



CIRCULAR N° 2229

SANTIAGO, 17 AGO. 2005

**IMPARTE INSTRUCCIONES A LOS ORGANISMOS
ADMINISTRADORES DE LA LEY N°16.744 Y A LAS
ENTIDADES QUE PARTICIPAN EN LA ADMINISTRACIÓN
DEL RÉGIMEN DE SALUD COMÚN PARA CALIFICACIÓN DE
PATOLOGÍAS Y APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 77 BIS DE LA
LEY N°16.744.**

En ejercicio de sus atribuciones, esta Superintendencia, ha estimado pertinente reiterar e impartir nuevas instrucciones a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud –SEREMI de Salud-, Servicios de Salud, COMPIN, Instituciones de Salud Previsional –ISAPRE-, Cajas de Compensación de Asignación Familiar –CCAF-, al Instituto de Normalización Previsional –INP-, Mutualidades de Empleadores y a las Empresas con Administración Delegada, acerca de cómo deben proceder frente al rechazo de licencias o reposos médicos fundados en el origen común o laboral de la patología en virtud de lo dispuesto en el artículo 77 bis de la Ley N° 16.744.

1. ANTECEDENTES

En virtud del artículo 77 bis de la Ley N° 16.744, si a un trabajador le es rechazada una licencia o un reposo médico por parte de las COMPIN, de las ISAPRE o de las Mutualidades de Empleadores, porque la afección invocada tiene o no un origen profesional, el afectado debe recurrir al otro organismo previsional que habría debido visar o autorizar dicha licencia o reposo, el cual estará obligado a cursarlos de inmediato y a otorgar las prestaciones médicas y/o económicas correspondientes

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

Se reitera que las entidades competentes para resolver acerca del origen de un cuadro clínico que amerite reposo y/o licencia médica son los Organismos Administradores de la Ley N° 16.744 (Mutualidades y COMPIN, estas últimas respecto de empresas afiliadas al Instituto de Normalización Previsional) o las entidades del régimen común de salud (ISAPRE, COMPIN y Unidades de Licencias Médicas respecto de trabajadores afiliados a FONASA) Por ello, no corresponde que las CCAF, COMPIN, Unidades de Licencias Médicas de los Servicios de Salud o las ISAPRE no ingresen a tramitación o devuelvan sin expresión de causa, las licencias médicas emitidas bajo la tipificación 5 ó 6, ya que el rechazo debe efectuarse formalmente y sólo por la entidad competente

La licencia médica emitida por los Organismos Administradores de la Ley N° 16 744 no podrá extenderse por un periodo superior a 30 días, considerando la periodicidad con que deben pagarse las remuneraciones y que el subsidio tiene por objeto reemplazar las rentas de actividad del accidentado o enfermo, debiendo existir continuidad de ingresos entre remuneraciones y subsidios.

2. DEL RECLAMO Y COMPETENCIA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

Cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar directamente ante esta Superintendencia por el rechazo de la licencia o reposo médico, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso, sobre la naturaleza (profesional o común) de la afección de que se trate, sin perjuicio que al trabajador deban concedérsele las prestaciones correspondientes.

En el evento que el segundo organismo concuerde con la calificación de la patología efectuada por el que ha rechazado la licencia o reposo médico, esto es, si se allana a la calificación efectuada por el primer organismo, sólo podrá reclamar ante esta Superintendencia respecto de la procedencia de las prestaciones médicas o pecuniarías o respecto del monto de los reembolsos.

Cuando el segundo organismo no concuerde con la calificación de la patología como común o laboral, podrá recurrir a esta Superintendencia, la que resolverá determinando el origen de la misma.

Lo anterior es sin perjuicio del derecho del trabajador afectado o del empleador a recurrir a la Superintendencia respecto de la naturaleza de la patología.

Esta Superintendencia dispondrá de un plazo de 30 días para resolver acerca de la calificación de la afección, término que se cuenta desde que recepciona los antecedentes que requiera sobre la situación o desde la fecha en que se hubieran practicado al paciente los exámenes que hubiere ordenado, si éstos fueran posteriores.

Por lo tanto y, atendido el objetivo de la norma legal en comento, los antecedentes y exámenes que se decreten por parte de esta Superintendencia deberán evacuarse o realizarse en el plazo que se le fije al efecto.

3. NORMAS PARA EL REEMBOLSO

a. Plazo para efectuar el reembolso:

Si se resuelve que las prestaciones han debido otorgarse con cargo a un régimen previsional distinto conforme al cual se concedieron, el organismo respectivo (SEREMI de Salud, Servicio de Salud, Instituto de Normalización Previsional, Mutualidad de Empleadores, CCAF o ISAPRE) deberá reembolsar en un plazo no superior a los 10 días el valor de aquéllas a la entidad que las proporcionó, el que se contará desde el requerimiento de ésta.

