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

TÍTULO I. Generalidades

A. Alcance de las instrucciones impartidas

Las instrucciones contenidas en el presente libro serán aplicables a todos los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, entendiendo como tales, las tres mutualidades de empleadores, el Instituto de Seguridad Laboral y las empresas con administración delegada.

En el caso del Instituto de Seguridad Laboral, en que las prestaciones médicas las entrega necesariamente un tercero en convenio, no serán aplicables aquellas instrucciones específicas sobre aspectos prácticos de la atención médica, sin perjuicio que dicho Instituto pueda exigir el cumplimiento de las mismas a sus prestadores en convenio.

B. Prestaciones médicas de la Ley N°16.744

1. Definición de prestaciones médicas

Las prestaciones médicas corresponden a la ejecución de acciones de salud que persiguen como resultado final confirmar un diagnóstico, efectuar un tratamiento y realizar el seguimiento de un determinado problema de salud.

El artículo 29 de la Ley N°16.744, establece que la víctima de un accidente del trabajo o enfermedad profesional tendrá derecho al otorgamiento de todas las prestaciones médicas que se requieran hasta su curación completa, o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por la enfermedad o el accidente. Dichas prestaciones serán otorgadas por el organismo administrador que hubiere calificado el origen laboral del accidente o enfermedad, incluso en aquellos casos en que la entidad empleadora cambie de organismo administrador o bien cuando el trabajador cambie de entidad empleadora y esta última se encuentre adherida o afiliada a otro organismo administrador.

Respecto de esta materia, cabe precisar que las prestaciones médicas que cubre el Seguro contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, comprenden además de las actividades propiamente asistenciales (atención médica, quirúrgica y dental, hospitalización, medicamentos, prótesis y aparatos ortopédicos y rehabilitación), la reeducación profesional, los gastos de traslado y cualquier otro que sea necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

2. Derecho a las prestaciones médicas de los trabajadores independientes

Para tener derecho a las prestaciones médicas y económicas del Seguro de la Ley N°16.744, los trabajadores independientes, tanto obligados como voluntarios, deben cumplir los requisitos señalados en la Letra E, Título II, del Libro VI.

Es obligación de los organismos administradores, verificar el cumplimiento de dichos requisitos, conforme a las instrucciones contenidas en la Letra A, Título I, Libro III.

3. Pertinencia de las prestaciones médicas en el contexto de la calificación del origen del accidente o enfermedad

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

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

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

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

4. Otorgamiento de las prestaciones médicas

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

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

Cuando un trabajador sea víctima de un accidente laboral traumático, el organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, deberá proveerle un tratamiento integral en relación a su accidente que incluya, cuando sea necesario, las atenciones de salud mental y de rehabilitación, tanto psíquica como física que requiera.

En los casos de accidentes graves que requieran hospitalización, tales como, amputaciones, traumatismo ocular grave, politraumatizado, gran quemado y lesiones traumáticas de cara con potencialidad de secuela estética, deberán ser objeto de evaluación de salud mental dentro de los 3 primeros meses de ocurrido el respectivo accidente. El objetivo de la evaluación será determinar y proporcionar el tratamiento de salud mental en caso que corresponda, de manera oportuna, adecuada y suficiente para la recuperación integral de la salud del trabajador o trabajadora.

En los casos de accidentes por violencia laboral con lesiones que hayan afectado tanto la salud física como psíquica del trabajador, se le deberá otorgar las prestaciones que correspondan por parte del equipo clínico de salud mental del respectivo organismo administrador.

En el caso de accidentes con diagnóstico de traumatismo encefalocraneano moderado a severo se deberá practicar a lo menos dos evaluaciones neuropsicológicas a los 6 y 12 meses a contar de la fecha de ocurrido el accidente, las que incluirán pruebas específicas para las funciones de atención, concentración, memoria y funciones ejecutivas, realizando las correspondientes acciones de rehabilitación de acuerdo con los resultados de dichas evaluaciones. El equipo médico y psicológico podrá considerar un mayor número de evaluaciones de acuerdo a la evolución del paciente.

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

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

5. Programa de seguimiento de trabajadores/as con enfermedades profesionales de carácter crónico

Los organismos administradores y administradores delegados deberán realizar el seguimiento de los trabajadores/as y el ex-trabajadores/as con enfermedades profesionales de carácter crónico.

Para estos efectos, se entenderá como "enfermedad profesional de carácter crónico", aquella causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o del trabajo que realiza una persona, que provoca consecuencias para la salud a largo plazo, puede agravarse y requiere de tratamiento y/o cuidados permanentes.

Una vez calificada una enfermedad como de origen profesional, el organismo administrador o administrador delegado según corresponda, deberá ingresar al trabajador/a a un programa de seguimiento de enfermedad profesional de carácter crónico, elaborado según el agente causante de la enfermedad, y otorgar las prestaciones que correspondan. Este programa deberá diseñarse considerando una atención de salud integral y abordar al menos los siguientes aspectos:

a) Elementos generales

   i) Establecer la periodicidad del control de salud, considerando lo siguiente:

      - El estado clínico y funcional de los trabajadores/as, para identificar complicaciones o cambios en la evolución de la enfermedad, que ameriten una modificación de las prestaciones médicas y/o de las prestaciones económicas a que tenga derecho el trabajador/a.

- La periodicidad que el artículo 76 bis del D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, establece para la revisión de las incapacidades permanentes.

ii) Especificar el tratamiento de salud integral para cada etapa de desarrollo de la enfermedad, de acuerdo con lo señalado en la siguiente letra c);

iii) Asegurar el envío oportuno de los antecedentes a la COMPIN para la evaluación y para la revisión de la incapacidad permanente cuando producto de los controles periódicos se constate una agravación o mejoría de esa incapacidad que deba ser evaluada.

Para efectos de la revisión de la incapacidad, se deberá derivar al trabajador/a a la COMPIN correspondiente, en un plazo no superior a 15 días, contado desde el término del control médico.

b) Registro y actualización de medios de contacto del trabajador/a

Los organismos administradores deberán solicitar al trabajador en cada control de salud, la confirmación de sus datos de contacto (correo electrónico, teléfono y dirección) con la finalidad de mantenerlos actualizados y de procurar que tome así conocimiento efectivo y oportuno de las citaciones que se le cursen.

En caso que un enfermo/a no asista a la evaluación y/o no se logre contactar a través de los medios registrados, los organismos administradores, sin perjuicio de efectuar otras acciones destinadas a comunicarse con el trabajador/a, deberán en el caso de pensionados del Seguro de la Ley N°16.744, incluir un recuadro destacado en la liquidación de pago mensual de la pensión, en el que se indique que debe actualizar los medios de contacto. Lo anterior, durante 6 meses corridos, a menos que se logre tomar contacto con el enfermo/a antes de que transcurra ese periodo.

El organismo administrador o administrador delegado deberá mantener un registro de la inasistencia de los trabajadores/as a 2 controles de salud continuos, sin justificación o en los casos en que no haya sido posible contactar al trabajador/a. El registro deberá contener a lo menos la siguiente información: los nombres, apellidos y RUT del trabajador/a; RUT y razón social de la entidad empleadora en la que se contrajo la enfermedad; los medios de comunicación informados o consentidos por el trabajador/a para ser contactado/a, y el motivo de la inasistencia (sin justificación o imposibilidad de contactar al trabajador/a). Este registro se deberá mantener a disposición en caso de ser requerido por la Superintendencia de Seguridad Social.

c) Del tratamiento y atención de salud

El programa deberá contemplar una asistencia de salud de carácter multidisciplinario, que según lo que el médico/a tratante determine, considere entre otros aspectos:

i) Educación del trabajador/a enfermo/a respecto de los factores de riesgo y protectores, de la importancia de los controles y el tratamiento, incluyendo al grupo familiar o al cuidador/a o tutor/a del trabajador/a;

ii) Asistencia nutricional para el trabajador/a enfermo/a, según la patología en control, para mantener o mejorar el estado nutricional;

iii) Entrenamiento fisioterapéutico general, o específico para mantener o mejorar el funcionamiento articular y muscular del trabajador/a u otras;

iv) Apoyo psicológico en las diferentes etapas de la enfermedad, según corresponda;

v) Evaluación por un profesional trabajador/a social, considerando las necesidades asociadas al otorgamiento de las prestaciones médicas en el domicilio, en los casos que corresponda, y

vi) Reintegro laboral y reeducación profesional, según corresponda, de acuerdo a lo establecido en la Letra F. Reeducación profesional, Título II del presente Libro V.

d) Registro de la información en la ficha clínica

El organismo administrador y administrador delegado deberá consignar en la ficha clínica de cada trabajador/a, la siguiente información:

i) Las evaluaciones de salud, precisando la evolución de la enfermedad, los exámenes de laboratorio e imagenología y sus resultados, los tratamientos e indicaciones prescritas por los diferentes profesionales de la salud;

ii) Datos de contacto del trabajador/a y los medios autorizados para las notificaciones, de acuerdo a lo señalado en la letra b) anterior;

iii) El registro de la adaptación del puesto de trabajo o el cambio de éste y de la exposición a otros agentes de riesgo, según corresponda, cuando se haya reintegrado a trabajar en la misma entidad empleadora. En el caso que el trabajador se desempeñe en otra entidad empleadora o como trabajador/a independiente, se deberá mantener registro de la actividad específica que realiza;

iv) El proceso de reintegro laboral y de reeducación profesional, según corresponda, y

v) Registrar la fecha de la inasistencia a control de salud, rechazo al tratamiento, imposibilidad de contactar al trabajador/a, entre otros.

e) Registro de información en el SISESAT

Consideraciones en el registro de información en el SISESAT, en el marco del seguimiento de los trabajadores/as con enfermedades profesionales de carácter crónico de origen laboral:

i) Atendido que existe un código único (CUN) para el registro de los documentos asociados a la enfermedad profesional, todos los diagnósticos posteriores asociados a dicha enfermedad, deberán ser consignados en una nueva Resolución de Calificación (RECA), con el mismo CUN, que incluya los diagnósticos previos, la que deberá ser remitida al SISESAT. Esta nueva RECA deberá mantener la fecha de emisión de la anterior y no deberá ser notificada al trabajador ni al empleador, puesto que no corresponde a un cambio en la calificación;

ii) Cada vez que se realice una revisión o reevaluación de la incapacidad permanente, el organismo administrador deberá remitir al SISESAT el correspondiente documento electrónico de la Resolución de Incapacidad Permanente (REIP), en el mismo CUN generado con la denuncia de la enfermedad;

iii) En caso de fallecimiento de un trabajador/a portador/a de una enfermedad profesional, en el documento electrónico de Alta Médica (ALME) se deberá registrar "alta médica por fallecimiento". Si la causa del fallecimiento es la enfermedad profesional, en este documento, se deberá registrar dicho diagnóstico en la zona "diagnóstico y código asociado (CIE-10)". Ejemplo: Si el fallecimiento es por silicosis, el diagnóstico de alta médica deberá indicar "silicosis y sus complicaciones" y el código CIE-10 correspondiente.

f) Indicadores de seguimiento

Considerando la importancia de la calidad y oportunidad en el otorgamiento de las prestaciones médicas y económicas, según corresponda, y su evaluación para la mejora continua, los organismos administradores y administradores delegados deberán definir y determinar indicadores, tanto de calidad de las prestaciones otorgadas en el marco del programa, así como de morbimortalidad asociada a la enfermedad profesional sujeta a programa.

g) Aspectos administrativos

Se deberá elaborar un documento con la descripción de cada uno de los programas de seguimiento, el que debe contener, a lo menos, el nombre del programa considerando el agente de riesgo, la fecha de elaboración y de actualización, la identificación del área o departamento responsable de la implementación del programa, un índice con los distintos contenidos y los anexos que se estimen pertinentes.

Los organismos administradores y administradores delegados deberán remitir a la Superintendencia de Seguridad Social, al correo electrónico evast@suseso.cl, dentro de los primeros 15 días del mes de julio, a contar del año 2023, un archivo Excel denominado "Información de trabajadores con silicosis y asbestosis, número 5, del Título I, del Libro V", con los siguientes campos de información: Nombres y apellidos del trabajador/a, RUT del trabajador/a, RUT y razón social de la entidad empleadora, diagnósticos, código CIE-10 del o de los diagnósticos, porcentaje de incapacidad permanente determinado por la COMPIN, fecha de la resolución de incapacidad permanente (dd/mm/aaaa), estado actual (vivo/fallecido).

6. Otorgamiento de servicios o prestaciones médicas a terceros, conforme al artículo 29 del D.L. N°1.819

Los trabajadores que soliciten atención médica como pacientes privados deberán ser advertidos al momento de agendar, por cualquier medio, su hora de atención que, si surge y se confirma una sospecha sobre el origen laboral de su dolencia, se iniciará un proceso de calificación de origen o serán derivados para tal efecto al organismo administrador al que se encuentra adherida o afiliada su entidad empleadora o bien a esta última, si ejerce la administración delegada del Seguro de la Ley N°16.744.

Si el profesional de la salud que brinda atención al trabajador no es médico y le surgen dudas sobre el posible origen laboral de su afección, deberá informarle por escrito que será derivado a un médico de la mutualidad para la eventual confirmación de esa sospecha y que, a partir de entonces, se suspenderá su atención como paciente privado. El trabajador podrá suscribir ese documento, en señal de haber tomado conocimiento de la derivación y si no lo hace, se deberá dejar constancia de ello. Además, se deberá informar al trabajador el día, hora y lugar en que será atendido por ese médico, haciéndole presente que dicha atención no tendrá costo para él.

En cambio, si el profesional que le brinda atención es un médico, podrá por sí mismo confirmar esa sospecha, tan pronto le surja la duda sobre el posible origen laboral de la afección.

Efectuada la confirmación de la sospecha, se deberá notificar al trabajador personalmente, por carta certificada o por correo electrónico, que se generará la respectiva denuncia y dará inicio al proceso de calificación del origen común o laboral de su afección o bien, que esa denuncia será remitida al organismo administrador o empresa con administración delegada que corresponda, al que deberá acudir para la realización de ese proceso.

Sólo se podrá continuar atendiendo al trabajador como paciente privado, si el médico no confirma la sospecha o cuando habiéndola confirmado, en el proceso de calificación posterior se determine que es de etiología común.

La extensión de la atención médica a los pacientes privados - conforme a lo establecido en el artículo 29 del D.L. N°1.819, de 1977, y en su reglamento, el Decreto N°33, de 1978, del Ministerio de Hacienda - en los hospitales u otros establecimientos asistenciales de salud dependientes de las mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744, deberá orientarse preferentemente hacia los trabajadores de sus empresas adherentes y las personas que le causen asignación familiar. Esta atención sólo se podrá realizar cuando la capacidad del establecimiento permita cubrir estos nuevos servicios sin alterar ni menoscabar en forma alguna el cabal cumplimiento de las funciones y obligaciones que las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias les imponen.

Con todo, a fin de evaluar los riesgos que eventualmente podrían afectar a las mutualidades de empleadores que otorguen prestaciones médicas a terceros, o que pretendan aumentar los recintos hospitalarios o centros de salud en que actualmente están autorizados por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social para otorgar dichas prestaciones, especialmente en lo relacionado con lo que dispone el inciso segundo del artículo 6° del citado Decreto N° 33, esto es, "Dicho valor sólo considerará la reposición o reembolso del gasto y no involucrará utilidad."; que se constate que no se está generando capacidad ociosa anticipada; que no exista menoscabo o desmedro en las prestaciones médicas otorgadas a los pacientes "ley"; y, adicionalmente, que les permita gestionar los eventuales riesgos reputacionales, deberán establecer las medidas pertinentes para prevenir, evitar o mitigar los efectos de la implementación de la ampliación de atenciones médicas a pacientes privados.

En este orden de ideas, esta Superintendencia expone a continuación cinco temas que, a lo menos, las mutualidades deberán contemplar y monitorear con el objeto de mantener las autorizaciones con que cuentan de parte del Ministerio del Trabajo y Previsión Social para el otorgamiento de las referidas prestaciones. Los temas son los siguientes:

a) Conflictos de interés

   En virtud de la factibilidad que se presenten cuestionamientos a las calificaciones de origen común efectuadas por las mutualidades, relacionados con trabajadores a quienes, con posterioridad a dicha calificación, continúen atendiendo como pacientes del sistema de salud común, se advierten dos focos de conflictos de interés que deben ser abordados por esos organismos. El primero, dice relación con las eventuales críticas que las mutualidades pudieran recibir por efectuar calificaciones de forma subjetiva. El segundo foco, se relaciona con que las mutualidades, producto de las supuestas calificaciones subjetivas o erróneas, queden en ventaja para hacerse cargo de la prestación médica frente a otros posibles prestadores.

   Por tanto, resulta pertinente que las mutualidades comuniquen, a través de todos sus canales de reserva de horas de atención, en sus sitios web y, en definitiva, en todos sus establecimientos de atención que, como las mutualidades forman parte del conjunto de las instituciones que administran el Seguro de la Ley N°16.744, cualquier colaborador de una mutualidad y, en cualquiera de sus sedes o recintos hospitalarios, ante la sospecha o toma de conocimiento de que el origen de la patología por la que acude el paciente, tiene presuntamente un origen profesional, deberá efectuar la denuncia correspondiente directamente o previa coordinación y confirmación de un profesional de la salud, ante sí o ante otro organismo administrador, de ser procedente.

b) Cumplimiento de prohibición de generar utilidades

   Según dispone el artículo 6° del D.S. N° 33, ya citado, el valor de las prestaciones que otorguen los establecimientos hospitalarios de las mutualidades de empleadores de la Ley N°16.744, en conformidad a dicho reglamento, será pagado por el beneficiario, sin perjuicio de lo que se establezcan los convenios de salud de éste. Dicho valor, sólo considerará la reposición o reembolso del gasto y no involucrará utilidad.

   Con el objeto de dar una solución real a la aprehensión antes señalada, garantizando el cabal cumplimiento del artículo citado, en orden a que la eventual extensión que se les ha concedido o se les conceda en el futuro, no permitirá que se generen utilidades. De igual forma, deberán generar alternativas de solución que incluya procesos de registros contables como también administrativos y operacionales, que permitan dar cuenta de los reales costos incurridos en el otorgamiento de las prestaciones médicas a terceros.

c) Exposición a eventuales riesgos reputacionales

   El otorgamiento de atenciones de salud a pacientes privados, supone el uso de la capacidad instalada de las mutualidades, lo cual podría ser interpretado como una especie de "subsidio" del Seguro de la Ley N°16.744 para el otorgamiento de prestaciones de salud común, circunstancia que podría derivar en potenciales denuncias por competencia desleal o discriminación con sus competidores de la salud privada, ya que eventualmente ofrecerían prestaciones a precios inferiores por los demás competidores de la industria.

d) Capacidad ociosa

   Se estima relevante evaluar un aspecto que dice relación con que las prestaciones médicas que se otorguen a pacientes privados, sean otorgadas como lo señala el inciso segundo del artículo 2° del citado D.S. N°33, esto es "con los recursos e instalaciones disponibles", con los que cuentan las mutualidades de empleadores. En efecto, no resulta plausible generar, de manera anticipada e inorgánica, capacidad ociosa, de modo que cualquier iniciativa que se plantee en tal sentido, debe estar justificada en función de la demanda esperada de largo plazo de pacientes cubiertos por la Ley

N°16.744, ya sea para atenciones de tipo ambulatoria u hospitalaria.

e) Eventual menoscabo o desmedro en las prestaciones médicas otorgadas a pacientes "ley"

Conforme dispone el artículo 29 del D.L. N°1.819, las mutualidades de empleadores pueden ser autorizadas para extender la atención médica que presten en sus establecimientos, sólo cuando estén en condiciones para ello, sin que esto implique un desmedro de las obligaciones y funciones que les encomienden o impongan la legislación que les es aplicable, sus reglamentos o estatutos.

Por tanto, un aspecto que resulta esencial a verificar y controlar, en el ejercicio de la extensión de la atención médica a pacientes privados que se les ha autorizado, es que no se altere en forma alguna el cumplimiento de las funciones y obligaciones impuestas a las mutualidades como organismos administradores del seguro.

Lo anterior, implica que en todo momento las mutualidades, como consecuencia de la autorización con que cuentan y que les ha permitido implementar el otorgamiento de prestaciones médicas a pacientes privados, no puede afectar en modo alguno la oportunidad y calidad de las prestaciones médicas que otorga a los trabajadores cubiertos por el Seguro de la Ley N°16.744.

7. Indicadores de seguimiento de los eventuales efectos del otorgamiento de las prestaciones médicas a terceros, conforme al artículo 29 del D.L. N°1.819

Con el objeto de contar con información transparente y continua en el tiempo, es fundamental que las mutualidades de empleadores realicen un seguimiento de distintos indicadores que permitan prevenir, mitigar y mantener bajo control, en caso de que se produzcan, los riesgos o aprehensiones que pudiesen tener y/o manifestar sectores de interés, por la participación de las mutualidades en el otorgamiento de prestaciones médicas por siniestros o afecciones de origen no laboral.

En tal sentido, las mutualidades con el objeto de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 29 del D.L. N°1.819 y su reglamento, esto es, no generar utilidad ni capacidad ociosa anticipada, no afectar la atención de los pacientes ley, deberán gestionar y monitorear, indicadores representativos de cada uno de los temas establecidos en el número 6. Otorgamiento de servicios o prestaciones médicas a terceros, conforme al artículo 29 del D.L. N°1.819, Letra B, Título I, del presente Libro V.

Para esos efectos, en el Anexo N°3: "Indicadores mínimos para monitoreo de prestaciones médicas a terceros vinculadas a autorización por D.L. N°1.819", de la Letra G, Título I del Libro V, se presenta un set mínimo de indicadores de monitoreo, los cuales la mutualidad deberá analizarlos, complementarlos e incluirlos, en su seguimiento periódico.

Con todo, las mutualidades deberán enviar a la Superintendencia de Seguridad Social un Informe Anual sobre la gestión y los indicadores de seguimiento relativos a las condiciones.

interpuestas por el D.L. N°1.819, de 1977, para el otorgamiento de prestaciones de salud no laboral, en los centros de salud autorizados. Dicho informe debe contener, al menos, los siguientes elementos:

a) Identificación de la autorización y centros de atención de salud vinculados;

b) Indicadores, relativos a los temas expuestos en el número 6. anterior, tales como los indicados en el Anexo N°3: "Indicadores mínimos para monitoreo de prestaciones médicas a terceros vinculadas a autorización por D.L. N°1.819." Letra G, Título I del Libro V, y otros que la entidad considere que se ajustan a la realidad de sus operaciones;

c) Información financiera contenida en la NOTA 44 ESTADO DE RESULTADOS DE LAS VENTAS DE SERVICIOS MÉDICOS A TERCEROS, y

d) Declaración que la entidad realice en el sentido de cumplir o no, las condiciones asociadas a mantener la autorización otorgada relacionada al D.L. N°1.819, de 1977.

C. Indicadores de calidad y acreditación de centros asistenciales

1. Indicadores de calidad de la atención de salud al trabajador

Los organismos administradores deberán establecer por escrito los indicadores de calidad que utilizarán para el adecuado control del otorgamiento de las prestaciones médicas, para cada uno de los niveles de complejidad de sus centros asistenciales, es decir, desagregados de acuerdo a las siguientes categorías: centros hospitalarios, incluidas las clínicas regionales, centros de atención ambulatoria y otras subcategorías que estimen pertinentes.

Los indicadores de calidad definidos, y que deben ser reportados al Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS), son los siguientes:

a) Tasa de reclamos por prestaciones médicas (hospitalaria, de urgencia y ambulatoria);

b) Tasa de reclamos por tiempo de espera;

c) Postergación de cirugías;

d) Reingreso de casos con alta inmediata, y

e) Tiempo de espera en primera atención.

Los resultados de estos indicadores deben ser analizados y si hubiere brechas que abordar, el organismo administrador deberá elaborar un plan de mejoras, con la designación de responsables y el plazo para su ejecución.

El resultado de los indicadores, así como el informe de brechas y el plan antes señalado, deberán ser reportados a la Superintendencia de Seguridad Social, el 31 de marzo de cada año, o el día hábil siguiente, referido al año anterior. La información requerida deberá ser enviada a través del Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS), de acuerdo a lo instruido en el Título II, Libro IX.

2. Indicadores de seguimiento de casos

Los organismos administradores y administradores delegados deberán establecer indicadores que permitan realizar el seguimiento de todos los casos ingresados por enfermedad profesional y de los casos graves ingresados por accidentes del trabajo o de trayecto. Para estos efectos, se entenderá por "casos graves" aquellos en que los accidentados requieren hospitalización.

Estos indicadores deben permitir monitorizar la coordinación interdisciplinaria para el tratamiento y rehabilitación del trabajador accidentado o enfermo, según se requiera (especialidades médicas, cirugías, terapia ocupacional, salud mental, kinesiología, fonoaudiología, trabajo social, entre otros), los controles a nivel local, responsables y plazos, para vigilar que las prestaciones sean otorgadas de un modo adecuado y oportuno.

Los resultados de estos indicadores deben ser analizados anualmente y en caso de detectar brechas, el organismo administrador o administrador delegado deberá elaborar un plan de mejoras, con la designación de responsables y el plazo para su ejecución.

El resultado de los indicadores, el informe de brechas y el plan señalado en el párrafo anterior, deberán ser reportados a la Superintendencia de Seguridad Social, el 31 de marzo de cada año, o el día hábil siguiente, todo en referencia a la evaluación del año calendario anterior. La información requerida deberá ser enviada a través del Sistema de Gestión de Reportes e Información para la Supervisión (GRIS), de acuerdo a lo instruido en el Título II, Libro IX.

Para este efecto, los organismos administradores y administradores delegados deberán enviar a la aprobación de la Superintendencia de Seguridad Social, una propuesta conjunta de indicadores.

3. Acreditación en garantías de calidad en salud de centros asistenciales

Los organismos administradores deberán acreditar sus centros asistenciales ante la Superintendencia de Salud, en conformidad con lo establecido en la Ley N°19.966, del Ministerio de Salud, de acuerdo al plan presentado por cada uno de los organismos y aprobado por este Servicio.

Al respecto, se deberá informar anualmente a la Superintendencia de Seguridad Social, durante el mes de enero de cada año, los avances logrados en el proceso de acreditación.

Los centros de atención que por sus características propias no sean parte del plan de acreditación regulado por la Superintendencia de Salud, deberán cumplir, a lo menos, con los siguientes estándares de calidad:

a) Contar con las respectivas autorizaciones sanitarias, de acuerdo a la cartera de prestaciones de la agencia;

b) Efectuar la gestión de reclamos conforme a la normativa vigente;

c) Entregar información médica al paciente;

d) Contar con el mural establecido en el Título III del Libro VII;

e) Contar con la carta de derechos y deberes de los pacientes establecida en el artículo 8° de la Ley N°20.584;

f) Poseer un procedimiento para enfrentar emergencias;

g) Contar con un sistema de derivación de aquellas urgencias que excedan su capacidad de resolución;

h) Cumplir con los requisitos de certificación de títulos de sus profesionales y técnicos;

i) Contar con una ficha clínica única para cada paciente, de acuerdo a lo dispuesto en la Letra D del presente Título I, y

j) Efectuar mantención preventiva de sus equipos críticos.

D. Ficha clínica única

1. Contenido de la ficha clínica única

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

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

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

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

Además de la información consignada en el citado Reglamento, el registro en la ficha clínica de una primera atención por denuncia de accidente o de sospecha de enfermedad profesional, deberá incluir los contenidos indicados en el Anexo N°1"Contenidos básicos de la ficha clínica única en la primera atención" de la Letra G, Título I del Libro V, debiendo consignar en el caso de los accidentes, una descripción exhaustiva de las circunstancias en que ocurrió, además del mecanismo lesional y de las lesiones físicas y/o psíquicas que provocó. A su vez, en caso de sospecha de enfermedad profesional, deberán registrarse sus síntomas y características, la presencia o no de un mecanismo lesional traumático agudo al cual atribuir dichos síntomas y la eventual exposición a factores de riesgo, entre otros elementos de relevancia.

En el caso de las atenciones que son parte del proceso de calificación de enfermedad profesional, dicho registro deberá cumplir lo señalado en el Título III del Libro III.

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

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

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

a) El titular de la ficha clínica, a su representante legal o, en caso de fallecimiento del titular, a sus herederos.

b) Un tercero debidamente autorizado por el titular, mediante poder simple otorgado ante notario. Los gastos notariales no pueden ser asumidos con cargo al Seguro de la Ley N°16.744.

c) Los tribunales de justicia, siempre que la información contenida en la ficha clínica se relacione con las causas que estuvieren conociendo.

d) Los fiscales del Ministerio Público y a los abogados defensores, previa autorización del juez competente, cuando la información se vincule directamente con las investigaciones o defensas que tengan a su cargo.

Los organismos administradores y los administradores delegados deberán cautelar la información relativa al diagnóstico o condición de salud del trabajador, así como su tratamiento médico, atendido el carácter sensible y confidencial de esos antecedentes, encontrándose prohibido su conocimiento y acceso a la entidad empleadora.

Tratándose de las empresas con administración delegada, la información señalada en el párrafo anterior, sólo podrá ser conocida por el área o las áreas que participan en la administración del Seguro de la Ley N°16.744, sin que proceda otorgar acceso a las demás áreas de la entidad empleadora, debiendo establecerse controles eficientes que garanticen dicha limitación, los que deberán ser auditados periódicamente por la empresa con administración delegada.

3. Acceso de la Superintendencia de Seguridad Social a la ficha clínica e información médica

De acuerdo con lo señalado en el artículo 35 de la Ley N°16.395, la Superintendencia de Seguridad Social puede requerir a los organismos fiscalizados que le proporcionen la información y/o antecedentes necesarios para el desarrollo de sus funciones dentro del ámbito de su competencia, ya sea por documentos en papel o a través de medios electrónicos, como asimismo que se le otorgue acceso a los sistemas de información que posean esas instituciones.

En consecuencia, los organismos administradores y administradores delegados deberán establecer los mecanismos

necesarios, a fin de garantizar el acceso de la Superintendencia de Seguridad Social, ya sea en forma presencial o remota, a todos los registros clínicos y exámenes complementarios de los trabajadores atendidos por ellos.

4. Acceso de los organismos administradores a la información de sus prestadores en convenio

Tratándose de los prestadores en convenio, el organismo administrador debe incluir en el contrato respectivo, una cláusula que le otorgue el acceso a la información clínica de los pacientes atendidos en virtud del respectivo convenio, y que garantice la digitalización y envío de la epicrisis y de todos aquellos antecedentes necesarios para la calificación del origen de los accidentes o enfermedades, de acuerdo a la normativa vigente, a fin de incorporar esta información en la ficha clínica única del trabajador.

Asimismo, se deberán contemplar las coordinaciones necesarias para que, en caso que la Superintendencia de Seguridad Social requiera la ficha clínica, se cuente con ella en los plazos fijados por esa entidad.

Lo anterior, también es válido para el Instituto de Seguridad Laboral, quien deberá registrar los antecedentes de sus prestadores en convenio de acuerdo con lo establecido en la presente Letra D.

E. Plan de inducción para profesionales de la salud

Los organismos administradores deberán establecer un plan de inducción de competencias mínimas del Seguro de la Ley N°16.744, que deberá ser aplicado a todos los profesionales de la salud que, al 2 de mayo de 2018, se hayan desempeñado durante menos de un año en la entidad, o que comiencen a prestar servicios para el organismo administrador a partir de esa fecha. El plazo para efectuar la referida inducción será de tres meses, contados desde la fecha antes indicada o desde la contratación del respectivo profesional, según corresponda.

El plan de inducción deberá abordar, como mínimo, los siguientes aspectos:

a) Definición y características del Seguro de la Ley N°16.744, incluyendo los requisitos para ser beneficiarios, conocimientos de las prestaciones médicas y económicas que otorga, el procedimiento de aplicación del artículo 77 bis de la citada ley, denuncia de enfermedades y accidentes (DIEP y DIAT) y las instrucciones en estas materias.

b) Calificación del origen de los accidentes del trabajo, de trayecto y enfermedades profesionales.

c) Conocimiento de las instrucciones impartidas en el presente libro para el registro en las fichas clínicas.

d) Competencias de la Superintendencia de Seguridad Social y principales instrucciones emitidas por esa Entidad.

En caso de cambios normativos referido a los aspectos señalados precedentemente, estos deberán ser difundidos entre los profesionales de la salud de los centros asistenciales.

F. Programa de intervención temprana

1. Definición

Los organismos administradores deberán contar con programas de intervención temprana, cuyo objetivo será otorgar la primera respuesta para evaluar y mitigar el impacto emocional y cognitivo de un incidente cuya consecuencia es exclusivamente de carácter psíquico. Lo anterior, sin perjuicio, de contribuir a su prevención.

Se entenderá por programa de intervención temprana a aquel diseñado y ejecutado por un equipo profesional especializado en psicología del trauma y emergencias, que deberá desarrolla acciones reactivas y preventivas preferencialmente en terreno, ante situaciones violentas o altamente disruptivas que afecten el ámbito laboral.

2. Elementos mínimos del programa de intervención temprana

El estándar mínimo de estos programas deberá contemplar, a lo menos, los siguientes elementos:

a) Tener profesionales de salud mental capacitados para intervenir en situaciones disruptivas que ocurren a causa o con ocasión del trabajo;

b) Otorgar una intervención organizada y guiada, en las primeras horas de vivenciar una situación disruptiva o de alta complejidad, con el objetivo de contener el sufrimiento psíquico y facilitar la emergencia de aspectos resilientes con el empleo de recursos personales y grupales;

c) El organismo administrador deberá generar la DIAT correspondiente, cuando el respectivo trabajador requiera una intervención médica adicional, con o sin tiempo perdido, luego de las acciones psicológicas de mitigación realizadas;

d) Los organismos administradores deberán contar con indicadores de gestión y control interno del respectivo programa;

e) El programa de intervención temprana deberá contar con protocolos de capacitación en psicología del trauma y emergencias de sus equipos y contar con acciones de cuidado preventivas de la salud de sus equipos, y

f) Contar con protocolos técnicos para su aplicación, el que deberá ser revisado anualmente por el organismo administrador, considerando un enfoque de mejora continua de procesos.

3. Derivación y alta

Los organismos administradores deben contar con protocolos de derivación directa de los trabajadores afectados entre sus equipos, evitando la revictimización del paciente por evaluaciones no especializadas en un momento de hiperreactividad al trauma.

4. Programa de acciones preventivas

El organismo administrador deberá registrar toda la información necesaria para caracterizar la siniestralidad a la que están expuestos los trabajadores y trabajadoras que ingresan al programa, de acuerdo a la zona geográfica y a la actividad económica del centro de trabajo, con el objeto de ejecutar articuladamente acciones preventivas específicas y focalizadas en terreno, en conjunto con las entidades empleadoras, dirigidas a mejorar la seguridad de trabajadores y trabajadoras, incorporando criterios de equidad de género.

5. Registro electrónico de las atenciones

Los programas de intervención temprana deberán registrar sus acciones en un sistema electrónico en el cual consten las atenciones realizadas a los trabajadores y que puedan ser analizadas, sincrónicamente, en línea, por los equipos de salud mental. Asimismo, dicho registro deberá ser reportado al sistema GRIS de la Superintendencia de Seguridad Social, de acuerdo a lo instruido en el Título II del Libro IX. Sistemas de información. Informes y reportes.

6. Atención temprana en caso de acoso laboral, sexual o violencia en el trabajo

El programa de atención psicológica temprana para atender a las personas trabajadoras afectadas por estos eventos, constituirá un procedimiento especial que deberá implementar el respectivo organismo administrador o proporcionar la empresa con administración delegada.

La atención psicológica temprana bajo este procedimiento especial se otorgará a personas trabajadoras que hayan sufrido acciones de violencia y acoso ejercidas por otras personas que se desempeñen en un mismo lugar de trabajo; que hayan sufrido acoso o violencia con ocasión de la prestación de servicios, ejercida por usuarios, clientes, u otros terceros ajenos a la relación laboral. Estas prestaciones no son aplicables a enfermedades profesionales o accidentes del trabajo en tratamiento, o respecto de padecimientos de origen común, por los cuales se haya consultado con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley N°21.643, que hayan sufrido violencia y acoso ejercido por usuarios, clientes, u otras personas con los que tengan una relación comercial o de servicio en el lugar de trabajo.

Los organismos administradores deberán informar a las entidades empleadores el procedimiento para la atención oportuna de los trabajadores afectados que fueren derivados al programa de atención temprana.

Los organismos administradores y las empresas con administración delegada deberán adecuar la atención psicológica temprana para abordar estas situaciones, según se detalla en las siguientes etapas letras:

a) Recibir los antecedentes que entregue la persona afectada o el empleador, vía telemática, presencial o telefónica, según lo previamente coordinado con la entidad empleadora;

b) Registrar la atención en el archivo M01 del sistema GRIS, identificándola como Ley N°21.643 (Ley Karin), y

c) Otorgar la atención psicológica temprana, la que será realizada por profesionales psicólogos y psicólogas, especialmente capacitados en la atención del trauma, de manera similar a lo especificado en el número 2. Elementos mínimos del programa de intervención temprana, de la presente Letra F, Título I de este Libro V.

   La atención psicológica temprana tendrá como objetivo otorgar contención emocional y acompañamiento terapéutico inicial, y contemplará lo siguiente:

i) Verificar la existencia de un episodio de alto impacto emocional, realizar una primera evaluación de los síntomas y de los hechos denunciados;

ii) Si existe un incidente de alto impacto emocional se deberá evaluar la pertinencia de atención adicional, luego de la atención psicológica temprana. La atención adicional deberá ser realizada por una dupla de profesionales de la salud mental constituida por un/a profesional médico/a que cumpla los requisitos establecidos en la letra a) Evaluación médica, número 1.Evaluación clínica por sospecha de enfermedad mental de origen laboral del Capítulo II, Letra C, Título III del Libro III. "Denuncia, calificación y evaluación de incapacidades permanentes", y un/a profesional psicóloga/o, como equipo articulado de trabajo.

Si el equipo de atención temprana evalúa que el incidente en términos clínicos no requiere ser abordado como aquellos de alto impacto emocional, pero requiere igualmente apoyo terapéutico, deberá derivar a la persona afectada a los equipos de atención y calificación habituales.

Por otra parte, si la persona trabajadora solicita la atención en el programa sin haber sido derivado por el empleador, el organismo administrador o administrador delegado, según corresponda, deberá generar la DIAT o DIEP e informar a la persona trabajadora que la conducta de acoso o violencia en el trabajo debe además ser denunciada al empleador o a la inspección del trabajo respectiva, para que se adopten las demás medidas que correspondan, de conformidad a lo dispuesto en la Ley Karin;

iii) El organismo administrador deberá recepcionar y/o generar la denuncia individual de accidentes del trabajo (DIAT) o denuncia de individual de enfermedad profesional (DIEP), según corresponda, cuando deba otorgar las prestaciones del programa de atención temprana, representando una vía de ingreso al seguro de la Ley N°16.744.

Para efectos del registro, se deberá indicar si la denuncia es por Ley N°21.643. Para ello se deberá registrar en la DIAT_OA o DIEP_OA, en el campo "Origen del ingreso por Ley N°21.643" definido en el Anexo N°3: DIAT y DIEP electrónica, de la Letra H, Título I del Libro IX, cualquiera de las siete opciones de ese campo.

iv) El equipo de atención psicológica o psiquiátrica que entrega la atención médica adicional, deberá seguir el proceso de calificación del origen, establecido en la Letra C, Título III del Libro III y si en su evaluación considera que se trata de una enfermedad y no de un accidente, o viceversa, podrá reemplazar la denuncia individual inicial.

La Resolución de Calificación (RECA), deberá consignar : Accidente a causa o con ocasión del trabajo (1); enfermedad profesional (3); incidente laboral sin lesión (14); accidente a causa o con ocasión del trabajo sin incapacidad (4); enfermedad laboral sin incapacidad temporal ni permanente (5); no se detecta enfermedad (12), u otra de las opciones señaladas en la RECA, según corresponda.

El documento electrónico de la Resolución de la Calificación (RECA), en los casos (1) y (4), así como en las opciones señaladas en la RECA referidas a otro tipo de accidente o cuando sea un incidente laboral sin lesión, se deberá registrar en el campo "codigo_forma", los siguientes códigos según corresponda:

Descripción	Código
Violencia, agresión o amenaza entre colaboradores de la misma empresa (Directa)	91.30
Violencia, agresión o amenaza ejercida por personas ajenas a la empresa (Indirecta)	91.31
Agresión o acoso sexual a causa o con ocasión del trabajo	91.32

En el caso de las enfermedades (3) y (5), y en las opciones señaladas en la RECA referidas a otro tipo de enfermedad o cuando no se detecte enfermedad, se debe utilizar la "Lista europea de agentes causales de enfermedades profesionales", para registrar la información del campo "codigo_agente_enfermedad" de la RECA, considerando los siguientes códigos:

Descripción	Código
Hostilidad de la jefaturas	5000080105
Hostilidad de pares	5000080106
Hostilidad de subalternos	5000080107
Acoso sexual	5000100002
Agresión por usuarios (alumnos, pacientes, clientes)	5000100100
Agresión por terceros (delincuentes, otros externos)	5000100101
Hostilidad durante el trabajo desde personas con relación personal con el/la trabajador/a	5000100102
Ser testigo de violencia, accidente grave o muerte de una persona vinculada al trabajo	5000100103
Ser acusado/a de agresión sexual, laboral, violencia en el trabajo	5000100104

d) Con el objeto de proteger la salud mental de las personas afectadas, en los casos de incidentes del tipo de alto impacto emocional, la dupla de salud mental deberá proporcionar los antecedentes para el resto de la investigación, por ejemplo, los antecedentes y contactos de personas que declaren en la realización del estudio de puesto de trabajo, o los informes médicos y psicológicos para la calificación de origen de la enfermedad, sin que sea necesario nuevamente entrevistar a la persona afectada por otro equipo de trabajo.

El organismo administrador deberá velar por el reintegro laboral de la persona afectada, concordando la oportunidad de la misma y coordinando las medidas de mitigación que correspondan para evitar la exposición de la persona

trabajadora al riesgo que dio origen al evento, considerando el estado psicológico de la víctima, su situación laboral y en lo posible con la participación de un prevencionista de riesgos asignado al caso;

e) La persona trabajadora afectada, en caso de existir quiebre del vínculo terapéutico tendrá derecho a solicitar cambio de los profesionales que le están otorgando la atención;

f) En caso de existir incapacidad laboral por lesión psíquica, se deberá prescribir reposo laboral o licencia médica, según corresponda, por el tiempo necesario para la recuperación de la lesión, y

g) Los casos que requieren del proceso de calificación de origen del accidente o enfermedad deberán ser investigados de la forma habitual, incluyendo una evaluación de puesto de trabajo (EPT) cuando corresponda y requerirán una resolución de calificación (RECA) emitida por el comité de calificación del organismo administrador.

Finalmente, se debe considerar que, aun cuando los hechos o las conductas denunciadas por una persona trabajadora no generen síntomas visibles de daño o enfermedad, la sola presencia de la amenaza de daño ocasionado por la conducta, impone a la entidad empleadora la obligación de adoptar las medidas preventivas y de resguardo de la persona trabajadora, derivándola a los programas de atención temprana. Esta circunstancia permite advertir, adicionalmente, que el resultado de los procesos de calificación, son distintos de las investigaciones establecidas en el artículo 211-B bis del Código del Trabajo.

G. Anexos

Anexo N°1: Contenidos básicos de la ficha clínica única en la primera atención

Anexo N°3:Indicadores mínimos para monitoreo de prestaciones médicas a terceros vinculadas a autorización por D.L. N°1.819