

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

---

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

LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENT ESTÍTULO IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis. Ley N°16.744

## TÍTULO IV. Rechazo por calificación de origen común o laboral artículo 77 bis. Ley N°16.744

### A. Antecedentes

De acuerdo con lo establecido en el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, si a un trabajador le es rechazada una licencia médica o un reposo médico por parte de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), [del Instituto de Seguridad Laboral y de sus administradores delegados](#) o de las mutualidades de empleadores, porque la afección invocada tiene o no un origen profesional, el trabajador afectado debe recurrir al otro organismo del régimen previsional a que esté afiliado, que no sea el que rechazó la licencia médica o el reposo médico, el cual estará obligado a cursarla de inmediato y a otorgar las prestaciones médicas y/o económicas correspondientes.

La finalidad de la citada norma legal es que no se dilate el otorgamiento de prestaciones médicas y subsidios por incapacidad laboral, por la calificación de la patología.

~~Las entidades competentes para resolver acerca del origen de un cuadro clínico que amerite reposo son las mutualidades de empleadores, el Instituto de Seguridad Laboral, las ISAPRE, las COMPIN y las Unidades de Licencias Médicas.~~

Referencias legales: [ley 16.744, artículo 77 bis](#)

### B. Derivación del trabajador

#### 1. Resolución del primer organismo interviniente

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

[Las resoluciones de calificación deberán indicar el derecho que le asiste a los trabajadores a reclamar, ante la Superintendencia de Seguridad Social, respecto de la decisión adoptada](#)

En especial, los organismos administradores de la Ley N°16.744, al realizar la calificación del cuadro del trabajador, deberán dar aplicación a los criterios y plazos contenidos en los Títulos II y III, de este Libro.

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

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

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

En el mismo plazo señalado en el párrafo anterior, los organismos administradores deberán notificar la calificación al organismo de salud común que corresponda, es decir, a la ISAPRE en que se encuentre afiliado el trabajador o bien, tratándose de trabajadores afiliados a FONASA, a la COMPIN o Subcompin (SEREMI de Salud) correspondiente al domicilio del empleador, adjuntando copia de la resolución de calificación del origen de accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA), del informe de calificación a que se alude en el Título II (accidente del trabajo y de trayecto) y en el Título III (enfermedades profesionales) de este Libro III, y de la o las órdenes de reposo. Las entidades de salud común deberán resguardar la confidencialidad de los datos sensibles contenidos en la información que se les remita.

La notificación deberá efectuarse a través de la oficina de partes de la entidad del sistema de salud común que corresponda. El organismo administrador deberá conservar una copia de los antecedentes notificados, que consigne el respectivo timbre con la fecha de notificación.

Alternativamente, el organismo administrador podrá acordar otro mecanismo de notificación con las entidades del sistema de salud común, siempre y cuando dicho mecanismo registre de manera fidedigna la fecha de notificación de la calificación.

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

Referencias legales: [ley 16.744, artículo 77 bis](#)

## 2. Emisión de licencias médicas de derivación por parte de los organismos administradores de la Ley N°16.744

Cuando la primera entidad interviniente es una mutualidad de empleadores o el Instituto de Seguridad Laboral, y se estima que la afección tiene un origen común y requiere reposo, deberá entregar al trabajador, junto con la mencionada resolución de calificación, la correspondiente licencia médica "de derivación", en formato papel, para ser tramitada ante su institución del régimen de salud común. Asimismo, deberá entregar al trabajador una copia del formulario contenido en el [Anexo N°27 "Derivación de Paciente \(artículo 77 bis, de la Ley N°16.744\)"](#), de este Título.

La licencia médica "de derivación" emitida por los organismos administradores de la Ley N°16.744 o por los prestadores médicos con los que mantienen convenio vigente, no podrá extenderse por un período de reposo superior a 30 días. Ello, considerando la periodicidad con que deben pagarse las remuneraciones, ya que el subsidio por incapacidad laboral o temporal tiene por objeto, precisamente, reemplazar las rentas de actividad del accidentado o enfermo, debiendo existir continuidad de ingresos entre remuneraciones y subsidios.

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

## 3. Antecedentes a entregar al trabajador por parte del respectivo organismo administrador

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

---

Con el objeto de evitar que el trabajador deba incurrir en nuevos gastos de consultas médicas y de realización de exámenes, su organismo administrador deberá hacerle entrega, a lo menos, de los siguientes antecedentes:

- a. Tratándose de accidentes, copia de los informes y exámenes clínicos practicados, y
- b. Tratándose de enfermedades calificadas como de origen común, deberá cumplirse con lo instruido en el N°7, Capítulo IV, Letra A, Título III, de este Libro.

~~En el caso de prestaciones otorgadas con motivo de accidentes o enfermedades cuyo origen se califica como común, los organismos administradores contarán con un período de implementación hasta el 31 de octubre de 2018, para dar cumplimiento a la obligación de entregar los exámenes de imagenología. Lo anterior, sin perjuicio de que dichos exámenes puedan ser requeridos por los interesados y deban ser entregados de conformidad a la legislación vigente.~~

## C. Del reclamo y competencia de la Superintendencia de Seguridad Social

Cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar directamente ante la Superintendencia de Seguridad Social por el rechazo de la licencia médica o reposo médico en razón del origen - laboral o común- del accidente o de la enfermedad, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso. Consecuentemente, el trabajador afectado, el empleador, [la respectiva entidad del régimen de salud común](#) o el organismo administrador, podrán recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social respecto del carácter del accidente o la enfermedad, con los antecedentes que posean.

Por tanto, en el evento que exista controversia sobre el origen de la patología que ha motivado el reposo fundante de la licencia médica, solamente corresponde que se reclame ante la Superintendencia de Seguridad Social.

En caso que el segundo organismo concuerde con la calificación de la patología efectuada por el que ha rechazado la licencia médica o reposo médico, esto es, si se allana a la calificación realizada por el primer organismo, podrá reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social respecto de la procedencia de las prestaciones médicas o pecuniarias o por el monto de los reembolsos.

Cuando el segundo organismo no concuerde con la calificación de la patología como común o laboral, podrá recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social, la que resolverá determinando el origen de la misma, de conformidad a lo señalado precedentemente.

[Tratándose de resoluciones emanadas de los organismos administradores, el plazo para reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social será de 90 días hábiles, contados desde la fecha de notificación de la respectiva resolución.](#)

[Si la entidad del sistema de salud común no apela a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 90 días antes señalado, se entenderá que se ha allanado al reembolso. La no apelación deberá ser certificada por la Superintendencia de Seguridad Social.](#)

[Para tal efecto, transcurrido el plazo de 90 días hábiles desde que la entidad del sistema de salud común fue notificada de la calificación del organismo administrador, este último deberá consultar a la Superintendencia de Seguridad Social si ha recibido apelación respecto de la referida Resolución. Dicha consulta podrá incluir más de un caso, debiendo precisarse para cada uno de ellos el número de la Resolución, el nombre y RUT del trabajador subsidiado y la COMPIN o SUBCOMPIN involucrada.](#)

Si la reclamación es formulada por una COMPIN, por un Servicio de Salud, por una ISAPRE, por una mutualidad, por el Instituto de Seguridad Laboral o por una empresa con administración delegada, ésta debe ser debidamente fundamentada. Al efecto, la mera reiteración de las declaraciones

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

---

entregadas por los trabajadores o de los antecedentes remitidos por el primer organismo, sin ningún análisis de los mismos, no se considerará como fundamentación suficiente.

En consecuencia, la Superintendencia de Seguridad Social rechazará de plano las reclamaciones que no argumenten debidamente los motivos que se tuvieron en consideración para no concordar con el primer organismo interviniente.

