



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE DERECHO

LICENCIAS MÉDICAS: DERECHO O ABUSO EN EL SISTEMA ACTUAL

**MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES.**

**José Omar Escudero Treder
Ivo Andrés Valdivia Manríquez**

Profesor guía: Víctor Ricardo Juri Sabag

Santiago, Chile
2004

**MEMORIA PARA OPTAR AL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES.**

“LICENCIAS MÉDICAS: DERECHO O ABUSO EN EL SISTEMA ACTUAL”

INDICE

I)	Introducción.....	5
II)	La Seguridad Social.....	9
	A. Seguridad Social	
	B. Principios de la Seguridad Social	
	C. Descripción histórica de la Seguridad Social	
	D. La Seguridad Social y la Constitución de 1980	
III)	Licencias Médicas.....	49
	A. Concepto	
	B. Efectos	
	C. Clases de licencias	
	D. Efectos del otorgamiento de una licencia médica y su relación con el contrato de trabajo	
	E. Normativa vigente	
IV)	Tramitación.....	66
	A. Personas facultadas para otorgar licencias médicas	
	B. Beneficiarios	
	C. Plazos de presentación	
	D. Lugar donde debe presentar la licencia médica el trabajador	
	E. Momento y lugar en el cual debe entregar la licencia el empleador	

- F. Tramitación que le da la COMPIN o ISAPRE a la licencia médica presentada por el empleador
- G. Causales por las cuales el organismo respectivo puede rechazar, reducir o modificar la licencia médica
- H. Organismos a los cuales se recurre en caso de rechazo de una licencia médica
- I. Subsidio que otorga la licencia médica autorizada por la COMPIN o la ISAPRE respectiva
- J. Prescripción del derecho del trabajador para reclamar el pago del subsidio por incapacidad laboral
- K. Organismo ante quien se reclama por el error en el cálculo del subsidio de incapacidad laboral
- L. Normativa legal que regula los subsidios por incapacidad laboral
- M. Requisitos que deben cumplir los trabajadores para obtener un subsidio por incapacidad laboral
- N. Cálculo del subsidio por incapacidad laboral
- O. Momento desde el cual se pagan los subsidios por incapacidad laboral
- P. Organismos encargados del pago de los subsidios por incapacidad laboral

V) Situación Actual del Régimen.....116

- A. Financiamiento

- B. Crisis del régimen
- C. Alcance de la obtención de licencias médicas fraudulentas
- D. Medidas para mejorar el actual régimen
- E. Proyecto de ley sobre racionalización de los subsidios por incapacidad laboral y licencias médicas

VI)	Conclusiones.....	146
VII)	Bibliografía.....	150
VIII)	Anexos	

I) INTRODUCCIÓN.

En los últimos diez años se ha observado un importante crecimiento en la emisión de Licencias Médicas por parte de los profesionales autorizados para otorgarlas. Lo que ha producido un aumento considerable en los gastos por concepto de subsidios por incapacidad laboral, a los que dan lugar las Licencias Médicas.

Estos gastos en subsidios por incapacidad laboral se duplican en el caso del subsidio por enfermedad y medicina curativa; y se triplican para los casos de los subsidios por reposo maternal y enfermedad grave de hijo menor a un año.

Todo esto es parte de la problemática actual que procederemos a describir.

El presente trabajo tiene por finalidad acercarnos al tema de las licencias médicas, tema que se encuadra dentro de lo que es la Seguridad Social.

Procederemos a realizar un análisis descriptivo de lo que son las licencias médicas y de cómo estas se insertan dentro del campo de la Seguridad Social, describiremos todo el sistema de financiamiento y entraremos en el tema conflictivo que se está desarrollando actualmente frente a este tema.

Para concretar nuestro objetivo, repasaremos lo que es la Seguridad Social, sus características y principio; así como un recorrido histórico de lo que ha sido esta área en el tiempo, su desarrollo y evolución.

Procederemos luego a analizar lo que son las licencias médicas, su forma de tramitación, sus fuentes de financiamiento, para entrar a describir el conflicto que hoy en día vivimos frente a actos fraudulentos que afectan a nuestra sociedad en su conjunto.

Observaremos como ya lo hemos expresado un aumento desmedido de la concesión de este instrumento, que es de vital importancia dentro del funcionamiento y más aun, dentro del cumplimiento de uno de los objetivos de la Seguridad Social cual es la protección del trabajador.

Esta tendencia al aumento de los Subsidios de Incapacidad Laboral, a que dan lugar las Licencias Médicas, es muy preocupante dado que dicho aumento implica una carga creciente para los sistemas de salud público y privado, lo que termina produciendo una reducción en los recursos disponibles para la cobertura del resto de las prestaciones de salud.

Ante esto se requiere evaluar el actual sistema de las Licencias Médicas para lograr obtener un nuevo y mejor sistema que permita reducir al mínimo estos abusos, logrando una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles para la cobertura del resto de las prestaciones de salud, permitiendo mejorar la calidad de las atenciones de salud en especial las del sector público.

En el sistema vigente en Chile para el otorgamiento de licencias médicas, el sentido original de estos subsidios de salud, que es permitir el debido reposo y una adecuada recuperación por enfermedades curativas, y la protección y disminución de los riesgos de salud de la madre trabajadora y el niño menor de un año, ha ido paulatina y en el último tiempo explosivamente, modificándose

hacia un sistema que permite la existencia de fraudes, tanto a nivel individual como colectivo, lo que en definitiva daña el sistema en su conjunto y termina perjudicando a los trabajadores que efectivamente necesitan estos subsidios.

II) LA SEGURIDAD SOCIAL.

A. Seguridad Social

La primera pregunta a la cual se reduce todo análisis es la determinación del concepto de la materia que se estudia.

El término Seguridad Social proviene de la voz “securus”, la cual a su vez proviene de dos vocablos latinos: “se” y “curus” que literalmente significan sin cuidado. El término “social”, primitivamente se utilizó para dar a entender que se trataba de la seguridad social de la población asalariada, pero sin embargo hoy ya se reconoce que las contingencias sociales no solo afectan al trabajador asalariado o dependiente por cuenta ajena sino que a cualquier trabajador.

Pero si intentamos definirla, debemos remitirnos a la definición dada por el profesor Patricio Novoa quien señala que la Seguridad Social es “un conjunto de medidas tomadas por la sociedad y, en primer lugar, por el Estado para garantizar a todos los ciudadanos, los cuidados médicos necesarios, así como para asegurarles las condiciones de vida en caso de pérdida o reducción importante de sus medios de existencia, en atención a circunstancias no dependientes de su voluntad”.

La Seguridad Social tiene un objeto que es la protección de la persona contra estados de necesidad que se derivan o son consecuencia de contingencias sociales. Estos estados de necesidad que pueden implicar una disminución de ingresos o su total pérdida, o significar una agravación de la situación económica de una persona que se verá imposibilitada de atender los gastos que genera con sus recursos normales, como lo hemos expresado provienen de contingencias sociales, esto es son su causa. Las contingencias sociales pueden tener diversos orígenes como de orden socioeconómico, como por ejemplo, el desempleo o cargas familiares excesivas; de orden patológico como la enfermedad, la invalidez o un accidente; o de orden biológico, como la maternidad, la vejez o la muerte.

La determinación de este objeto, esto es la extensión que tiene, ha dado origen a la existencia de otra concepción más amplia. Dentro de esta concepción se señala que el objeto de la Seguridad Social está conformado por una realidad social integrada por cualquier estado de necesidad que afecte a una persona y así su objetivo esencial, en consecuencia, es cubrir cualquier tipo de estado de necesidad, consistiendo de esta manera dicho objetivo esencial, en la eliminación de todos los estado de necesidad de la población a la vez que lograr una justa distribución de los ingresos. Aparece así como una de las grandes bases de la organización de la comunidad nacional.

Como observamos aparece esta concepción identificada con las políticas que el Estado debe fomentar y llevar a cabo en el área social. Se encuentra ligada esencialmente al concepto de bienestar social, el cual va más allá de cualquier exigencia u objetivo propio de la disciplina en su concepción anteriormente señalada del profesor Novoa.

Por de pronto, la necesidad de proteger de estas contingencias sociales emana del derecho de todo ser humano a la existencia; de la obligación de conservar su vida y hacerlo en un nivel digno y acorde con su condición de tal.

B. Principios de la Seguridad Social

Son reconocidos como principios de la Seguridad Social y la base sobre la cual esta se ha de institucionalizar, la universalidad, la integridad o suficiencia, la solidaridad y la unidad.

Sin embargo podemos reconocer otros más, como el principio de subsidiariedad, el principio de la igualdad o uniformidad, principios fundamentales, como el de la libertad y dignidad del hombre y el principio que

según una parte de la doctrina considera como uno de los grandes objetivos de la Seguridad Social, cual es el de la redistribución de los ingresos.

Deben ser considerados como las metas mínimas que han de seguir las políticas de la sociedad en materia de Seguridad Social.

Universalidad

Puede ser vista desde dos puntos de vista, como universalidad subjetiva y como universalidad objetiva.

Desde su perspectiva subjetiva se estima que la Seguridad Social debe cubrir a todas las personas. De ésta concepción subjetiva derivan otros sub-principios que son el de la no discriminación, esto es, que este principio parte de la base que no se debe discriminar a causa de la edad, raza, nacionalidad, vínculo laboral o nivel de remuneraciones. Este principio no estaba contemplado con anterioridad en los Seguros más antiguos, en que era el económicamente más débil el que estaba protegido (seguros de Bismarck).

Otro sub-principio es el de la deslaborización de la Seguridad Social, que se produce al no quedar reducida la cobertura a los trabajadores

dependientes por cuenta ajena, haciéndose extensiva a toda persona, desligándose así del derecho del trabajo

Por último el sub-principio de la constitucionalización de la seguridad social, en el cual se destaca que el derecho de la Seguridad Social de un derecho laboral se transforma en un derecho humano y que en diversas legislaciones modernas adquiere un carácter constitucional incorporándose a las diversas Cartas Fundamentales. Es así como nuestra Carta incluye entre las garantías constitucionales en el artículo 19 n° 18 este derecho.

La observancia de este principio ha generado dificultades de aplicabilidad a ciertos sectores de trabajadores, produciéndose su exclusión o su tardía incorporación a la Cobertura del Sistema por distintas razones, como la falta de contrato de trabajo en el caso de trabajadores independientes, y en el caso de trabajadores agrícolas y de casa particular por motivos administrativos y de control. En el caso chileno ha sido un caso destacable, ya que la ley 4.054 de 1924, incluye a todos los trabajadores sin excepción alguna. Por de pronto, en relación a los trabajadores independientes en Chile, desde el año 1952 pueden asegurarse voluntariamente (Ley 10.383). Finalmente y conforme al DL. 3.500, que reformó la previsión, la incorporación de los independientes es amplia y facultativa, pero sólo las AFP desde 1983.

La universalidad objetiva, es aquel principio en que se consagra que la Seguridad Social, deberá cubrir todos los riesgos o contingencias sociales derivados ya sea de la falta de salud o de la falta de medios económicos, o bien la adición de obligaciones derivadas de vínculos familiares. Para ello se considera genéricamente que constituyen contingencias la enfermedad, la maternidad, la invalidez, la vejez, la muerte, la viudez, la orfandad, los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, el desempleo y las cargas familiares.

Su amparo, el de estas contingencias, debe satisfacer completamente el respectivo estado y en forma oportuna.

De aquí se desprende que el sistema debe tener como meta, la cobertura de todas las contingencias sociales que puedan afectar a la población. Sin embargo no significa que el afiliado pueda pretender su cobertura respecto de cualquier acontecimiento que lo coloque en un estado de necesidad, sino únicamente de aquellos derivados de contingencias sociales establecidas por el derecho de la Seguridad Social.

El ideal de cobertura esta establecido en el Convenio nº 102 de la OIT en el cual se atiende a las contingencias sociales que deben ser cubiertas por un adecuado Sistema de Seguridad Social.

Integridad o suficiencia

Este principio esta referido a las prestaciones. Toda prestación, sea médica, económica o familiar, debe ser suficiente para atender la respectiva contingencia social y capaces de solucionarla.

En cuanto a la salud, debe comprender las atenciones médicas, quirúrgicas, dentales, hospitalarias, etc. En cuanto a los montos se estima que deben ser de tal calidad que permitan a la persona afecta a una contingencia social, vivir en condiciones similares a las que tenía cuando disfrutaba de su capacidad de trabajo. Lo que hay que tener cuidado si, en este último aspecto, es que la prestación no debe tener un idéntico valor a la remuneración que el sujeto percibía cuando era plenamente capaz, esto, con el fin de no desincentivar al sujeto para volver a la vida activa, siendo aconsejable que fluctúe la prestación entre un 60 a 80 % de lo que percibía a título de remuneración. Asimismo y complementando a esta medida se estima que no se justificaría el otorgamiento de prestaciones pecuniarias sin límite o muy elevadas; más bien se postula la tesis de que el monto básico puede ser complementado por el ahorro individual o el seguro privado.

La suficiencia de las prestaciones las podemos clasificar en:

- Cuantitativa
- Cualitativa

La suficiencia cuantitativa está referida a las prestaciones en dinero como es el caso en nuestro sistema de los subsidios, pensiones e indemnizaciones; conforme a ésta, las prestaciones deben ser de un monto tal que permita a la persona protegida poder continuar viviendo en condiciones similares a las que detentaba antes de perder su capacidad de trabajo, tal como antes se ha señalado.

Implica que debe haber una equivalencia entre el valor nominal y el valor real de ella, tanto en el monto inicial como en los montos sucesivos. Con este objeto se aplica en doctrina los mecanismos que a continuación exponemos:

- a. Reajuste del monto de la prestación de acuerdo con la variación del IPC.
- b. Reajuste del monto de la prestación de acorde con el incremento del las remuneraciones.

La suficiencia cualitativa está especialmente referida a las prestaciones en servicios y muy específicamente a las médicas; y se concreta en la medida

en que la prestación comprenda acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras.

En el nuevo sistema de pensiones, las pensiones se expresan en U.F. reajustándose así automáticamente sin límite máximo, para fomentar el ahorro con fines de Seguridad Social. El límite mínimo está representado por la pensión mínima de origen estatal.

La solidaridad

Dice relación con que las personas cubiertas por la seguridad deben de contribuir a su financiamiento según su capacidad económica y recibir las prestaciones que ella les otorga, según su real necesidad.

Está muy relacionado este principio con otro muy importante y que señalábamos que constituiría uno de los grandes objetivos de la Seguridad Social, esto es con el principio de la redistribución del ingreso. Así se señala que la solidaridad existiría en la medida que se distribuyera el ingreso nacional. Según Patricio Novoa¹, la solidaridad se exterioriza a base de los siguientes postulados:

¹ PATRICIO NOVOA FUENZALIDA, Derecho de la Seguridad Social, pag.110

1. Es un esfuerzo de toda la comunidad realizado en su propio beneficio;
2. A ese esfuerzo deben contribuir todos y cada cual según sus capacidades y posibilidades;
3. El esfuerzo individual de cada persona debe ser considerado como una exigencia del bien común y no como una prestación previa, para que luego el organismo gestor otorgue la correspondiente contraprestación.

La solidaridad puede ser clasificada en:

- Solidaridad grupal
- Solidaridad nacional

La solidaridad grupal es aquella que implica la materialización del sentimiento o deber de colaboración mutua entre un determinado grupo colectivo de personas. Según algunos esta se observaba entre los imponentes de las ex Cajas de previsión, hoy fusionadas en el INP y en el seguro de invalidez y sobrevivencia que deben contratar las AFP para financiar las pensiones de invalidez y sobrevivencia que eventualmente tuvieren que pagar a sus afiliados cubiertos por este seguro, como asimismo entre los afiliados a FONASA o a una ISAPRE.

La solidaridad nacional es aquella que implica la materialización del deber de colaboración o ayuda mutua que le corresponde a toda la comunidad respecto de sus miembros. De acuerdo a la solidaridad nacional todos los miembros de la sociedad suministran los medios necesarios con independencia del interés particular en la obtención de la prestación y en función de su capacidad contributiva. Este tipo de solidaridad nacional tiene una variante cual es la solidaridad intergeneracional, que concreta el cumplimiento del deber de colaboración mutua entre la generación de población activa y aquella de población pasiva. Se aprecia el principio de la solidaridad nacional en el antiguo sistema de pensiones en cuanto al financiamiento de reparto que existía bajo este régimen.

De la aplicación conjunta de la suficiencia y la solidaridad se produce como consecuencia la redistribución del ingreso nacional. Además se debe mirar bajo el prisma de lo grupal y nacional, pero entendiéndolos como complementarios y formando parte de un todo.

La Unidad

Este principio es tomado en términos generales como unidad administrativa del Estado, pero también se admiten otras concepciones.

Se habla de unidad como unificación orgánica o administrativa, fundamentada principalmente en la circunstancia de la existencia de un riesgo único, de abaratar los costos y simplificar la estructura administrativa. Se critica este argumento por cuanto se sostiene que se estaría confundiendo el riesgo con sus efectos, además de que cada riesgo requiere de un tratamiento especial y particular desde el punto de vista administrativo y técnico, y no admitiría por ende una visión unitaria de ellos.

Han emergido nuevas soluciones, en la búsqueda de evitar estas críticas, así se postula por ejemplo el unificar los seguros mediante un organismo gestor, pero manteniendo cada seguro su individualidad propia.

Principio de subsidiariedad

Este aspecto ha sido criticado, y se señala que no correspondería a un principio de la Seguridad Social, ya que se opondría a la responsabilidad ineludible que al Estado le corresponde en esta materia.

Este principio implica que la sociedad toda, o el Estado como organismo jurídico de ella, no debe ejercer facultades que excedan lo que el individuo o los grupos sociales menores puedan hacer por si mismos. Implica abrir el campo a la actividad privada, relegando así al Estado a cumplir con la actividad de garante de la actividad de la ayuda a los más pobres.

El Estado tendría dos obligaciones a la luz de este principio con la Seguridad Social:

- Permitir que el individuo y los grupos intermedios, con sus propios medios, hagan frente a sus estados de necesidad;
- Intervenir sólo en caso de que sean incapaces de solucionar con sus propios medios sus necesidades.

Para otro sector de la doctrina, éste no constituye mas que una filosofía en la administración de la Seguridad Nacional, pero si que pueda considerarse

como un principio que ilustra todos los diversos aspectos que compondrían el sistema. Aún mas, estiman que por esta vía se pueden ver afectados otros principios como el de la unidad y el de la solidaridad, ya que se rompen entre grupos de diverso poder económico, lo que en definitiva atenta en contra del sistema en su totalidad. Su aspecto negativo deriva del hecho de que al no tener el Estado el control del sistema, éste puede desinteresarse en sus finalidades y terminar por abrogar los restantes principios orientadores de la Seguridad Social.

Finalmente debemos ponernos de acuerdo con aquellos que sostienen que ha de ser calificado la subsidiariedad como un elemento del sistema de administración o de gestión de sistema, positivo y que ha demostrado sus bondades en su aplicación en nuestro país.

Principio de igualdad o uniformidad

Este principio presenta diversas modalidades como a continuación veremos.

Existe una uniformidad en el otorgamiento de las prestaciones. El sistema de Seguridad Social debe contemplar hechos causantes o requisitos para exigir el otorgamiento de las prestaciones sin que puedan observarse

distinciones en este aspecto referidas a circunstancias ajenas a la persona protegida o afiliada al respectivo régimen dentro del sistema. A este criterio se opone el postulado de la conjunta consideración de las contingencias sociales a cuya virtud la prestación debe determinarse en función del estado de necesidad que debe cubrirse y no el de la naturaleza de la contingencia social que lo ha generado. En nuestro Sistema de Seguridad Social no se observa este criterio, pues se distingue entre el accidente común y la enfermedad profesional, para los efectos de cubrir el estado de necesidad que generan, otorgando al efecto prestaciones de distinta naturaleza.

Resumiendo, en esta modalidad se postula que el sistema de Seguridad Social debe otorgar idéntica prestación en la cobertura de un mismo estado de necesidad. Acorde a esto, el sistema debe contemplar las exigencias de iguales requisitos y condiciones para el otorgamiento de las prestaciones. Además debe también existir uniformidad o igualdad respecto a la afiliación y a la cotización, vale decir, deben existir normas que no exijan condiciones disímiles y múltiples para afiliarse y no se discrimine en el caso de las cotizaciones, en lo que respecta al pago de su monto.

Existe también una uniformidad en cuanto a la gestión o administración del sistema. En esta segunda modalidad se da lugar a un principio ya anteriormente tocado, cual es el de la unidad de gestión.

Principio de la libertad y dignidad del hombre

Este principio es la razón de ser de la Seguridad Social, esto es, su justificación de existencia como disciplina científica.

El sistema de Seguridad Social debe crear las estructuras y dictar toda norma que se necesaria para la cobertura de estados de necesidad en que pudieran encontrarse los individuos, como consecuencia de haber sido afectados por contingencias sociales, a fin de permitirles que a través de dicha cobertura, llevar una vida digna, lo que es un derecho para estas personas.

Es así como el Estado debe crear e implementar la estructura necesaria que asegure a las personas el ejercicio del derecho-deber que les asiste a una vida libre y digna.

Principio de la redistribución del ingreso

Como antes señalábamos, un sector de lo doctrina nacional e internacional considera que éste es uno de los grandes objetivos de la Seguridad Social, tanto en cuanto se constituye como un instrumento de

relación y movimiento de los recursos entre sectores de la población con mayores recursos con aquellos sectores de la población que tienen menos, produciendo así el traspaso de estos recursos a favor de los que poseen menos.

También se infiere o dice relación este principio con la merme que los trabajadores sufren de sus ingresos consecuencia de una contingencia social, quienes recibirían la provisión de sus ingresos necesarios a través del sistema.

Un sector se muestra crítico a esta posición por cuanto estima que no es ésta función primordial de la Seguridad Social procurar este objetivo, sin desconocer claro, que de alguna forma indirectamente se produce este fenómeno.

Según la ideología predominante en el sistema, la Seguridad Social puede conformar una herramienta poderosísima en la redistribución del ingreso nacional, ya que la masa financiera que constituye su basamento es bastante considerable.

C. Descripción histórica de la Seguridad Social

El contenido que el concepto moderno de la seguridad social describe, es de reciente data, puesto que la evolución de este concepto se ha producido durante el siglo XX; pero si analizamos la evolución histórica de ciertas instituciones llegaremos a la conclusión de que ciertas instituciones tienen sus orígenes en épocas históricas remotas.

Roma y Grecia

Así en la época romana existió una institución en que se reunían a personas que ejercían un mismo oficio, llamados los “collegia” romanos, que resultaban ser verdaderas sociedades de socorros mutuos, que cubrían ciertas necesidades tales como las que se derivaban de las enfermedades o la muerte de alguno de sus miembros. Estas “collegia” con el correr del tiempo derivaron en especies de cofradías que eran congregaciones que formaban algunos devotos autorizados para ejercitarse en obras de piedad, que luego dieron paso a diaconías, que fueron aquellas sociedades fundadas por los primeros cristianos para la práctica de la caridad.

Se sostiene por algunos autores que este tipo de instituciones eran excepcionales en Roma, salvo en lo relativo a los entierros (Negar sepultura a

un cadáver era condenar al alma muerta a errar sin descanso, y, en consecuencia, crear un peligro real para los vivos, pues esas «almas en pena» eran maléficas, por tanto la importancia que tenía la asistencia en esta materia).

