reserva y del fin de la licitud de la entrega, teniendo como objetivo primordial, la inmediata cobertura en el otorgamiento de sus beneficios de salud. De ello se deberá dejar constancia escrita en el respectivo protocolo suscrito por las entidades.

El señalado protocolo de comunicación y notificación deberá suscribirse durante el año 2022. Entretanto este no se suscriba, de manera transitoria, las comunicaciones y remisión de información, deberán ser enviadas en papel a la oficina de partes de la sucursal matriz de la respectiva entidad.

Si después de haber sido notificado del origen común de su patología, el trabajador decide continuar atendiendo en los centros médicos de alguna mutualidad, bajo la cobertura de su régimen de salud común, deberá suscribir, previo a su reingreso, el formulario cuyo formato se contiene en el Anexo N°26 "Declaración Ingreso Paciente Común" de este Título IV. En ningún caso, las prestaciones que se otorguen en esta modalidad, podrán incluirse en las cartas de cobranzas que se emitan al efecto.

En aquellos casos en que con posterioridad a que el organismo administrador o la empresa con administración delegada califique el accidente o enfermedad como de origen común, se otorgue al trabajador una licencia médica tipo 5 o 6 por la misma patología que aquella que dio origen a la referida calificación, o una licencia médica tipo 1 emitida por dicha patología, que sea rechazada por el sistema de salud común, por aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, no será necesaria una nueva resolución de calificación por parte organismo administrador o la empresa con administración delegada, bastando, para estos efectos, con la emisión de una licencia médica de derivación, conforme a lo establecido en el número 2, de la Letra B, Título IV, del Libro III. Sin perjuicio de lo anterior, se deberá notificar esa nueva derivación al organismo del sistema de salud común, adjuntando una copia de la RECA emitida al efectuar la primera derivación.

2. Emisión de licencias médicas de derivación

Cuando la primera entidad interviniente estime que la afección tiene un origen distinto a aquel por el cual el profesional otorgó el reposo al trabajador, junto con la emisión de una resolución de rechazo por artículo 77 bis, deberá emitir una licencia médica "de derivación", ya sea en formato papel o electrónica. La licencia médica "de derivación" debe ser entregada al trabajador para que la presente al otro sistema previsional de salud, común o laboral, según corresponda. Adicionalmente, en el caso de los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deberán entregar al trabajador una copia del formulario contenido en el Anexo N°27 "Derivación de Paciente (artículo 77 bis, de la Ley N°16.744)", de este Título.

Se debe considerar que, para emitir una licencia médica de derivación, de manera electrónica, la Zona A.6. del respectivo formulario debe consignar en la sección "otros diagnósticos", lo siguiente: "licencia médica de derivación otorgada por [nombre del organismo administrador o administrador delegado, de la ISAPRE o COMPIN], por aplicación del artículo 77 bis". Lo que se debe reiterar en la Zona E del respectivo formulario electrónico.

En el caso de las mutualidades y el Instituto de Seguridad Laboral la licencia médica "de derivación" que emitan deberá contener a lo menos un día de reposo futuro y extenderse por un período de reposo que no sea superior a 30 días corridos. Ahora bien, por aplicación del artículo 77 bis podrán, excepcionalmente, extender una licencia médica "de derivación" sin días de reposo futuro cuando no han transcurrido más de 30 días, contados desde el inicio del reposo médico. En estas situaciones, el reposo médico pudiese provenir de otro continuo o discontinuo que afectó al trabajador y cuyo subsidio por incapacidad laboral ya fue cubierto por el organismo administrador como una situación no 77 bis.

En atención a lo anterior, en el evento que el trabajador haya ingresado a los servicios asistenciales del correspondiente organismo administrador o sea atendido en un "centro en convenio", y se le haya prescrito reposo por más de 30 días, el subsidio por incapacidad temporal correspondiente, deberá pagársele con una periodicidad no superior a 30 días, aunque posteriormente se determine que su dolencia es de origen común.

Ambos intervinientes en el procedimiento del artículo 77 bis deben respetar la periodicidad con que deben pagarse las remuneraciones, ya que el subsidio por incapacidad laboral o temporal tiene por objeto, precisamente, reemplazar las rentas de actividad del accidentado o enfermo, debiendo existir continuidad de ingresos entre remuneraciones y subsidios.

3. Antecedentes a entregar al trabajador

Se debe tener presente, por parte de las entidades intervinientes en la aplicación del artículo 77 bis, que toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas son de propiedad de su titular, esto es, del respectivo trabajador, debiendo ser considerados como un dato sensible de conformidad con lo dispuesto en la letra g), del artículo 2° y 10° de la ley N°19.628. Por lo tanto, esa información no podrá ser objeto de tratamiento o manipulación, salvo cuando la ley lo autorice, exista consentimiento del titular o sean datos necesarios para la determinación y el otorgamiento de los beneficios de salud que correspondan a sus titulares.

Por otra parte, la entidad que rechazó la cobertura como primer interviniente en la aplicación del artículo 77 bis, sin perjuicio de su deber de entregar al trabajador la respectiva copia impresa de la licencia médica electrónica “de derivación” o la licencia médica “de derivación” en papel, deberá entregarle copia de todos los informes y exámenes clínicos practicados de que disponga, y deberá consultar al trabajador si autoriza el envío de ellos al segundo interviniente, vía correo electrónico u otro medio similar que hubiese acordado con el otro sistema de salud. Para tales efectos, el trabajador, deberá consentir el envío por escrito.