Además, la reclamación efectuada por una COMPIN, por un Servicio de Salud, por una ISAPRE deberá ser ingresada acompañando, a lo menos, los siguientes antecedentes:

- a) Copia de licencia médica emitida por Organismo Administrador, por 77 bis
- b) Informe médico, si procede
- c) Exámenes practicados, si los hubiere
- d) Informe de peritaje médico, si procede
- e) Declaración del trabajador, en la que describa las circunstancias del accidente o enfermedad.
- f) Copia de carta de cobranza, si procede

A su vez, si la reclamación es realizada por un organismo administrador, deberá adjuntar los siguientes antecedentes:

- a) Copia de licencia médica rechazada por COMPIN o ISAPRE, por 77 bis
- b) Antecedentes que correspondan, dependiendo si se trata de Accidente de Trayecto, Accidente a Causa o con Ocasión del Trabajo o Enfermedad Profesional (informe médico; exámenes practicados, si los hubiere; declaración del trabajador afectado por la dolencia de que se trata, en la que describa las circunstancias del accidente o de la enfermedad que le fue diagnosticada; entre otros).
- c) Copia de la carta de cobranza, si procede.

~~a.— Informe médico;~~

~~b.— Exámenes practicados, si los hubiere;~~

~~c.— Declaración del trabajador afectado por la dolencia de que se trata, en la que describa las circunstancias del accidente o de la enfermedad que le fue diagnosticada, y~~

~~d.— Copia de la carta de cobranza recibida, si procedea.~~

Es obligación de los organismos administradores custodiar el documento original de la licencia médica apelada.

~~Para estos efectos, los organismos deberán considerar las instrucciones contenidas en los Títulos II y III, de este Libro.~~

La Superintendencia de Seguridad Social dispondrá de un plazo de 30 días hábiles administrativos para resolver acerca de la calificación de la afección, término que se computará desde que se recepcionen los antecedentes que se requieran o desde la fecha en que se practiquen al paciente los exámenes que hubiere ordenado, si éstos son posteriores.

Por lo tanto, atendido el objetivo del artículo 77 bis, los antecedentes y exámenes que se requieran por parte de la Superintendencia de Seguridad Social, deberán evacuarse en el plazo que se le fije al efecto.

Referencias legales: [ley 16.744, artículo 77 bis](#)

## D. Normas para el reembolso en caso de aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744 y emisión de cartas de cobranza

### 1. Prestaciones a ser reembolsadas

Procederá el cobro de las prestaciones otorgadas para la determinación del origen de una presunta enfermedad profesional o accidente del trabajo y de las prestaciones médicas necesarias que se hubieren entregado hasta la fecha en que se haya procedido a la respectiva calificación.

Por ejemplo, tratándose de accidentes, los organismos administradores podrán incluir entre las prestaciones a reembolsar, aquéllas de carácter médico que haya sido necesario otorgar dentro del plazo de calificación.

En ningún caso podrá formularse el cobro del gasto en que dichos organismos deban incurrir con cargo al Seguro de la Ley N°16.744 por concepto de las siguientes prestaciones:

- a) Estudios de puestos de trabajo;
- b) Exámenes comprendidos en el artículo 71 de la Ley N°16.744;
- c) Exámenes ocupacionales;
- d) Reuniones o juntas médicas, y
- e) Actividades de prevención de riesgos profesionales.

Tratándose de los trabajadores independientes que ejerzan el derecho a efectuar cotizaciones progresivas para pensiones y para el sistema de salud común, conforme a lo establecido en el artículo segundo transitorio de la Ley N°21.133, el organismo administrador deberá cobrar a la entidad del sistema de salud común que corresponda, el 100% del valor de las prestaciones indicadas en el primer y segundo párrafo de este número 1, sin perjuicio de la facultad de dicha entidad del sistema de salud común, en orden a cobrar a su afiliado la parte del valor de las prestaciones que a éste le corresponde solventar, conforme a lo señalado en el número 3 siguiente.

Referencias legales: [ley 16.744](#), [artículo 71](#)

### 2. 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 de interés corriente vigente al término del otorgamiento de las prestaciones, sea que aquél cese se produzca por alta o derivación.

### 3. Reembolso del o al trabajador

Si las prestaciones se hubieren otorgado con cargo al régimen establecido para accidentes o enfermedades comunes y resultare que la afección es un accidente del trabajo o una enfermedad 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 el accidente o la enfermedad 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

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

---

prestaciones que a éste le corresponde solventar, según el contrato o plan de salud de que se trate, para lo cual sólo se considerará el valor que señala el numeral siguiente.

#### 4. 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.

#### 5. Cartas de cobranza de los organismos administradores de la Ley N°16.744. Antecedentes y plazos para su emisión

Las cartas de cobranza que emitan los organismos administradores en virtud de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

Dichas cartas deberán ser remitidas a los Servicios de Salud o las ISAPRE, según corresponda, con los siguientes antecedentes:

~~a) Un informe reservado con la especificación detallada de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico;~~

~~b)a) El 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, y los antecedentes que sirvieron para el cálculo del subsidio, y~~

~~e)b) Copia de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo (DIAT) o Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), según corresponda, y de las demás declaraciones del trabajador que estén en poder del Organismo.~~

No procede que se formulen cartas de cobranza sin que se acompañen los antecedentes enunciados precedentemente.

~~Los organismos administradores deberán enviar sus cartas de cobranza dentro del plazo de 60 días corridos, contado desde el término de las prestaciones.~~

Los organismos administradores deberán procurar enviar sus cartas de cobranza dentro del plazo de 60 días corridos, contado desde el término de las prestaciones o desde la fecha de notificación del oficio emitido por la Superintendencia de Seguridad Social, según corresponda.

Los organismos administradores de la Ley N°16.744 no estarán obligados a analizar las cartas de cobro que le sean remitidas por las entidades del sistema de salud común, en tanto no vengan acompañadas de los siguientes antecedentes: ~~mencionados en los numerales a) y b) precedentes.~~

- Un informe reservado con la especificación detallada de la patología en estudio o investigada y del diagnóstico.

- El detalle de las prestaciones otorgadas con la fecha de las mismas, los antecedentes médicos o de otro orden, fundantes (anamnesis) de la patología respectiva, y los antecedentes que sirvieron para el cálculo del subsidio.

Lo anterior, sin perjuicio de que la entidad informe a la institución requirente que no cursará el pago solicitado, por no haber remitido los antecedentes que sustentan el cobro realizado.

Respecto de los trabajadores afiliados a FONASA, los organismos administradores del Seguro de la Ley N°16.744, deberán requerir los reembolsos pertinentes al respectivo Servicio de Salud y a la COMPIN que corresponda al domicilio del empleador, sin perjuicio de la facturación posterior que éstos deban efectuar al FONASA. ~~Si el trabajador se encuentra afiliado a una CCAF, el reembolso de los subsidios que correspondan se deben requerir a ésta.~~

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

~~Por otra parte, los organismos administradores podrán solicitar a una Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) el reembolso de los montos pagados en subsidios y cotizaciones a trabajadores afiliados a una de dichas Cajas y a FONASA, producto de la aplicación del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, como se indica en la Circular N°2.358, de 2007, o aquélla que la reemplace. Cuando la Superintendencia de Seguridad Social acoja el reclamo interpuesto por un organismo administrador del Seguro de la Ley N°16.744, en contra de la resolución de una COMPIN que rechazó una licencia médica basado en el origen laboral del accidente o de la enfermedad, el organismo administrador, junto a la solicitud de reembolso, deberá enviar a la CCAF la licencia médica original y esta a su vez remitirla a la COMPIN para que la autorice y envíe copia de la nueva resolución a la CCAF correspondiente, para que reembolse al citado organismo administrador, el monto de los subsidios y cotizaciones que hubiere pagado.~~

~~Ahora bien, con el objetivo de que la CCAF pueda corroborar que el monto de los subsidios y cotizaciones cuyo reembolso se solicita, se encuentra debidamente calculado de acuerdo con las disposiciones establecidas en la Ley N°16.744, el organismo administrador debe acompañar a la solicitud los antecedentes (liquidaciones de remuneración, cartola de cotizaciones, contrato de trabajo u otros instruidos por la Superintendencia de Seguridad Social), que ha tenido a la vista para calcular los respectivos montos pagados.~~

~~La CCAF, una vez que reciba la solicitud de reembolso, acompañada por la copia del dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social donde se resuelve que la patología es de origen común y que corrobore, en base a los antecedentes remitidos, que el monto que se ha solicitado reembolsar es correcto, deberá efectuar el reembolso al organismo administrador, dentro de los 10 días siguientes al requerimiento. Posteriormente, cuando la CCAF rinda el monto reembolsado a través del sistema de información SISILHIA, se aceptará como documentación de respaldo, la copia del dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social, mientras la COMPIN envía a la CCAF la licencia médica autorizada.~~

En cuanto a la prescripción del derecho de los organismos administradores para solicitar a las [CCAF entidades del sistema de salud común](#) el ~~referido~~ reembolso [de las prestaciones](#), resulta necesario señalar que el artículo 77 bis de la Ley N°16.744 no establece un plazo de caducidad ni de prescripción que extinga dicho derecho, de lo que se infiere que éste puede ser requerido conforme al plazo de prescripción general de cinco años, establecido por el artículo 2515 del Código Civil. [En estos casos, dicho plazo deberá contarse desde el término de las prestaciones o desde la fecha de notificación del oficio emitido por la Superintendencia de Seguridad Social, según corresponda.](#)

[Cuando el organismo administrador actuando como segundo organismo interviniente, haya apelado ante la Superintendencia de Seguridad Social y su apelación haya sido acogida, para efectos de requerir el reembolso de las prestaciones que, por aplicación del artículo 77 bis, estuvo obligado a otorgar, deberá adjuntar a su carta de cobranza el dictamen mediante el cual la Superintendencia acogió la apelación.](#)

[Al efectuar los reembolsos por aplicación del citado artículo 77 bis, las entidades del sistema de salud común deberán tener en consideración las diferencias que existen en el cálculo del subsidio determinado según las reglas del Seguro de la Ley N°16.744 y aquel que se paga en la salud común, esto es:](#)

- [La Ley N°16.744 no contempla un periodo de carencia como el establecido en el artículo 14 del D.F.L. N°44 y, por tanto, respecto de licencias médicas de hasta 10 días, el organismo administrador pagará la totalidad del respectivo subsidio, monto que debe ser íntegramente reembolsado a éste.](#)
- [Respecto de los trabajadores dependientes, cabe señalar que la Ley N°16.744 no establece exigencias de tiempo mínimo de afiliación, ni de densidad de cotizaciones para tener](#)

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

---

derecho a subsidio y, por esta razón, dicho antecedente no debe ser tomado en consideración para efectos de determinar la procedencia del respectivo reembolso.

Tratándose de trabajadores independientes los requisitos para tener derecho a subsidio se detallan en los números 2 y 3 de la letra E, del Título II del Libro VI.

- Adicionalmente, tratándose de subsidios derivados de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, cuando en alguno de los meses considerados en la base de cálculo, las remuneraciones correspondan a un número menor de días de los pactados en el contrato de trabajo, éstas se amplificarán, con el fin de que sean representativas de las que habría obtenido el trabajador si hubiese trabajado todo el periodo pactado en el contrato. Lo anterior, salvo que en los días no trabajados el trabajador haya percibido subsidio.”.

#### 6. Reembolso de prestaciones otorgadas a trabajadores afiliados a FONASA y a una Caja de Compensación de Asignación Familiar.

Cuando los organismos administradores, actuando como segundo organismo interviniente, hayan apelado ante la –Superintendencia de Seguridad Social– y la apelación haya sido acogida, podrán solicitar a una Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) el reembolso de los subsidios y cotizaciones pagados a trabajadores afiliados a una de dichas Cajas y a FONASA.

Por su parte, la Superintendencia de Seguridad Social, cuando acoja el reclamo del organismo administrador y resuelva que la patología es de origen común, comunicará a la COMPIN mediante oficio, que debe proceder a autorizar como tipo 1 la o las licencias médicas apeladas, las que se identificarán con el número de la licencia, el nombre del trabajador y el número de días de reposo autorizados. Copia del oficio que se envíe a la COMPIN, se enviará al organismo administrador reclamante.