Sólo deberán reembolsarse las prestaciones médicas necesarias otorgadas hasta la calificación del origen de la patología.

En ningún caso podrá incluirse en estos reembolsos el costo de las prestaciones en que estos organismos deban incurrir con cargo al Seguro Social que el citado cuerpo legal establece, tales como estudios de puestos de trabajo, exámenes comprendidos en el artículo 71 de la Ley N°16.744, exámenes ocupacionales y gastos en prevención de riesgos profesionales.

La entidad obligada al reembolso deberá proceder al mismo, dentro del plazo de 10 días desde que fue requerida, conforme al valor que tenga la Unidad de Fomento al momento del pago efectivo; si así no lo hiciera, lo adeudado devengará, a partir del requerimiento, un interés diario equivalente al 10% anual.

b. Reajustabilidad e intereses hasta el requerimiento:

El valor de las prestaciones médicas y pecuniarias que corresponda reembolsar, se deberá expresar en Unidades de Fomento, según el valor de éstas al momento en que los beneficios se concedieron.

Además, deberá agregarse el interés corriente para operaciones reajustables contemplado en la Ley N° 18.010, el que se devenga desde que las prestaciones se otorgaron hasta la fecha en que se formula el requerimiento de reembolso.

Para estos efectos, corresponde utilizar la tasa vigente al término del otorgamiento de las prestaciones, sea que aquél cese se produzca por alta, derivación o facturación de las prestaciones.

c. Reembolso del o al trabajador:

Si las prestaciones se hubieren otorgado con cargo al régimen establecido para las enfermedades comunes y resultara que la afección es de índole profesional, el Servicio de Salud, el Fondo Nacional de Salud -FONASA- o la ISAPRE respectiva, que las proporcionó deberá devolver al trabajador la parte del reembolso correspondiente al valor de las prestaciones que éste hubiere solventado, conforme al régimen de salud previsional a que esté afiliado, con los reajustes e intereses respectivos.

Por el contrario, si la dolencia es calificada como de origen común y los beneficios se concedieron con cargo al régimen de la Ley N° 16.744, el Servicio de Salud o la ISAPRE que efectuó el reembolso deberá cobrar a su afiliado la parte del valor de las prestaciones que a éste le corresponde solventar, según el régimen de salud de que se trate, para lo cual sólo se considerará el valor de aquéllas.

d. Del valor de las prestaciones médicas:

El valor de las prestaciones médicas que se hubieren concedido, deberá ser considerado conforme al que cobra por ellas la entidad que las otorgó, al proporcionarlas a particulares.

4. SITUACIONES ESPECIALES

a. PRESENTACIÓN DE LICENCIA MÉDICA FUERA DE PLAZO POR EL TRABAJADOR

No procede que las ISAPRE, COMPIN o Unidades de Licencias Médica rechacen una licencia médica emitida por una Mutualidad, cuando ésta actúa en el ámbito de la Ley N° 16.744, por presentación fuera de plazo al empleador conforme al D.S. N°3 de 1984, del Ministerio de Salud, toda vez que en caso de ser extendida y entregada tardíamente, para el trabajador ha existido una fuerza mayor que ha impedido la presentación oportuna de dicha licencia o bien se trata de situaciones en las que no es aplicable el D.S. N°3.

b. PROCEDIMIENTO DE INGRESO A ORGANISMOS ADMINISTRADORES DE LA LEY N°16.744

Los ingresos de los pacientes Ley N°16.744 a los servicios asistenciales de una Mutualidad de Empleadores, deben ser respaldados de las correspondientes DIAT o DIEP. En el evento que no se cuente con la respectiva Denuncia escrita emanada de su empleador, el mismo trabajador afectado, o sus derecho-habientes, como igualmente el Comité Paritario de Seguridad, deberán formular una denuncia escrita, acorde a lo establecido por el artículo 76 del citado cuerpo legal.

Lo anterior, salvo que el trabajador requiera ser atendido de urgencia, situación en la que la atención médica será proporcionada de inmediato y sin que para ello sea menester de ninguna formalidad o trámite previo (artículo 75 del D.S. N°101). En este caso, el médico que trató o diagnosticó la lesión o enfermedad, deberá proceder conforme al inciso primero del artículo 74 del D.S. N°101, que prescribe al efecto: "El médico tratante estará obligado a denunciar, cuando corresponda, en los términos del artículo 72 de este reglamento, en el mismo acto en que preste atención al accidentado o enfermo profesional."

En el evento que una persona se presente en los servicios asistenciales de una Mutualidad de Empleadores sin DIAT o DIEP y se niega a firmar una denuncia, estando en condiciones de hacerlo, se le deberá advertir que su ingreso es como paciente privado afecto al D.L. N°1819 de 1977, dejando constancia escrita de tal situación.

Con todo, debe informarse a los pacientes que ingresan a los servicios asistenciales de una Mutualidad de Empleadores que en caso que se determine que el accidente y/o enfermedad que ha motivado su ingreso no esté cubierto por la Ley N°16.744, por tratarse de una dolencia de origen común, deberán solventar el valor de las prestaciones que se le otorgue, conforme a su plan de salud común. Lo anterior, en un documento escrito que debe ser firmado por el interesado en señal de haber tomado conocimiento. En el evento de que el trabajador se niegue a firmar el documento en cuestión, deberá dejarse constancia escrita de ello, lo que no obstará al otorgamiento de las prestaciones correspondientes.

Respecto de los trabajadores afiliados a FONASA, los organismos administradores del seguro de la Ley 16.744, deberán requerir los reembolsos respectivos de los distintos Servicios de Salud, sin perjuicio de la facturación posterior que éstos deban efectuar al FONASA.

Luego del otorgamiento de la primera atención que se preste al trabajador ingresado a algún servicio asistencial, éste procederá a :

- Conceder reposo acogido al seguro, emitiendo una orden en tal sentido;
- Rechazar el reposo, por considerar que se trata de una patología común, emitir un formulario de rechazo y derivación al régimen de salud común y, en caso de ameritar reposo, la correspondiente licencia médica;
- Rechazar el reposo, por tratarse de una prestación ambulatoria y la cobertura del seguro por calificar la patología como de etiología común;
- Acoger a tratamiento ambulatorio al trabajador hasta calificar el origen del cuadro clínico.

c. CARTAS DE COBRANZA. ANTECEDENTES Y PLAZO

Las entidades respectivas deberán acompañar a las cartas de cobranza que emitan un informe reservado con la especificación detallada de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico.

Asimismo, deberán adoptar las medidas que estimen pertinentes con el objeto de resguardar la privacidad de la información relacionada con las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y de servicios relacionados con la salud, acorde a lo establecido por el artículo 24 de la Ley N°19.628, que modificó el artículo 127 del Código Sanitario.

Además, deberán adjuntar un detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas y los antecedentes médicos o de otro orden, fundantes (anamnesis) de la patología respectiva, copia de DIAT y DIEP si la hubiere.

Los organismos administradores deberán enviar sus cartas de cobranza dentro del mes siguiente al de término de las prestaciones.

d. ENTREGA DE RESULTADO DE EXAMENES

De acuerdo a lo establecido por el artículo 24 de la Ley N° 19.628 que modificó el artículo 127 del Código Sanitario, las recetas médicas y análisis o exámenes de laboratorios clínicos y de servicios relacionados con la salud son reservados y que en tal carácter, sólo puede revelarse su contenido o darse copia de ellos con el consentimiento expreso del paciente otorgado por escrito

Las Mutualidades de Empleadores deberán entregar a los afectados que lo soliciten los informes y copias de los exámenes efectuados, con el objeto de evitar en lo posible inconvenientes y nuevos gastos originados por la repetición de los mismos, como también potenciales riesgos como ocurre con algunos procedimientos específicos.

Cuando otra entidad del régimen común requiera antecedentes de las Mutualidades, deberá requerir la autorización del interesado.

e. PLAZO PARA EMITIR RESOLUCIÓN

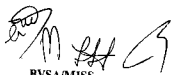
Los Organismos Administradores de la Ley N°16.744 correspondientes deberán resolver acerca del origen de un accidente o de una enfermedad dentro del plazo de 5 días hábiles contados desde que disponen de todos los antecedentes para resolver acerca del origen de la afección.

Las resoluciones emitidas por los organismos administradores deberán indicar el derecho que le asiste a los trabajadores a reclamar ante esta Superintendencia respecto de la decisión adoptada.

Se dejan sin efecto las instrucciones impartidas por la Circular N°1974 de 2002, de esta Superintendencia.

Finalmente, se instruye a ese Organismo dar la mayor difusión de las presentes instrucciones, especialmente entre los funcionarios encargados de su aplicación.

Saluda atentamente a Ud.,



BVSA/MISS

DISTRIBUCIÓN:

- MUTUALIDADES DE EMPLEADORES
- SECRETARÍAS REGIONALES MINISTERIALES DE SALUD
- FONDO NACIONAL DE SALUD
- EMPRESAS CON ADMINISTRACION DELEGADA
- SERVICIOS DE SALUD
- COMISIONES DE MEDICINA PREVENTIVA E INVALIDEZ
- CAJAS DE COMPENSACION DE ASIGNACION FAMILIAR
- INSTITUTO DE NORMALIZACION PREVISIONAL
- INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL