Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

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

Para efectos de la Ley Nº16.744, se considerará invalidez "el estado derivado de un accidente del trabajo o enfermedad profesional que produzca una incapacidad presumiblemente de naturaleza irreversible, aun cuando deje en el trabajador una capacidad residual de trabajo que le permita continuar en actividad". Esta incapacidad permanente podrá dar derecho al pago de una indemnización global o a una pensión de invalidez, total o parcial, dependiendo del porcentaje de pérdida de capacidad de ganancia.

A. Inicio del proceso de evaluación por incapacidad permanente

1. Análisis de procedencia de la evaluación de incapacidad permanente

Si después de otorgar al trabajador las atenciones médicas y/o de rehabilitación, se determina que procede evaluar su eventual incapacidad permanente, se deberá proceder conforme a lo establecido en el artículo 58 de la Ley N°16.744 y en el artículo 76 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, para cuantificar el porcentaje de pérdida de capacidad de ganancia que éste presenta, y así establecer la prestación económica a que tendrá derecho.

Corresponderá al médico tratante determinar si existen o no terapias pendientes, según la gravedad y evolución de las secuelas.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 53 bis del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, el organismo administrador deberá iniciar la confección del expediente para la evaluación de la eventual incapacidad permanente a más tardar transcurridas las 40 o 92 semanas de subsidio por incapacidad laboral, sea éste continuo o discontinuo. Para ello, el médico tratante deberá evaluar la situación del trabajador, considerando el o los informes de los distintos especialistas tratantes, a fin de determinar si existen tratamientos curativos pendientes, o si existe una presunta secuela por la que se deba iniciar la evaluación por incapacidad permanente.

Debe quedar registro en la ficha clínica del trabajador de esta revisión, indicando si se iniciará o no la evaluación por incapacidad permanente.

Si al cumplir las 104 semanas, aún existen tratamientos pendientes, el organismo administrador deberá constituir una pensión de invalidez total transitoria, de acuerdo con lo establecido en el número 3. Pensión de Invalidez Total Transitoria, Letra O, Título II, del Libro VI. Prestaciones económicas.

2. Solicitud de la evaluación por incapacidad permanente

Los organismos administradores y las empresas con administración delegada, deberán derivar al trabajador para la evaluación de su incapacidad permanente, dentro de los 5 días hábiles siguientes al Alta Médica otorgada por el médico tratante, si procede que se evalúe una incapacidad permanente.

Se entenderá por Alta Médica la certificación del médico del término de los tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y otros susceptibles de efectuarse en cada caso específico.

En caso que, la entidad empleadora hubiere cambiado de organismo administrador o bien cuando el trabajador cambie de entidad empleadora y esta última se encuentre adherida o afiliada a otro organismo administrador, la evaluación de incapacidad laboral deberá ser efectuada o solicitada, según corresponda, por el organismo administrador que calificó el origen laboral del accidente o enfermedad.

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 (ISL) 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, administrador delegado, trabajador o de la entidad empleadora. Según el Dictamen N°E413434, de 8 de noviembre de 2023, de la Contraloría General de la República, las COMPIN deberán concluir el proceso de evaluación dentro del plazo de 6 meses previsto en el artículo 27 de la Ley N°19.880. Si lo exceden, no afectará la validez de las actuaciones realizadas con posterioridad a su vencimiento, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas que procedan.

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.

En la carta u oficio conductor mediante el cual se remitirán los antecedentes a la COMPIN, el organismo administrador o el administrador delegado deberán informar la o las direcciones de correo electrónico que el trabajador registre ante esas entidades. Las COMPIN podrán utilizar esos correos electrónicos para contactar al trabajador evaluado y obtener eventualmente su consentimiento para ser notificado electrónicamente de la resolución de incapacidad permanente (REIP), mientras no les sea aplicable, como unidades dependientes de las SEREMIS de Salud, la regulación que el artículo 46 de la Ley N°19.880 - modificado por la Ley N°21.180, de Transformación Digital del Estado - establece en materia de notificación de los actos administrativos.

Los antecedentes para la evaluación por incapacidad permanente deberán ser incorporados en el expediente señalado en el número 3, Capítulo I, Letra A, Título III del presente Libro III, el que para estos efectos deberá contener, además, el informe de especialidades médicas y de rehabilitación, cuando corresponda, y un resumen médico del caso, donde se indique el o los diagnósticos, los tratamientos otorgados y todas las secuelas por las que será evaluado el trabajador, incluidas aquellas que anteriormente el mismo u otro organismo administrador hubiese evaluado o solicitado evaluar a una COMPIN. Dicho resumen deberá ser confeccionado por el médico tratante.

Asimismo, el expediente deberá contener los informes señalados en el Anexo N°32 "Informe Neurológico", el Anexo N°33 "Informe Traumatológico" y/o el Anexo N°34 "Informe de Salud Mental", cuando corresponda.

Si la anterior evaluación de incapacidad permanente fue efectuada o solicitada por otro organismo administrador, el organismo que debe efectuar o solicitar la reevaluación, deberá requerir a ese otro organismo que en un plazo no superior a 20 días hábiles, le remita los antecedentes médicos y ocupacionales en los que se basó esa primera evaluación. La petición de esos antecedentes deberá formularla dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que determine la procedencia de reevaluar o solicitar la reevaluación, producto de las nuevas secuelas.

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 Nº16.744 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 el Capítulo IX, Letra B, Título I del LIbro IX. En el campo "Observaciones", la REIP deberá 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 La notificación al trabajador podrá efectuarse personalmente, dejando constancia de la fecha en que ésta se realice, a través de carta certificada a la dirección que registra el trabajador o por correo electrónico a los trabajadores dependientes o independientes que consientan expresamente en ser notificados por esa vía, según los procedimientos que para la manifestación de esa voluntad, se regulan en la letra b), número 3, Capítulo II, Letra B, Título I, del Libro II y en el Capítulo IV, Letra A, Título I, del Libro III.

E. Gratuidad

El proceso de declaración, evaluación y/o reevaluación y los exámenes necesarios, no implicarán costo alguno para el trabajador o ex trabajador, siendo de cargo del Seguro, es decir, financiado por el administrador que corresponda.

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 Nº16.744 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.

En el evento que la COMERE requiera al organismo administrador o empresa con administración delegada los informes, cuyos formatos se encuentran contenidos en los Anexos N°32 "Informe Neurológico", N°33 "Informe Traumatológico" y N°34 "Informe de Salud Mental", según corresponda, de la Letra I. Anexos de este Título V, deberá remitirlos en el plazo señalado en la letra a) del párrafo anterior.

Junto con la remisión de los referidos antecedentes, los organismos administradores o administradores delegados deberán

informar a la COMERE la o las direcciones de correo electrónico que el trabajador registre ante esas entidades. La COMERE podrá utilizar esos correos para contactar al trabajador evaluado y obtener eventualmente su consentimiento para ser notificado electrónicamente de las resoluciones que emita sobre la evaluación de su incapacidad permanente, mientras no le sea aplicable la regulación que el artículo 46 de la Ley N°19.880 - modificado por la Ley N°21.180, de Transformación Digital del Estado - establece en materia de notificación de los actos administrativos.

2. Apelación ante la Superintendencia de Seguridad Social

De las resoluciones emanadas de la COMERE, se podrá apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social, dentro del plazo de 30 días hábiles, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso.

3. Cómputo de los plazos. Día hábil

De acuerdo a lo señalado en el Dictamen N°90.462, de 2015, de la Contraloría General de la República, los organismos administradores deberán computar los plazos de días hábiles del artículo 77 de la Ley N°16.744, sin considerar los días sábados, domingos y festivos.

4. Gastos de exámenes y traslados

Los exámenes y traslados necesarios para resolver las reclamaciones y apelaciones presentadas ante la COMERE y la Superintendencia de Seguridad Social, serán de cargo del organismo administrador o de la respectiva empresa con administración delegada.

G. Reevaluación y revisión de incapacidades

En los períodos intermedios de los controles y exámenes establecidos en el Título VI de la Ley N°16.744, relativo a la Evaluación, Reevaluación y Revisión de incapacidades, el interesado podrá por una sola vez, solicitar la revisión de su incapacidad, (inciso cuarto, artículo 76 bis).

Después de los primeros 8 años, el interesado podrá, por una vez en cada período de 5 años, requerir ser examinado (inciso quinto, artículo 76 bis de la Ley N°16.744).

Si la entidad empleadora hubiere cambiado de organismo administrador, o bien cuando el trabajador cambie de entidad empleadora y esta última se encuentre adherida o afiliada a otro organismo administrador, la revisión de la incapacidad será efectuada o solicitada por el organismo que calificó el origen laboral del accidente o enfermedad, conforme a lo dispuesto en el artículo 63 de la Ley N°16.744.

En caso que, al momento de adquirirse el derecho a pensión o indemnización, el trabajador se encontrare afiliado o adherido a un organismo administrador distinto a aquel que realizó la revisión de la incapacidad, este último deberá notificar el resultado de la revisión, al organismo administrador que deba pagar la respectiva prestación económica, de acuerdo a lo señalado en el artículo 70 del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Tratándose de la reevaluación de la incapacidad permanente, por la ocurrencia de un nuevo accidente o enfermedad, esta será efectuada por el organismo administrador que haya calificado el origen del nuevo accidente o enfermedad, conforme a lo señalado en el artículo 61 de la Ley N°16.744. Si el organismo administrador que evaluó o solicitó la evaluación de la incapacidad permanente derivada de una anterior contingencia es un organismo distinto, el obligado a reevaluar o solicitar la reevaluación, deberá solicitar a ese otro organismo que le remita los antecedentes médicos que sustentaron esa primera evaluación, conforme a lo instruido en la Letra C. Remisión y recopilación de antecedentes, precedente.

H. Calificación de origen de invalidez, Comisión Médica Central Ampliada D.L. N°3.500 de 1980

Conforme a los incisos noveno y siguientes del artículo 11 del D.L. Nº3.500, de 1980, si una reclamación en contra de una Comisión Regional del D.L. referido, se fundare en que la invalidez ya declarada proviene de accidente del trabajo o enfermedad profesional, la Comisión Médica Central de la Superintendencia de Pensiones, se integrará con un médico cirujano designado por la Superintendencia de Seguridad Social, quien la presidirá. En caso de empate, el presidente tendrá la facultad de dirimir respecto de la invalidez. En estos reclamos, integrará la Comisión Médica Central, sólo con derecho a voz, un abogado designado por la antedicha Superintendencia, quien informará de acuerdo con los antecedentes del caso. Además, los organismos administradores de la Ley Nº16.744 y las empresas con administración delegada a que estuviere afecto el afiliado podrán designar un médico cirujano para que asista como observador a las sesiones respectivas, por lo que la Comisión Médica Central deberá efectuar las citaciones correspondientes. En estos casos, para resolver acerca del origen de la invalidez, la Comisión Médica Central deberá solicitar antecedentes e informes a los respectivos organismos administradores,

los que deberán remitirlos dentro del plazo de 10 días.

Una vez resuelta la reclamación, el dictamen deberá ser notificado al trabajador, a la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) respectiva, a la Compañía de Seguros pertinente y a la entidad a la que, de acuerdo con la Ley Nº16.744, aquél se encontrare afiliado.

Dentro del plazo de quince días corridos, contados desde la notificación del dictamen de la Comisión Médica Central Ampliada, el trabajador, la AFP a que se encuentre afiliado el interesado, la Compañía de Seguros respectiva y el correspondiente organismo administrador (Instituto de Seguridad Laboral, mutualidad de empleadores, empresa con administración delegada de la Ley N°16.744), podrán reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social, a fin de que se pronuncie en definitiva, acerca de si la invalidez es de origen profesional.

Si se resuelve que la invalidez es de origen profesional, los antecedentes del caso deberán ser remitidos a la respectiva COMPIN o a la mutualidad de empleadores de la Ley Nº16.744 que corresponda para que, dentro de la esfera de sus competencias, conforme al artículo 58 de la Ley Nº16.744, asignen al inválido el grado de pérdida de capacidad de ganancia que corresponda, ciñéndose para dicho efecto a lo dispuesto en el artículo 4° del D.S. Nº109, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. En contra de lo resuelto por esas entidades, se podrá reclamar y/o apelar ante la COMERE y la Superintendencia de Seguridad Social, conforme al artículo 77 de la Ley N°16.744.

I. Anexos

Anexo N°32: Informe Neurológico

Anexo N°33: Informe Traumatológico

Anexo N°34: Informe de Salud Mental