Una vez recibida la copia del oficio en que la Superintendencia instruye a la COMPIN que autorice la licencia médica como tipo 1 y atendido que la referida Superintendencia resuelve con competencia exclusiva y sin ulterior recurso los reclamos presentados en virtud del artículo 77 bis, el organismo administrador podrá enviar la solicitud de reembolso a la respectiva CCAF, adjuntando como respaldo a su solicitud, una copia del referido oficio y la licencia médica original, para que la CCAF la envíe a la COMPIN y esta pueda redictaminarla aprobándola como tipo 1.

Además, para efectos de que la CCAF pueda corroborar que el monto de los subsidios y cotizaciones cuyo reembolso se solicita, se encuentra debidamente calculado de acuerdo con las disposiciones establecidas en la Ley N°16.744, el organismo administrador debe acompañar a la solicitud los antecedentes que ha tenido a la vista para calcular los respectivos montos pagados por concepto de subsidios, de acuerdo a lo instruido por la Superintendencia de Seguridad Social, en el- Título II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral, del Libro VI.

La CCAF deberá tener presente que existen algunas diferencias en el cálculo del subsidio determinado según las reglas del Seguro de la Ley N°16.744 y aquel que se paga en el sistema de salud común, las que se señalan en el número 5 de esta Letra D. Considerando lo señalado,

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

las CCAF deberán reintegrar íntegramente el monto del subsidio pagado por los organismos administradores y rendirlos al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral.

La COMPIN por su parte deberá dar cumplimiento al dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social y autorizar la licencia médica como tipo 1, dejando clara constancia de que se trata de un redictamen en la zona B del formulario de licencia, precisando la fecha del redictamen y el nombre, timbre y firma del médico que autoriza. La licencia médica autorizada deberá ser enviada a la Caja de Compensación que inicialmente la gestionó.

La CCAF, una vez que reciba la solicitud de reembolso, acompañada por la copia del dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social donde se resuelve que la patología es de origen común y que corrobore, en base a los antecedentes remitidos, que el monto que se ha solicitado reembolsar es correcto, deberá efectuar el reembolso al organismo administrador, dentro de los 10 días siguientes al requerimiento. Posteriormente, cuando la CCAF rinda el monto reembolsado a través del sistema de información SISILHIA, se aceptará como documentación de respaldo, la copia del dictamen de la Superintendencia de Seguridad Social, mientras la COMPIN envía a la CCAF la licencia médica autorizada.

En cuanto a la prescripción del derecho de los organismos administradores para solicitar a las CCAF el referido reembolso, se debe tener presente el plazo señalado en el número 5 de esta Letra, el que debe contarse desde la fecha de notificación del oficio emitido por la Superintendencia de Seguridad Social.”.

Referencias legales: ley 16.744, artículo 77 bis

## 7. 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 (Servicio de Salud, ISL, COMPIN, -mutualidad, CCAF o ISAPRE) deberá reembolsar en un plazo no superior a 10 días, el valor de aquéllas a la entidad que las proporcionó, el que se contará desde el requerimiento de ésta. La entidad obligada al reembolso deberá efectuarlo conforme a lo señalado en el número 2 anterior, y considerando el valor que tenga la Unidad de Fomento al momento del pago efectivo; si no lo hiciera en el plazo indicado, lo adeudado devengará, a partir del requerimiento, un interés diario equivalente al 10% anual.

El plazo de 10 días se contará desde la fecha del requerimiento con los antecedentes de respaldo detallados en el número 5 de esta Letra. El organismo requerido no estará obligado al reembolso si no cuenta con todos los antecedentes que respaldan el cobro solicitado.

En el caso de las CCAF, el interés por pagos fuera del plazo establecido, se rendirá al Fondo para Subsidios por Incapacidad Laboral, excepto cuando no existan razones que justifiquen dicho atraso.

Referencias legales: ds 3 1984 minsal

## ~~E. Presentación de la licencia médica fuera de plazo por el trabajador~~

~~No procede que las ISAPRE, COMPIN o Unidades de Licencias Médicas rechacen una licencia médica de derivación 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,~~

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

---

~~toda vez que, en caso de ser extendida y entregada tardíamente, para el trabajador ha existido una situación de fuerza mayor que ha impedido la presentación oportuna de dicha licencia médica.~~

## F.E. Situaciones que no se encuentran reguladas por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744

### 1. Casos no regulados por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744

El estudio de la norma en análisis, ha permitido a la Superintendencia de Seguridad Social determinar que existen situaciones en las que no se presentan todos los presupuestos que permiten la aplicación del citado artículo 77 bis. Ello ocurre, entre otros, en los siguientes casos:

- a. Cuando el trabajador no ha necesitado reposo. En este caso, el organismo administrador otorgará la prestación médica correspondiente y si detecta que es de origen común, deberá derivar al paciente a su sistema de salud común con un formulario que precise que se trata de una situación no regulada por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, indicando el diagnóstico por el cual el trabajador fue atendido.
- b. Cuando se ha extendido una licencia médica meramente retroactiva, es decir, no existen días de reposo futuros a la fecha de su emisión, y
- c. Cuando ha existido re dictamen, esto es, cuando la licencia médica ha sido autorizada, reducida o rechazada por una causal distinta a la calificación del origen del accidente o la enfermedad y posteriormente, en virtud de un segundo dictamen, se rechaza por dicha calificación. En efecto, para que opere el procedimiento contemplado en el artículo 77 bis, la primera y única causal del rechazo debe ser el origen del accidente o enfermedad en que se sustenta la licencia médica u orden de reposo. Esta restricción opera únicamente respecto de la entidad que hubiere autorizado, reducido o rechazado la licencia médica, por una causal distinta a la calificación del origen de la afección.

### ~~2. Cobros a realizar en casos no cubiertos por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744~~

En las situaciones en que no se configuran los presupuestos del artículo 77 bis de la Ley N°16.744, los cobros se deberán realizar en términos nominales, acorde a las siguientes reglas:

- a) En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por el sistema de salud común y se determinare que la patología es de origen laboral, el organismo administrador de la Ley N°16.744, le reembolsará nominalmente al régimen de salud común - previo requerimiento de éste- la parte del valor de las prestaciones que ha debido financiar y al trabajador el valor correspondiente a su copago, y
- b) En el evento que las prestaciones se hubiesen otorgado por un organismo administrador de la Ley N°16.744 y se determinare que la patología es de origen común, dicho Organismo le cobrará al sistema de salud común el valor nominal de la totalidad de las prestaciones. El sistema de salud común, le reembolsará el costo de las prestaciones que deba solventar según la cobertura de su afiliado, debiendo el organismo administrador cobrar directamente al trabajador el saldo insoluto.

Las cartas de cobranza que los organismos administradores emitan en virtud de casos a los que no le sea aplicable el artículo 77 bis de la Ley N°16.744, deberán ser foliadas y numeradas correlativamente.

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

---

Los organismos administradores no deberán remitir cartas de cobranza sin acompañar los documentos enunciados en el N°5, Letra D, de este Título.

A su vez, dichos organismos no estarán obligados a analizar las cartas de cobranza que recepcionen en tanto no contengan los antecedentes mencionados ~~en el~~ ~~en las letras a) y b)~~ ~~del~~ N°5, recién citado. Lo anterior, sin perjuicio de informar a la institución requirente que no cursará el pago requerido por falta de antecedentes que sustenten el cobro realizado.

Los organismos administradores deberán enviar sus cartas de cobranza dentro del mes siguiente al ~~de término de las prestaciones,~~ de la fecha de la resolución de la calificación que determina que la patología es de origen común.

## “2. Cobros a CCAF de subsidios y cotizaciones en casos no cubiertos por el artículo 77 bis de la Ley N°16.744.

Quando el organismo administrado haya actuado como primer organismo interviniente y el trabajador se encuentre afiliado a una CCAF, previo al envío de la carta de cobranza a la CCAF, deberá remitir a la COMPIN o SUBCOMPIN que corresponda, los antecedentes señalados en el número 1. de la Letra B. de este Título.

Si la COMPIN confirma el origen común de la enfermedad o del accidente deberá informar al organismo administrador, mediante oficio, que aprueba la calificación, para que dicho organismo adjunte este oficio a la solicitud del reembolso correspondiente.

Si la COMPIN está en desacuerdo con la calificación del origen del accidente o enfermedad del organismo administrador, deberá apelar a la Superintendencia de Seguridad Social dentro de un plazo de 90 días hábiles, contado desde la fecha de recepción de los antecedentes por parte del respectivo organismo administrador, adjuntando los documentos que fundamenten dicho reclamo.

Si la Superintendencia rechaza la apelación, emitirá un dictamen dirigido a la COMPIN señalando que la enfermedad o accidente es de origen común y remitirá copia de dicho dictamen al organismo administrador para que éste, con dicho documento como respaldo, proceda a solicitar a la CCAF el reembolso de los subsidios pagados. Para efectos de que la Caja rinda el monto reembolsado a través del sistema de información SISILHIA, se aceptará como documentación de respaldo el oficio de la Superintendencia de Seguridad Social que rechaza la apelación de la COMPIN.

Si la COMPIN no apela a la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de 90 días antes señalado, se entenderá que se ha allanado al reembolso. La no apelación de la COMPIN dentro del plazo señalado, deberá ser certificada por la Superintendencia de Seguridad Social.

Para tales efectos, transcurrido el plazo de 90 días hábiles desde que la COMPIN fue notificada de la calificación del organismo administrador, este deberá consultar a la Superintendencia de Seguridad Social si ha recibido apelación respecto de la referida Resolución. Dicha Consulta podrá incluir más de un caso, debiendo precisarse para cada uno de ellos el número de la Resolución (RECA), el nombre y RUT del trabajador subsidiado y la COMPIN o SUBCOMPIN involucrada.

Si la Superintendencia de Seguridad Social certifica que la calificación en cuestión no ha sido apelada por la COMPIN individualizada, los organismos administradores podrán solicitar a la

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública.

CCAF el reembolso correspondiente, adjuntando dicho antecedente más aquellos que sirvieron de base para el cálculo del subsidio, de acuerdo con las instrucciones vigentes.

En aquellos casos en que la Superintendencia informe que la COMPIN ha apelado dentro del plazo de 90 días hábiles, el organismo administrador deberá esperar el pronunciamiento correspondiente. En este caso, el organismo administrador podrá efectuar el cobro adjuntando como respaldo el oficio que la Superintendencia de Seguridad Social emita rechazando la apelación de la COMPIN por tratarse de una -patología de origen común, o desistirse del cobro si la apelación de la COMPIN es aceptada por la Superintendencia.

En los casos en que el organismo administrador, actuando como primer organismo interviniente, paga subsidios durante el período de calificación del origen y al momento en que resuelve que la enfermedad o el accidente es de origen común, quedan aún días pendiente de reposo, debe solicitar a la CCAF que corresponda, el reembolso del subsidio y las cotizaciones pagadas, de acuerdo con el procedimiento establecido en este número 2 y otorgar una licencia de derivación por el período faltante, el cual de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 77 bis, debe ser pagado por el organismo de salud común, sin perjuicio de su derecho a apelar posteriormente ante la Superintendencia de Seguridad Social.”.

## **F. Presentación de la licencia médica fuera de plazo por el trabajador**

No procede que las ISAPRE, COMPIN o Unidades de Licencias Médicas rechacen una licencia médica de derivación emitida por un organismo administrador, cuando éste actúa en el ámbito de la Ley N°16.744, por presentación fuera de plazo al empleador, tratándose de trabajadores dependientes, o bien por presentación fuera de plazo a la ISAPRE o COMPIN, en el caso de trabajadores independientes, conforme a lo señalado en los artículos 11, 13 y 54 del 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 situación de fuerza mayor que ha impedido la presentación oportuna de dicha licencia médica.

Referencias legales: [ley 16.744](#), artículo 77 bis

## **1. G. Anexos**

Anexos

Anexo N°26: Declaración Ingreso Paciente Común

Anexo N°27: Derivación de Paciente (artículo 77 bis, de la Ley N°16.744)