

1 OBJETIVO

El procedimiento de Calificación de Accidentes del trabajo tiene como objetivo describir el proceso formal y etapas fundamentales que deben ser consideradas en la calificación de denuncias de accidentes del trabajo. Por otra parte, responde a lo instruido por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) en la circular N°3321, en la cual se definen los elementos mínimos a considerar a la hora de calificar un accidente como común o del trabajo.

2 ALCANCE

Este documento es de aplicación nacional para todos los Centros de Atención de Salud (CAS) y Hospitales pertenecientes a la Red Mutual de Seguridad y que reciben denuncias de accidentes laborales por parte de empresas y trabajadores pertenecientes a empresas adherentes a Mutual de Seguridad CChC.

3 DEFINICIONES

- **Calificación:** Una calificación es el proceso mediante el cual, el organismo administrador de la ley 16.744 en este caso la Mutual, determina si la denuncia de Accidente del Trabajo realizada por el empleador y/o trabajador u otros, es de origen laboral o común.
Corresponde al Médico en la primera Atención (1º Nivel) o a Centro Calificador de Denuncias y/o Contraloría Médica (2º nivel) la gestión y resolución del origen laboral o común de las denuncias Ley 16.744.
- **Accidente Común:** Toda lesión que un trabajador denuncie en Mutual que no tenga relación alguna con el trabajo del afectado.
- **Accidente del Trabajo:** Toda lesión que sufra un trabajador a causa o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad o la muerte.
- **Contraloría Médica:** Área de profesionales médicos destinada a determinar el origen laboral o común desde la perspectiva médica, en aquellos casos complejos

que no son posibles de Calificar en la primera atención (1° nivel), debido a que requieren de antecedentes complementarios.

- **Centro Calificador:** Área centralizada compuesta por Calificadores de denuncias que cumplen el rol de establecer el origen laboral o común de la denuncia desde la perspectiva de la acreditación del siniestro.
- **Calificación 1° Nivel:** Acción realizada por un médico en la primera atención (1° nivel) que permite establecer el origen laboral común de la denuncia de accidente del trabajo.
- **Calificación 2° Nivel:** Acción realizada por un médico contralor o Calificador de Denuncias en 2° nivel (proceso centralizado) que permite establecer el origen laboral común de la denuncia de accidente del trabajo.
- **Medico Contralor:** Responsable de realizar el análisis técnico médico de las denuncias de accidentes, a objeto de establecer el origen común o laboral de la lesión, compatibilidad y temporalidad del mecanismo lesional
- **Calificador de Denuncias:** Responsable de realizar el análisis técnico administrativo/jurídico de las denuncias de accidentes, a objeto de establecer el origen común o laboral de la denuncia, asegurando que exista una correlación de hechos y que estos se ajusten a las exigencias normativas.

4 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Compendio del Seguro de Accidentes y Enfermedades del Trabajo (www.suseso.cl).
- Ley 16.744; Decreto Supremo 101.
- Circular SUSESO 3321, Norma el proceso de accidentes del trabajo.

5 MÉTRICAS

Se utilizarán los siguientes indicadores para medir el proceso de Calificación:

- Tiempo de respuesta de Investigaciones de accidentes
- Tiempo Calificación
- Tiempo de respuesta de Contraloría Medica
- Indicador de Productividad
- Control de Calidad (supervisión al proceso 1° nivel y 2° nivel).

6 DESCRIPCION DEL PROCESO

En forma diaria se reciben denuncias de accidentes de trabajo, las cuales son gestionadas por las distintas admisiones a nivel nacional:

6.1	Actividad	Admisión (registro de la denuncia)
Responsable	Administrativo de Admisión	
Descripción		
<p>El administrativo de Admisión de cada uno de los Centros de Atención de Salud (CAS) u Hospital de la Red Mutua, es el encargado de recibir al trabajador o denunciante (Empresa o tercero) al momento de ingresar a la Mutua de Seguridad para realizar la formalización de la denuncia de un accidente de trabajo. Este debe Solicitar la documentación necesaria según la casuística y tipo de caso, y tomar la declaración de la denuncia para posteriormente registrarla en los sistemas operativos, además, Administrativo de admisión, deberá validar la cobertura de la empresa en el sistema de Admisión, la adhesión de la empresa a la cual pertenece el trabajador, esto con el objetivo de dar cumplimiento a la ley 16.744 y la correcta autorización de Cobertura.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrativo de Admisión deberá registrar con suma acuciosidad los campos del módulo de admisión: ¿qué ocurrió? ¿Qué hacía? ¿Cómo ocurrió?, esta información deberá ser consignada de manera clara y precisa de lo señalado por el denunciante o trabajador accidentado. 2. Deberá definir la pre-tipificación según su impresión en relación al relato del trabajador y/o el denunciante. 3. Completar con todos los detalles posibles los "datos del evento", horarios de accidente, horario de trabajo (del día del accidente) y registrar debidamente el campo Ocupación del trabajador (exigencia SUSESOS). 		

6.2	Actividad	Atención Médica (1° Nivel/ primera atención)
Responsable	Médico	
Descripción		
<p>En la atención médica, el médico es el responsable de tipificar la denuncia como de trabajo, trayecto o enfermedad profesional y aplicar los criterios de calificación médica en cada uno de los casos, verificando si :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El mecanismo relatado por el trabajador, es compatible o incompatible con los síntomas y signos que presenta el trabajador en la 1ª atención de salud. ✓ La temporalidad de la lesión tiene un mayor tiempo de evolución, que lo relatado por el trabajador o paciente, lo cual se evidencia en el examen físico realizado en la 1ª atención. ✓ Si existe o no un mecanismo y/o evento traumático que explique la sintomatología presentada por el trabajador. ✓ Que el mecanismo relatado por el trabajador, tiene o no la energía suficiente para producir la lesión detectada en el examen físico de la 1ª atención (Por ejemplo: paciente tropezó y apoyó el pie y tiene una fractura de calcáneo). ✓ El mecanismo lesional se produce en una zona anatómica distinta a la que evidencia algún compromiso funcional. ✓ La presencia de patología crónica y/o degenerativa. <p>En caso que sea tipificado como accidente de trabajo, deberá realizar lo siguiente: Deberá establecer si la patología y el contexto de la denuncia realizada por el trabajador es de causa laboral o común, para esto deberá consignar en la ficha clínica el respectivo fundamento de la calificación en el caso que determine que se trata de un accidente común, sin relación con el trabajo. Cuando es accidente común, deberá cerrar el caso como "Accidente Común". "Explicar" el fundamento al trabajador, entregar licencia médica formato papel (de ser necesario). Y derivar a Admisión o despacho para que formalicen (aplicación de art. 77 Bis, Ley 16.744) el rechazo con la entrega de la RECA (resolución de Calificación) y la entrega del formulario de derivación (exigencia SUSESO, Circular 3244, anexo 2). Cuando el médico determina que la denuncia corresponde a una causa común (etiología de la patología, por incompatibilidad del mecanismo relatado con la lesión o temporalidad de la lesión), debe cerrar el caso como Accidente o Enfermedad Común, explicar al paciente el fundamento de su decisión y registrar en Sistema informático de Salud. Corresponde a un caso de calificación simple.</p>		
Registro/Sistema	Ficha clínica electrónica	

6.3	Actividad	Calificación 2° Nivel
Responsable	Centro Calificador – Contraloría Medica	
Descripción		
<p>Los casos de segundo nivel (2° Nivel) se tratan de casos de mayor complejidad que no fueron posible calificar en 1° Nivel por el médico tratante y que a la vez requieren de mayores antecedentes para proceder con la calificación, por lo tanto, el Calificador de Denuncias o Medico Contralor deben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar la documentación adjunta o expediente del trabajador, según el tipo de accidente y casuística. 2. De contar con toda la información mínima y datos necesarios se procede a realizar la calificación. 3. De no contar con toda la información necesaria para realizar la Calificación se debe proceder con uno de los siguientes pasos: <ol style="list-style-type: none"> a. Solicitar información al Cliente (Empresa/Trabajador) b. Solicitar información a área interna Mutual c. Investigación de Accidente d. Solicitud Análisis técnico médico de un Médico Contralor <p>El Calificador de Denuncias, deberá considerar todos los antecedentes disponibles para llegar a una decisión. En caso de no ser suficientes, deberá solicitar más antecedentes a las áreas de prevención de riesgos y/o contraloría médica de Mutual, así como a la empresa y eventualmente al trabajador. Para rechazar una denuncia, el calificador deberá tener un fundamento, médico o legal, que permita demostrar que el siniestro no ocurrió a causa o con ocasión del trabajo, o que la patología diagnosticada por el médico, no es producto del citado accidente.</p>		
Registro/Sistema	Sistema de Seguro Integrado (SSI)	

6.4	Actividad	Solicitar información al cliente (empresa/trabajador)
Responsable	Centro Calificador	
Descripción		
<p>En caso que el calificador requiera más antecedentes por parte del trabajador o empresa considerando o no los mínimos obligatorios debe contactar al cliente para informar la situación y solicitar la documentación pertinente para la resolución del caso. De no existir respuesta o contacto posterior por parte del se procederá a calificar con los</p>		

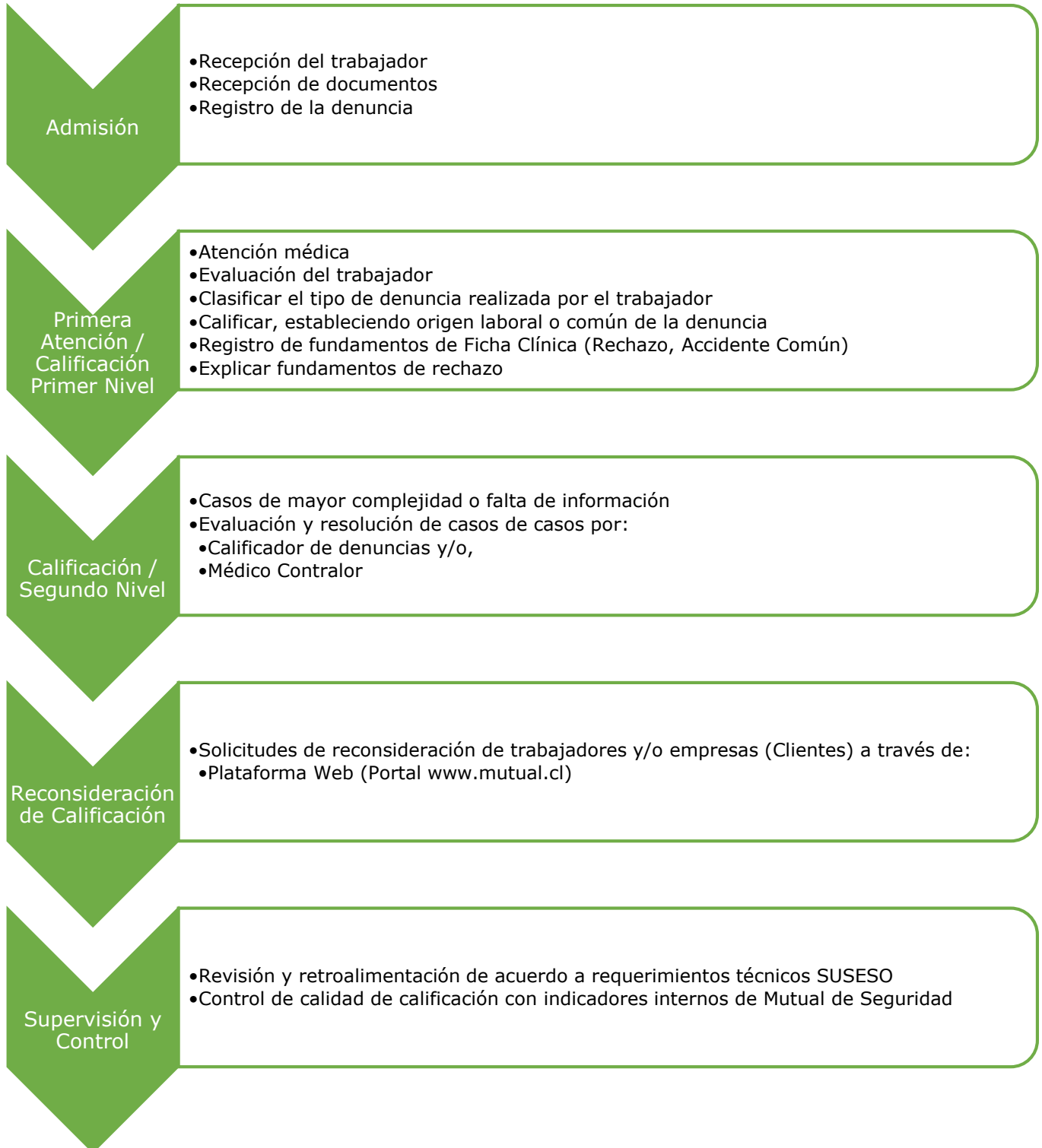
documentos existentes en el expediente del trabajador dentro del plazo máximo establecido por SUSESO (15 días)
Todo contacto o intento de contacto, debe quedar registrado como "nota" en la Bitácora de cada caso a modo de evidencia.

Registro/Sistema SSI

6.5	Actividad	Solicitudes de Reconsideración de Calificación
Responsable	Centro Calificador – Supervisión de Calificación	
Descripción		
Mutual dispone a través de su plataforma WEB la opción de solicitud de reconsideración de el origen de los accidentes, en el caso que el trabajador o empresa no esté de acuerdo con la resolución de origen laboral o común adoptada en cada caso, puede solicitar vía web en el portal www.mutual.cl la solicitud de revisión o de reconsideración.		
Registro/Sistema	SSI / CRM	

6.7	Actividad	Supervisión y Control de Calidad
Responsable	Encargado Supervisión Calificación	
Descripción		
Mutual de Seguridad asegura la calidad de sus calificaciones, mediante proceso de control de calidad que considera:		
<ol style="list-style-type: none"> 1 La revisión, recalificación y retroalimentación de colaboradores. 2 Asimismo, incorpora un indicador de calidad correspondiente a la razón entre el N° de casos revertidos por la SUSESO y el N° de casos rechazados por Mutual, calculados mensualmente considerando los últimos doce meses. 3 Además incorpora un Control de Calidad al proceso de Calificación de 1° nivel (Definición medica primera atención) y de Segundo Nivel (centralizado). 		
Registro/Sistema	SSI / registro supervisión y control de calidad	

7 FLUJOGRAMA DEL PROCESO



8 ANEXO 1



MUTUAL
de seguridad CChC

INFORME DE ACCIDENTE CALIFICADO COMO DE ORIGEN COMÚN

I. DATOS GENERALES

- N° CUN: 0000000000
- Fecha Elaboración Informe: 12/08/2016
- Entidad Empleadora: CORPORAÇÃO

II. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR

- Nombre Completo: ALBERTO JOSE MARQUEZ
- Cédula de Identidad: 31492343

III. ANTECEDENTES DEL ACCIDENTE

- Fecha Accidente: 28/07/2016
- Diagnóstico Médico: LUMBALGIA MUSCULAR DORSAL (LABORAL)

- Fundamentos médicos y/o administrativos que justifican la calificación del accidente como de origen común: (además, incluya si corresponde, opinión sobre la compatibilidad del mecanismo lesional descrito con el o los diagnósticos formulados):
 Faltó a la tarea, el trabajador, debido a un cuadro de dolor que lo impide trabajar, por lo que se le fue otorgado un permiso médico para ser tratado en un centro de fisioterapia, que fue otorgado por el médico tratante, con un periodo de 15 días, para ser tratado en un centro de fisioterapia, que fue otorgado por el médico tratante, con un periodo de 15 días, para ser tratado en un centro de fisioterapia, que fue otorgado por el médico tratante, con un periodo de 15 días.

IV. INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN

- Nombre: VICENCO JIMENEZ
- Cédula de Identidad:
- Firma: