Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y 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 en casos excepcionales y por motivos fundados se exceda ese plazo. De igual modo, 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, identificado con un Código Único Nacional (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 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 administrador delegado, en sus servicios médicos propios o en aquellos que tengan 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. Nº369, 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, en la glosa sobre el tipo de calificador de la enfermedad denunciada, de la Zona H, del documento electrónico de la RECA, descrito en el Anexo N°10 "Documento electrónico de la Resolución de Calificación (RECA)", de la Letra G, Título I, Libro IX, se deberá consignar: "1) Califica médico de urgencia por causal de emergencia" o "2) Califica médico de urgencia por causal de patología grave", según corresponda.

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

2. Médico del Trabajo

El Médico del Trabajo podrá calificar:

a) Los casos que le sean derivados por los médicos evaluadores conforme a lo establecido en el número 3. Derivación por el médico evaluador al médico del trabajo, Capítulo IV, Letra A del presente Título III;

b) Los casos sujetos a Programa de Vigilancia Epidemiológica, a que se refiere la Letra F de este Título; y

c) Aquellos considerados como situaciones especiales, según lo dispuesto en la Letra G de este Título.

Para una correcta calificación, el Médico del Trabajo deberá contar con todos los antecedentes reunidos en la evaluación clínica, los exámenes de laboratorio, imágenes y los informes de evaluación de las condiciones de trabajo, cuando corresponda, y analizar la suficiencia de éstos.

Si los antecedentes fueren considerados insuficientes para la realización de la calificación, o se presentara duda razonable de la misma, dicho profesional deberá solicitar la evaluación de condiciones de trabajo establecidas en el número 4. Evaluación de condiciones de trabajo, Capítulo IV, Letra A de este Título III o los exámenes que considere pertinentes, y remitir el caso al Comité de Calificación, para determinar su origen laboral o común.

3. Comité de Calificación

Todos los casos no comprendidos en las situaciones descritas en los N°s.1 y 2 precedentes, serán calificados por el Comité de Calificación.

Para una correcta calificación, dicho Comité deberá contar con todos los antecedentes reunidos en la evaluación clínica, los exámenes de laboratorio, imágenes y los informes de evaluación de las condiciones de trabajo, y analizar la suficiencia de éstos.

Para mejor resolver, el Comité podrá solicitar cualquier antecedente adicional; la repetición de alguno de los estudios o evaluaciones realizadas y/o citar al trabajador para su evaluación directa.

En casos estrictamente excepcionales, la calificación podrá efectuarse prescindiendo de algunos de los elementos señalados, lo que deberá ser debidamente fundamentado por el Comité, dejando constancia de las razones que se tuvo en consideración, en el informe a que se refiere el Anexo N°6 "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la patología".

Por otra parte, sólo el Comité de Calificación podrá recalificar el origen de la patología, de oficio o a petición del trabajador y/o del empleador, si existen nuevos antecedentes que permitan modificar lo resuelto. En este caso, junto con registrar los nuevos antecedentes y generar un nuevo informe que fundamente la recalificación, se deberá emitir una nueva resolución y consignar en el campo "indicaciones": "Resolución de calificación que reemplaza la resolución N° (indicar número de la anterior RECA)". De igual forma se deberá emitir una nueva RECA en el evento que se ratifique la calificación.

Cuando la recalificación obedezca a un dictamen emitido por esta Superintendencia, en ejercicio de sus facultades fiscalizadoras, la glosa a consignar en el campo indicaciones corresponderá a la expresión: "Recalificación por instrucción de SUSESO, Oficio N°nnnn de dd/mm/aa".

CAPÍTULO III. Requisitos de los calificadores

1. Médico del Trabajo

Para efectos de este título, se considerará Médico del Trabajo, el profesional que cumpla alguno de los siguientes requisitos:

a) Hubiere aprobado un diplomado en salud ocupacional o medicina del trabajo y cuente con una experiencia laboral de, al menos, 5 años en un servicio de salud ocupacional o de medicina del trabajo;

b) Cuente con una experiencia laboral demostrada en un servicio de salud ocupacional o de medicina del trabajo, de al menos diez años;

c) Hubiere aprobado un programa en salud ocupacional/medicina del trabajo a nivel de doctorado, magister, master o fellow y cuente con una experiencia laboral mínima de 3 años, en un servicio de salud ocupacional o de medicina del trabajo, o

d) Acredite experiencia académica, docente y/o de investigación de, al menos 5 años, en una institución de educación superior en el área de medicina del trabajo y salud ocupacional y experiencia laboral mínima de 5 años en un servicio de salud ocupacional o de medicina del trabajo.

2. Comité de Calificación

El Comité de Calificación deberá estar conformado por, al menos, tres profesionales, dos de ellos médicos. Si el número de integrantes es superior a tres, la proporción de los médicos no podrá ser inferior a dos tercios.

Uno de los médicos deberá poseer la calidad de Médico del Trabajo.

Todos los integrantes del Comité deberán contar con un curso mínimo de 40 horas sobre aspectos generales del Seguro de la Ley N°16.744 y conceptos de salud ocupacional. Dicho requisito no será exigible respecto de los profesionales que acrediten formación en tales materias, a nivel de diplomado o magíster.

El Comité deberá ser presidido por el Médico del Trabajo y en caso de empate decidirá su voto.

Cada organismo administrador deberá definir el número de comités, su competencia territorial (nacional, regional o zonal), la periodicidad de sus reuniones, las áreas de especialidad que traten y las demás materias necesarias para su adecuado funcionamiento, con excepción de las reguladas en este Título.

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 un trabajador independiente presenta una DIEP, el organismo administrador deberá verificar si presta servicios en una entidad contratante y en caso afirmativo, proceder conforme a lo indicado en el número 4. Evaluación de condiciones de trabajo, de este Capítulo IV, Letra A del presente Título III.

Si mediante exámenes o evaluaciones médicas que forman parte de los programas de vigilancia de la salud implementados 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 inmediatamente de ello al empleador, quien deberá realizar la respectiva DIEP para iniciar el proceso de calificación, igual acción deberá realizar el administrador delegado. Aun cuando el empleador no presente la DIEP en un plazo de 24 horas, el organismo administrador deberá someter al trabajador a los exámenes que correspondan para estudiar la eventual existencia de una enfermedad profesional.

Si un trabajador se cambia de entidad empleadora y por aplicación de lo instruido en la letra e) del número 3, Capítulo I, Letra F, Título II, del Libro IV, es el organismo administrador de su ex empleador el que debe mantenerlo en vigilancia, corresponderá a dicho organismo gestionar la emisión de la DIEP con el trabajador y realizar la calificación del origen de la enfermedad, si presenta síntomas de una enfermedad presuntamente atribuible al agente de riesgo por el cual se mantiene en vigilancia.

Por su parte, si un trabajador se cambia de entidad empleadora, sin encontrarse en vigilancia, y presenta posteriormente síntomas de una presunta enfermedad de origen profesional, el organismo administrador del nuevo empleador o la empresa

con administración delegada, según corresponda, deberá efectuar la calificación del origen de la enfermedad, aun cuando no exista exposición al riesgo en su puesto de trabajo, pero sí antecedentes de una exposición previa, emanados en particular de su historia ocupacional y/o de los antecedentes que deberá solicitar al organismo administrador del empleador o empresa con administración delegada donde estuvo expuesto al riesgo.

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 número 1. Médico de urgencia, 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 número 3. Comité de Calificación, Capítulo II de esta Letra A, 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 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 N°19.966. 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 el Título II y Título III de este Libro III; 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.

Para todos los casos en que no exista un protocolo específico de calificación, la evaluación clínica deberá contener los elementos mínimos establecidos en el Anexo N°18: 'Ficha de evaluación clínica inicial general', de la Letra H, Título III del Libro III.

El envío al SISESAT de la información contenida en el referido Anexo N°18, deberá realizarse a través del documento electrónico definido en el Anexo N°58: 'Documento electrónico de Evaluación Médica Inicial General', de la Letra H, Título I del Libro IX.

Tratándose de enfermedades musculo esqueléticas, que no se encuentren especificadas en el protocolo contenido en la Letra B. Protocolo de patologías músculo esqueléticas de extremidad superior (MEES), de este Título III, la evaluación clínica deberá contener los elementos mínimos establecidos en el Anexo N°12: 'Ficha de evaluación clínica de patología músculo-esquelética' de la Letra H, Título III del Libro III y su envío al SISESAT deberá realizarse a través del documento electrónico definido en el Anexo N°45: 'Documento electrónico de evaluación médica inicial en enfermedad músculo-esquelética' de la Letra H,Título I del Libro IX.

3. Derivación por el médico evaluador al Médico del Trabajo

El médico evaluador deberá derivar el caso al Médico del Trabajo, para su calificación, en las siguientes situaciones:

a) Si durante la evaluación clínica realizada conforme a los protocolos previstos en este Título III o la lex artis médica, si no hubiese protocolo, se diagnostica una enfermedad no contemplada en el artículo 19 del D.S. Nº109, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y se confirma la ausencia de diagnósticos diferenciales que potencialmente sean de origen laboral.

b) Si conforme a lo establecido en el literal a), del artículo 72, del D.S. Nº101 de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el organismo administrador verifica que no existe exposición al agente causal, mediante una evaluación de las condiciones de trabajo, realizada dentro de los seis meses inmediatamente anteriores a la presentación de la DIEP o dentro de los períodos establecidos en los protocolos de vigilancia del Ministerio de Salud, para los agentes que cuenten con ello.

c) Si durante la evaluación clínica realizada conforme a los protocolos previstos en este Título III o la lex artis médica, si no hubiese protocolo, se diagnostica una enfermedad contemplada en el artículo 19 del D.S. Nº109 de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que mediante una adecuada anamnesis impresiona como de origen laboral.

No obstante, cuando la evaluación clínica sea realizada por un Médico del Trabajo, éste podrá efectuar directamente la calificación, sin necesidad derivar el caso a otro médico.

4. Evaluación de condiciones de trabajo

Las evaluaciones de condiciones de trabajo tienen por objetivo determinar si existe exposición a agentes de riesgo en el lugar de trabajo.

Dentro de éstas se encuentran el estudio de puesto de trabajo, las evaluaciones de riesgos físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales puntuales o en el contexto de programas de vigilancia, la historia ocupacional y los demás antecedentes que sirvan como fuente de información para la calificación. La aplicación de las evaluaciones, de la historia ocupacional y de los demás antecedentes, deberán ser realizadas por profesionales con competencias específicas en las mismas y cumplir con los demás requerimientos que se exigen a continuación, así como los señalados en otros apartados del presente Compendio:

a) Estudio de puesto de trabajo (EPT)

Consiste en el análisis detallado, mediante la observación en terreno, de las características y condiciones ambientales en que un trabajador en particular se desempeña y de las actividades, tareas u operaciones que realiza. Este instrumento tiene por objetivo identificar la presencia de factores de riesgo específicos condicionantes de la patología en estudio. En conjunto con otros elementos de juicio, el EPT permitirá al Comité de Calificación o al Médico del Trabajo, según corresponda, establecer o descartar la existencia de una relación de causalidad directa entre la patología y la actividad laboral del trabajador evaluado.

Los protocolos de las enfermedades de salud mental y de las patologías músculo esqueléticas de extremidad superior (MEES) tienen formatos específicos para la realización del EPT, los que se especifican en cada protocolo, de acuerdo con las instrucciones de las Letra B y Letra C de este Título III. Para el resto de las patologías, se deberá utilizar un formato con los elementos mínimos señalados en el Anexo N°31: "Instructivo para evaluación de puesto de trabajo general", de la Letra H del presente Título III.

b) Evaluaciones de riesgos

Corresponde a la realización de mediciones representativas y confiables, cualitativas o cuantitativas, de la presencia de agentes de riesgo químico, físico, biológico, condiciones ergonómicas o psicosociales existentes en el ambiente de trabajo donde se desempeña el trabajador evaluado.

c) Historia Ocupacional

Es el instrumento en el que se registra cronológicamente la información de las empresas y puestos de trabajo en las que se ha desempeñado y/o se desempeña el trabajador, los agentes de riesgos a los que ha estado expuesto y sus niveles de exposición, entre otros, que permite o facilita el diagnóstico y la calificación del origen de una enfermedad.

La necesidad de realización de la historia ocupacional comienza con la entrevista médica o anamnesis realizada a un trabajador que presenta una posible enfermedad profesional, en la que se indague acerca de los antecedentes ocupacionales remotos o actuales, esta entrevista podrá entregar información que permita identificar los agentes de riesgo presentes en el lugar de trabajo actual o en el de anteriores empleadores. Atendido lo señalado, y considerando los antecedentes ocupacionales aportados por el trabajador en dicha anamnesis, el médico evaluador o el Médico del Trabajo deberá solicitar al equipo o área de prevención de riesgos la confección de la historia ocupacional en aquellos casos en que ésta sea necesaria para la calificación del origen de la enfermedad.

La confección de la historia ocupacional será obligatoria cuando se trate de enfermedades profesionales crónicas, de larga latencia y/o secundarias a exposiciones de larga data, tales como las neumoconiosis, mesotelioma, hipoacusias sensorio-neural por exposición a ruido, neuropatías por exposición a metales y enfermedades por exposición a citostáticos o radiaciones, entre otras.

En caso de patología osteomuscular de extremidad superior y/o de origen mental, el médico evaluador o el Médico del Trabajo deberá determinar la necesidad de contar con la historia ocupacional para la calificación del origen de la patología y requerirla, según corresponda. Lo anterior, dado que en caso de dichas patologías podría ser suficiente con el estudio de puesto de trabajo, el que refleja la exposición en las tareas que ejecuta actualmente el trabajador. En los casos que, a juicio médico, no exista exposición actual y hubiese antecedentes de cambio de empleador en los últimos 6 meses o cambio en las condiciones de trabajo con el mismo empleador, o bien si dentro del mismo plazo existe un cambio en la actividad desarrollada por el trabajador independiente, se deberá hacer la historia ocupacional.

El profesional que realice la historia ocupacional debe contar con el título de experto profesional en prevención de riesgos y tener, a lo menos, 2 años de experiencia en evaluaciones de riesgos en empresas, de preferencia en el riesgo específico que motiva la solicitud de la historia ocupacional. En caso de trabajadores con enfermedades por agentes de riesgo que hubieran estado en programas de vigilancia, el experto en prevención de riesgos debe contar con la capacitación de los protocolos de vigilancia ambiental y de la salud publicadas por el Ministerio de Salud. El organismo administrador deberá mantener un registro de la capacitación y de los profesionales que realizan la historia ocupacional en su Institución.

El formato de la historia ocupacional, así como la definición de sus campos y las instrucciones para completarlo, se contienen en los siguientes anexos: Anexo N°7 "Formulario de Historia ocupacional"; Anexo N°8 "Definición de los campos de la historia ocupacional"y Anexo N°9 "Instrucciones para completar el formulario de la historia ocupacional". No obstante, el formato del Anexo N°7 "Formulario de Historia ocupacional"podrá ser modificado por cada organismo administrador o empresa con administración delegada, siempre y cuando contenga los elementos mínimos que se especifican en dicho anexo.

El documento de la historia ocupacional deberá ser enviado a la Superintendencia de Seguridad Social mediante el documento electrónico establecido en el Anexo N°49 "Documento electrónico de la historia ocupacional", de la Letra G, Título I del Libro IX.

La historia ocupacional debe ser realizada con el respaldo del certificado de cotizaciones, documento obligatorio para la confección y validación de los empleadores formales, formando parte de los elementos que debe contener el expediente. En caso que el trabajador se niegue a entregar dicho documento, el organismo administrador deberá dejar respaldo de su negativa con firma.

La exposición a un determinado agente de riesgo será verificada por el área de prevención de riesgos profesionales, que aportará los antecedentes técnicos incluyendo evaluaciones ambientales presentes en el o en los lugares de trabajo donde se desempeñó el trabajador. En caso de no existir evaluaciones ambientales vigentes para el puesto de trabajo actual, el organismo administrador deberá realizar las evaluaciones ambientales para definir si existe o no exposición al agente de riesgo por el cual se está evaluando al trabajador.

El organismo administrador o la empresa con administración delegada que se encuentra estudiando el origen de una enfermedad, cuando corresponda, deberá solicitar antecedentes y/o la realización de las evaluaciones ambientales a las empresas con administración delegada o a los organismos administradores de las entidades empleadoras donde el trabajador habría estado expuesto al agente de riesgo que se está evaluando, quien deberá remitirlos en un plazo máximo de 15 días contados desde la respectiva solicitud. En caso de no existir evaluaciones ambientales históricas o de no haber sido posible realizarlas por el anterior organismo administrador o empresas con administración delegada, según corresponda, se considerará la opción de registro a juicio de experto mediante entrevista, donde la información recopilada permitirá definir la presencia de agentes de riesgos y/o exposición en la(s) tarea(s) que realizaba el trabajador en evaluación. Para este efecto también podrá requerirse la opinión de otros profesionales, tales como higienistas, ergónomos, entre otros. En estos casos, el campo de Juicio de Experto, en el contenido del Anexo N°7 "Formulario de Historia ocupacional", de la Letra H, Título III del Libro III, deberá ser completado de manera obligatoria y no podrá registrarse sin antecedentes.

Por lo tanto, la historia ocupacional se elabora en base a una entrevista personal con el trabajador y con los resultados del estudio del o de los puestos de trabajo y de las evaluaciones ambientales disponibles y aquellas que sea necesario realizar para evaluar la exposición.

Se debe realizar una historia ocupacional por cada agente de riesgo que pudiera originar la enfermedad en estudio.

La información registrada en la historia ocupacional deberá ser remitida a la última entidad empleadora donde el trabajador estuvo expuesto al agente o factor de riesgo supuestamente condicionante de la enfermedad evaluada, resguardando los datos sensibles del trabajador. Esta notificación debe realizarse vía correo electrónico y solo con la información que se relacione con dicha entidad empleadora. En el evento que la entidad empleadora se encuentre adherida o afiliada a otro organismo administrador, se deberá solicitar a este último que efectúe dicha notificación.

La entidad empleadora notificada dispondrá de 5 días hábiles, a contar del día siguiente a la notificación del organismo administrador, para aportar información adicional o efectuar correcciones. De no haber respuesta en el plazo mencionado, se considerará como aceptada.

Si dicha entidad aporta nuevos antecedentes, éstos deberán ser respaldados con las pruebas o antecedentes que den cuenta de lo referido. No es necesario citar nuevamente al trabajador, ya que, en una etapa posterior y en base a los antecedentes presentados, el Médico del Trabajo y/o Comité evaluará dicha información. En ningún caso, el documento de la historia ocupacional elaborado inicialmente será modificado ni requerirá nuevamente la firma del trabajador.

Tratándose de trabajadores independientes que prestan servicios en una entidad y de empresas con trabajadores bajo régimen de subcontratación, para la realización de las evaluaciones señaladas en las letras a) y b) precedentes, los organismos administradores o empresas con administración delegada involucradas, deberán tener presente lo siguiente:

a) Si el trabajador independiente y la entidad donde presta servicios se encuentran adheridos o afiliados al mismo organismo administrador, éste deberá solicitar autorización a esa entidad para realizar las evaluaciones de las condiciones de trabajo, haciéndole presente que, de acuerdo con el artículo 20 del D.S. N°67, de 2008, el trabajador independiente que presta servicios en una entidad tiene derecho a ser informado por ésta sobre los agentes de riesgo a los que se encuentra expuesto, lo que conlleva la consecuente obligación de dicha entidad empleadora de proporcionar

tal información o permitir que ésta sea recabada.

En el evento que se detecte un factor de riesgo, el organismo administrador deberá evaluar si existen trabajadores de esa entidad empleadora expuestos, procediendo, en caso afirmativo, según lo instruido la letra a), número 1, Capítulo III, Letra F, Título II, del Libro IV.

En cambio, si el trabajador independiente y la entidad donde presta servicios se encuentran adheridos o afiliados a organismos administradores distintos, aquél al que pertenece el trabajador independiente deberá solicitar al organismo de la entidad empleadora realizar las evaluaciones de las condiciones de trabajo, el cual deberá remitir los resultados de esas evaluaciones en un plazo no superior a 15 días contados del requerimiento, resguardando la información de carácter sensible que pudieren contener.

Ahora bien, en caso que el organismo administrador de la entidad empleadora detecte la existencia de un factor de riesgo, deberá evaluar si existen trabajadores de esa entidad que se encuentren expuestos y en caso afirmativo, deberá ingresarlos a un programa de vigilancia del ambiente y de la salud y prescribir las medidas que procedan para el control de ese riesgo.

Si la entidad empleadora impide el ingreso para la realización de las evaluaciones el organismo administrador, éste deberá recargar su tasa de cotización adicional diferenciada por un período de 3 meses, dictando al efecto una resolución conforme a lo instruido en la letra d), número 2, Capítulo IV, Letra B, Título II, del Libro II.

b) Por su parte, tratándose de entidades empeadoras con trabajadores bajo régimen de subcontratación, si la empresa contratista y la empresa principal se encuentran adheridas o afiliadas al mismo organismo administrador, éste deberá realizar esas evaluaciones y, en el evento que detecte un factor de riesgo, evaluar si existen otros trabajadores expuestos, sean estos de la contratista o de la principal.

De constatarse la existencia de un riesgo, deberá prescribir tanto a la empresa contratista, como a la empresa principal, las medidas de control que les corresponda implementar dentro de sus respectivos ámbitos de acción y evaluar su ingreso a los programas de vigilancia del ambiente y de la salud.

En cambio, si la empresa contratista y la empresa principal se encuentran adheridas o afiliadas a un organismo administrador distinto, el organismo donde se encuentre adherida la empresa contratista deberá solicitar a la principal su autorización para realizar las evaluaciones de las condiciones de trabajo, haciéndole presente a dicha entidad que, en caso de detectar la existencia de un factor de riesgo y trabajadores de su dependencia también expuestos, se lo comunicará al organismo administrador de su adhesión, para que evalúe su ingreso a un programa de vigilancia del ambiente y de la salud de sus trabajadores y le prescriba las medidas que procedan para el control de ese riesgo.

Si no es posible efectuar las evaluaciones indicadas en las letras a) y b) del párrafo segundo precedente, porque el trabajador independiente se opone a su realización o porque existen otros impedimentos, el organismo administrador de su adhesión deberá dejar constancia de dicha situación, y proceder conforme a lo instruido en el número 6, Capítulo IV, Letra A, Título III del presente Libro III.

5. Resolución de calificación

El pronunciamiento del médico de urgencia, del Médico del Trabajo o del Comité de Calificación, según corresponda, deberá formalizarse mediante la emisión de una Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA), que podrá ser suscrita por alguno de los médicos calificadores.

Dicha resolución, en su versión impresa, deberá ser notificada a la persona trabajadora evaluada y a su entidad empleadora, dentro de los 5 días hábiles siguientes a su emisión. De igual modo, si en virtud de un dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social o actuando de propia iniciativa, recalifican el origen común o laboral de la patología, deberán notificarles la nueva resolución, dentro del mismo plazo.

La notificación la persona trabajadora podrá efectuarse personalmente, dejando constancia de la fecha en que ésta se realice, por correo electrónico a las personas trabajadoras que consientan expresamente en ser notificados por esa vía o a través de carta certificada a la dirección que la o el trabajador señale al momento de solicitar atención médica por primera vez en los servicios asistenciales del organismo administrador o de sus prestadores médicos en convenio, respecto de la patología objeto de calificación.

El calificador deberá elaborar un informe con los fundamentos de la calificación y los demás datos indicados en el Anexo N°6 "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la enfermedad" de la Letra H, Título III del Libro III. Se entenderá por fundamento de la calificación la expresión de un juicio experto que considere todos los elementos evaluados y que, en forma consistente con dichos elementos, concluya en la declaración de origen laboral o común de la enfermedad evaluada. Dicho informe deberá ser entregado a la persona trabajadora y ser elaborado en lenguaje claro y comprensible, esto es, una redacción simple y eficiente que permita a las personas entender con facilidad los fundamentos contenidos. Se exceptúan de esta obligación los casos calificados por el médico de urgencia, conforme a lo establecido en el número 1. Médico de urgencia, Capítulo II, Letra A,Título III del Libro III. Sin embargo, en tales casos, el profesional deberá explicar a la o el

trabajador los fundamentos de la calificación médica, en un lenguaje claro y comprensible, según los términos previamente señalados.

El documento de los fundamentos de calificación deberá ser enviado a la Superintendencia de Seguridad Social mediante el documento electrónico establecido en el Anexo N°50 "Documento electrónico de los fundamentos de la calificación de la enfermedad", de la Letra H, Título I del Libro IX.

En caso que, la persona trabajadora evaluada haya contraído la enfermedad en una entidad empleadora adherida o afiliada a otro organismo administrador, deberá notificar la RECA a dicho organismo y, por intermedio de éste, a esa entidad empleadora.

6. Situaciones especiales

Si la persona trabajadora no se presenta a la evaluación clínica, después de haber sido citado hasta en dos oportunidades o si rechaza someterse a ésta, la patología deberá ser calificada como tipo 12: "No se detecta enfermedad" y en el campo "diagnóstico" se deberá consignar: "Abandono o rechazo de la atención" y registrarse el código CIE -10 "Z03.9". En lo que respecta a las citaciones, éstas deberán ser realizadas por medio de carta certificada al domicilio de la persona trabajadora o por correo electrónico, en el evento que haya consentido el uso de dicho medio para ser notificada. En cuanto al "Abandono o rechazo de la atención" para someterse al proceso de evaluación, el organismo administrador deberá mantener como medio de prueba las citaciones realizadas, y en caso de rechazo expreso, deberá constar en un documento firmado por la persona trabajadora.

Si con posterioridad al diagnóstico y antes que el ente calificador disponga de los elementos de juicio suficientes para calificar el origen de la enfermedad, el trabajador rechaza continuar con el proceso de evaluación, el caso será calificado con los antecedentes disponibles, consignando el diagnóstico y su correspondiente código CIE-10. A su vez, en el campo "indicaciones" se deberá señalar: "Calificación realizada con antecedentes parciales por abandono del proceso de calificación". Asimismo, en caso que el trabajador independiente se oponga a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo, el organismo administrador deberá calificar la enfermedad con los antecedentes de que disponga, señalando en el campo "indicaciones" : "Calificación realizada con antecedentes parciales por obstaculización del trabajador independiente a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo".

De igual modo, si con posterioridad al establecimiento de un diagnóstico y previo a su calificación, la entidad en la que se desempeña el trabajador independiente, después de haber sido requerido hasta en dos oportunidades, mediante carta certificada, correo electrónico u otro medio escrito, se opone a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo o no acusa recibo de las citaciones, la enfermedad deberá ser calificada como enfermedad profesional (tipo 3) o enfermedad laboral sin incapacidad temporal o permanente (tipo 5), según corresponda, salvo que se disponga de antecedentes suficientes que acrediten su origen común. Además de consignar el diagnóstico y su correspondiente código CIE 10, se deberá incorporar en el campo "indicaciones" la siguiente observación: "Calificación realizada con antecedentes parciales por obstaculización de la entidad en la que se desempeña el trabajador independiente a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo".

A su vez, en el caso de las personas trabajadoras dependientes si la entidad empleadora se opone a la realización de las evaluaciones de las condiciones de trabajo o no acusa recibo de las citaciones, se le deberá prescribir que dentro de un plazo no superior a 5 días hábiles, contados desde la notificación de esa prescripción, otorgue las facilidades necesarias para la realización del estudio o evaluación del puesto de trabajo. Si al término de ese plazo la entidad empleadora persiste en su negativa, el caso deberá ser calificado como "enfermedad profesional" (tipo 3) o "enfermedad laboral sin incapacidad temporal o permanente" (tipo 5), según corresponda, salvo que se disponga de antecedentes suficientes que acrediten su origen común, consignándose en el campo "indicaciones" de la resolución de calificación de origen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (RECA) la siguiente observación: "Calificación realizada con antecedentes parciales por obstaculización de la entidad empleadora a la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo". Además, se deberá recargar, en forma inmediata, su tasa de cotización adicional diferenciada por un período de 3 meses, dictando al efecto una resolución conforme a lo instruido en la letra d), número 2, Capítulo IV, Letra B, Título II, del Libro II.