La no disponibilidad de los antecedentes antes señalados, no relevará la obligación que tiene el segundo interviniente en el procedimiento del artículo 77 bis de actuar de inmediato, otorgando la cobertura de prestaciones médicas y/o pecuniarias que requiera el afiliado, entretanto obtiene dichos antecedentes, que pueden ser requeridos al propio trabajador. Asimismo, no exime el deber del trabajador de presentarse al proceso de calificación correspondiente, cuando es derivado por el sistema de salud que rechazó la cobertura.

No obstante lo señalado, el organismo administrador deberá hacerle entrega al trabajador, de los antecedentes señalados en el número 7, Capítulo IV, Letra A, Título III, de este Libro.”.

2. Modifícase el numeral 5 de la Letra D. Normas para el reembolso en caso de aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744 y emisión de cartas de cobranza, en los siguientes términos:

- i) Reemplázase el título por el siguiente: “5. Cartas de cobranza”
- ii) Reemplázanse los primeros seis párrafos por los siguientes:

“Las cartas de cobranza deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

Dichas cartas deberán ser remitidas a las mutualidades, el Instituto de Seguridad Laboral, COMPIN, Subcomisiones, Servicios de Salud, Cajas de Compensación o las ISAPRE, según corresponda, con los siguientes antecedentes:

- a) Un informe reservado con la especificación detallada de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico.
- b) El detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas, los antecedentes médicos o de otro orden fundantes de la patología respectiva y los antecedentes que sirvieron para determinar el monto del subsidio.
- c) En el caso de los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, además, deberán emitir copia de la Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), según corresponda, y de las demás declaraciones del trabajador que estén en su poder y de la notificación de calificación de la

afección, si no la hubiesen remitido con anterioridad al envío de la respectiva carta de cobranza.

- d) Cuando se hubiese reclamado ante esta Superintendencia, además, se deberá adjuntar a la carta de cobranza, la copia de la resolución mediante la cual la Superintendencia acogió la respectiva reclamación.

No procede que se formulen cartas de cobranza que no acompañen la totalidad de los antecedentes antes indicados. Las entidades no estarán obligados a analizar las cartas de cobranza que le sean remitidas sin todos estos antecedentes, debiendo la entidad requerida de cobro comunicar a la solicitante del reembolso que, por ello no cursará el pago requerido, informándole siempre cuales son los documentos faltantes.

Por lo señalado, el plazo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 77 bis, para concretar el reembolso, comenzará a contabilizarse cuando la entidad recepcione la carta de cobranza con la totalidad de los antecedentes antes indicados.

Para efectos de gestión, las cartas de cobranza por aplicación del artículo 77 bis podrán estar en estado de revisión, pagadas, rechazadas o devueltas. No resulta procedente crear otros estados de tramitación distintos, como podrían ser anuladas o no recibidas.

Los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744 podrán remitir la carta de cobranza conjuntamente con la notificación de la calificación, o con posterioridad. Las acciones de cobro por no pago, dirigidas a las entidades del sistema de salud común, podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social confirme el origen común de la patología o bien transcurrido el plazo de 90 días hábiles contados desde la notificación de la resolución de calificación por parte de la mutualidad o del organismo administrador. A contar del año 2023, dichas cartas de cobranza deberán ir acompañadas de un certificado otorgado por la Superintendencia de Seguridad Social que indique que no se ha presentado reclamo respecto del origen de la dolencia.”.

- iii) Intercálase en el actual séptimo párrafo, a continuación de la sigla “COMPIN”, la expresión “o Subcomisión”.
 - iv) Elimínanse los actuales párrafos octavo y décimo.
3. Modifícase el número 1 de la Letra E. Situaciones que no se encuentran reguladas por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, de la siguiente forma:
- i) Elimínase en el tercer párrafo, a continuación de la palabra “cobranza” el siguiente texto “que los organismos administradores emitan en virtud de cuadros a los que no le sea aplicable el artículo 77 bis de la Ley N°16.744,”.
 - ii) Reemplázase en el cuatro párrafo, la expresión “Los organismos administradores no deberán remitir” por la expresión “No procede formular”.
 - iii) Reemplázase en el quinto párrafo, la expresión “A su vez, dichos organismos” por la expresión “Las entidades”.
 - iv) Incorpórase al final del quinto párrafo, antes del punto aparte, la frase “individualizando siempre el documento faltante”.
 - v) Reemplázase el sexto párrafo por el siguiente:
“Las acciones de cobro por el no pago, dirigidas a las entidades del sistema de salud común, podrán ejercerse una vez que la Superintendencia de Seguridad Social confirme el origen común de la patología o bien transcurrido el plazo de 90 días hábiles contados desde la notificación de la resolución de la mutualidad o del organismo administrador. A contar del año 2023, dichas cartas de cobranza deberán ir acompañadas de un certificado otorgado por la

Superintendencia de Seguridad Social que indique que no se ha presentado reclamo respecto del origen de la dolencia.”.

II. VIGENCIA

Las instrucciones de la presente circular, entrarán en vigencia a partir de la fecha de su publicación. No obstante, el protocolo de comunicaciones y notificación, señalado en número 1 del capítulo I de esta circular, deberá ser remitido a esta Superintendencia a más tardar el 31 de diciembre de 2022.

PATRICIA SOTO ALTAMIRANO
SUPERINTENDENTA DE SEGURIDAD SOCIAL (S)

DISTRIBUCIÓN:

- Mutualidades de Empleadores
 - Instituto de Seguridad Laboral
 - Empresas con Administración Delegada
 - COMPIN Y SUBCOMISIONES
 - ISAPRES
 - Servicios de Salud
- Copia Informativa
- Dirección del Departamento Coordinación Nacional de COMPIN
 - Superintendencia de Salud
 - Subsecretaría de Redes Asistenciales