Si dentro de los 90 días hábiles siguientes a la notificación de la RECA, la entidad empleadora solicita a su organismo administrador reconsiderar la calificación de la enfermedad, dicha solicitud solo podrá ser admitida a trámite en la medida que manifieste su consentimiento para la realización del estudio de puesto de trabajo o que acredite que por una situación de fuerza mayor u otra circunstancia que no le es imputable, no pudo dar respuesta a las citaciones que le fueron cursadas. Cumplida esa condición el organismo administrador deberá realizar el estudio de puesto de trabajo y con el mérito de sus resultados, acoger o rechazar la reconsideración. En el mismo supuesto, se deberá rebajar a 2 meses la aplicación del recargo, por haber cesado la causa que le dio origen.

Lo instruido en los párrafos precedentes, respecto de las situaciones en que por oposición o falta de respuesta a las citaciones de la entidad en que presta servicios, el trabajador independiente o de la entidad empleadora del trabajador dependiente, no es posible realizar el estudio de puesto de trabajo, no será aplicable a los casos en que, conforme a lo dispuesto en el Capítulo II, Letra A, de este Título III, se puede excepcional y fundadamente prescindir de ese estudio. Por ejemplo, cuando el trabajador se encuentra sometido a un programa de vigilancia de la salud.

Sin perjuicio de lo anterior, el organismo administrador deberá informar sobre la negativa del empleador, a la Inspección del Trabajo y/o a la Autoridad Sanitaria competente, mediante el formulario contenido en el Anexo N°10 "Informa rechazo de la entidade empleadora a facilitar información", de la Letra H, Título III de este Libro III.

Si tanto en el caso del trabajador dependiente como del independiente que se desempeña en una entidad, existen otras circunstancias que fundadamente impiden la realización de la evaluación de puesto de trabajo, por ejemplo, el término o cierre definitivo de la faena, se deberá consignar en el campo "indicaciones" la glosa "Calificación realizada con antecedentes parciales debido a la existencia de otras circunstancias que impiden la realización de la evaluación de las condiciones de trabajo".

Cuando la sintomatología de la persona trabajadora no pueda atribuirse a una enfermedad específica, la dolencia deberá ser calificada como tipo 12: "No se detecta enfermedad" y en el campo diagnóstico deberá consignarse: "Sin diagnóstico establecido luego de proceso de evaluación" y registrarse con el código CIE-10 "Z71.1".

No obstante, no podrá utilizarse la calificación tipo 12: "No se detecta enfermedad", cuando se hubiere prescrito reposo laboral.

7. Derivación a régimen de salud común

Si se determina que la enfermedad es de origen común, la persona trabajadora evaluada deberá ser citada para ser notificada que deberá continuar su tratamiento en su régimen previsional de salud común (FONASA o ISAPRE), y si no se presenta a dicha citación, deberá ser notificada por carta certificada.

Además, se deberá entregar a la persona trabajadoralos siguientes documentos:

a) Resolución de calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA) versión impresa;

b) Informe sobre los fundamentos de la calificación de la enfermedad Anexo N°6: "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la patología" de la Letra H, del Título III, de este Libro III.

c) Informe de atenciones recibidas, diagnósticos realizados y la orientación de dónde continuar sus tratamientos, según corresponda;

d) Copia de los informes y exámenes clínicos practicados, y

e) Folleto informativo, cuyo contenido mínimo se establece en el Anexo N°39: "Contenido mínimo del folleto informativo cuando el accidente o enfermedad es calificado como de origen común", de la Letra C, del Título I, de este Libro III.

Todos los documentos individualizados precedentemente, son de carácter confidencial, salvo la resolución de calificación que, conforme a lo dispuesto en el artículo 72 letra e) del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, deberá ser notificada a la entidad empleadora, en su versión impresa, mediante carta certificada u otro medio idóneo.

8. Readecuación de las condiciones de trabajo y/o cambio de puesto de trabajo

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

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

El organismo administrador y la empresa con administración delegada deberá asignar al profesional o área que estime adecuados, la responsabilidad de coordinar el efectivo reintegro laboral del trabajador, de informar sobre dicho proceso al trabajador y a la entidad empleadora, de coordinar su ejecución de acuerdo con la normativa vigente y de verificar el cumplimiento de las medidas correctivas prescritas.

El organismo administrador deberá entregar la asistencia técnica necesaria para que las entidades empleadoras verifiquen que existan condiciones adecuadas y seguras para los trabajadores que se reintegran al trabajo, incluyendo los ajustes razonables del puesto de trabajo que correspondan.

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

El organismo administrador deberá prescribir las medidas dentro del plazo máximo de 15 días hábiles contado desde la fecha de la calificación. Conjuntamente, deberá fijar a la entidad empleadora un plazo para el cumplimiento de las medidas prescritas, el que no podrá ser superior a 90 días corridos.

Excepcionalmente, el organismo administrador podrá fijar un plazo mayor, cuando por razones justificadas el empleador no

pueda implementar las medidas dentro del plazo máximo de 90 días. Las razones que justifican ese mayor plazo, deberán ser precisadas en el informe de la prescripción de medidas y registradas en el campo "Descripción de la Medida Prescrita" del documento electrónico del Anexo N°13 "Prescripción de medidas", de la Letra H. Anexos, del Título I, del Libro IX. Sistemas de información. Informes y Reportes.

Dentro de los 10 días hábiles siguientes al vencimiento del plazo fijado para la implementación de las medidas, el organismo administrador deberá verificar que la entidad empleadora les haya dado cumplimiento.

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

Si el empleador no ha implementado las medidas prescritas, el organismo administrador deberá aplicar el recargo establecido en el artículo 16 de la Ley N°16.744, en relación con el artículo 15 del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, en la oportunidad y bajo las condiciones que establece el número 8 del Capítulo I, Letra G, Título II, del Libro IV e informar la situación de riesgo para la salud de los trabajadores a la Inspección del Trabajo y/o a la SEREMI de Salud que corresponda. Para dicho efecto, deberá utilizar el formulario contenido en el Anexo N°11 "Informa incumplimiento de medidas prescritas", de la Letra H. Anexos del presente Título III.

La circunstancia de encontrarse pendiente de resolución una reclamación interpuesta por la entidad empleadora para revertir la calificación de una enfermedad como de origen profesional, no lo exonerará de la obligación de implementar en tiempo y forma las medidas que su organismo administrador le hubiere prescrito y los protocolos de vigilancia que sean aplicables.

Los organismos administradores deberán informar a la Superintendencia de Seguridad Social las medidas prescritas, el resultado de la verificación de su cumplimiento, y cuando proceda, la notificación a la autoridad y el recargo de la tasa de cotización adicional, mediante la remisión de los documentos electrónicos del Anexo N°13 "Prescripción de medidas", Anexo N°14 "Verificación de medidas", Anexo N°15 "Notificación a la autoridad" y Anexo N°56 "Recargo de la tasa de cotización adicional", de acuerdo a lo instruido en el Capítulo VIII. Prescripción de Medidas, Verificación de Medidas y Notificación a la Autoridad para los casos de enfermedades profesionales (RECA tipo 3 y 5), de la Letra B, del Título I, del Libro IX. Sistemas de información. Informes y reportes.

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. En caso que la calificación de la enfermedad sea efectuada por un organismo administrador distinto de aquél en que se encuentra adherida la última entidad empleadora donde el trabajador estuvo expuesto al agente de riesgo, el organismo administrador de esa entidad empleadora deberá evaluar la existencia de trabajadores expuestos al riesgo de la enfermedad y, en caso afirmativo, incorporarlos a sus programas de vigilancia epidemiológica. Asimismo, deberá enviar un documento electrónico 51 de identificación de peligro origen 2, al módulo de evaluación y vigilancia ambiental y de la salud de los trabajadores (EVAST) del Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT).

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 90 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, de acuerdo con las instrucciones del Capítulo XI, Letra F, Título II del Libro IV.

Si el trabajador al que se diagnostica una enfermedad profesional es un trabajador independiente que presta servicios en una entidad contratante, se deberá proceder conforme a lo instruido en el número 1, del Capítulo III, Letra F, Título II, Libro IV.

10. Auditoría del proceso de calificación

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

Esta auditoría deberá ser incorporada al Plan Anual de Auditoría a partir del año 2020, de cada organismo administrador y su informe deberá ser remitido a la Superintendencia de Seguridad Social, conforme a lo instruido en la Letra F. Plan anual de auditorías, del Título II, del Libro VII. Aspectos Operacionales y Administrativos.

11. Prescripción de medidas al trabajador independiente

Cuando la enfermedad diagnosticada al trabajador independiente sea calificada como de origen laboral, el organismo administrador deberá prescribir las medidas correctivas específicas dirigidas a controlar el riesgo del agente que dio origen a la enfermedad profesional.

En estos casos, el organismo administrador no tendrá la obligación de efectuar la verificación indicada en el penúltimo párrafo del número 8 anterior.