Época medieval

Ya en la época medieval, dentro de la baja edad media y por influencia del pueblo germánico surgen las “gildas”, que eran instituciones dedicadas a la asistencia mutua y fraternal. Dentro de la misma época en el siglo XII surgen las primeras cofradías propiamente tales. La finalidad de las cofradías fundamentalmente es el proteger de la enfermedad, pero también se protegía la vejez, el fallecimiento, la viudedad y la orfandad, se nutrían económicamente de las cuotas de entrada y de aportaciones periódicas.

A partir de los siglos XIII y XIV surgen las cofradías-gremios, que agrupaban a personas que realizaban una misma actividad y que realizaban funciones, por una parte cumplían con sus funciones gremiales, y por otra parte cumplían funciones de asistencia y previsión propias de las realizadas por las cofradías.

Las Hermandades de Socorros aparecen en el siglo XVI. Estas se acercan más a la noción de seguros, constituyendo el antecedente de las mutualidades o sociedades de socorros mutuos, siguiendo las cofradías encaminadas a la protección de los más humildes y débiles. Se diferencian las hermandades de las cofradías en cuanto a que las hermandades están bajo tutela eclesial.

En el siglo XVIII aparecen los montes de piedad o montepíos, especialmente en el sector público militar, y estaban destinados a ocuparse de la supervivencia, para la protección de viudas y huérfanos.

Todas estas fueron instituciones de asistencia y protección mutua organizadas espontáneamente por entidades o grupos comunitarios representativos, como reacción a la carencia o insuficiente satisfacción de las necesidades sociales, es decir, una situación que atañe al conjunto de las personas que conforman la comunidad.

Esta forma de concebir la insatisfacción de los estados de necesidad y su correspondiente asistencia, se mantiene y fortalece a través del tiempo. Es así, que durante el transcurso del siglo XVI estas ideas son sistematizadas dando forma así a los primeros elementos doctrinarios de lo que siglos después constituiría la seguridad social, teniendo como base el derecho a una vida digna que todo ser humano posee.

La Revolución Industrial

La Revolución industrial, introduce un cambio sustantivo en las relaciones laborales. Se genera un proceso de especialización del factor productivo humano. El factor trabajo efectúa un aporte mediante la producción de bienes, y como contrapartida, es remunerado por ello. Esta remuneración constituye la única fuente para la satisfacción de todas sus necesidades, sean estas cuales fueren.

El problema radicaba cuando la capacidad para realizar trabajos, por parte de un individuo se reducía o desaparecía, por efecto de la ocurrencia de eventos contingentes inducidos por el proceso productivo, como también por la presencia de estados de necesidad, que producirían un desequilibrio entre las necesidades del individuo y su capacidad para satisfacerlas.

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII y durante las primeras décadas del siglo XIX se asienta la idea de que es el estado quien tiene la obligación de asumir directamente la asistencia de dicho desequilibrio, supliendo así la función que hasta ese momento desempeñaban asociaciones de carácter privado.

Aparece entonces la presencia superior del Estado, a través de una reacción que se expresa en la forma de dictación de leyes, diseño de políticas, mecanismos y ejercicio de acciones, lo que constituye la esencia de la seguridad social. El Estado ahora regula, obliga y fiscaliza; se observan las primeras identificaciones de los principios, objetivos, funciones e instituciones de la seguridad social.

Bismarck y la Seguridad Social

A partir de finales del siglo XIX, nacen los primeros seguros sociales en Alemania, de carácter obligatorio, gracias a la activa participación del Canciller Otto von Bismarck.

Lo que es conocido como la legislación de Bismarck sobre seguridad social, se remonta al mensaje imperial del 17 de noviembre de 1881 al parlamento (Reichstag) en que expresó:

“Que la solución de las injusticias sociales debe ser buscada no solo a través de la represión de los excesos sociales democráticos, pero también a través del progreso y desarrollo del bienestar de los trabajadores”

Bismarck fue motivado para introducir los seguros sociales en Alemania con el fin de promover el bienestar de los trabajadores, así como también para mantener la economía germánica operando a su máxima eficiencia; de esta forma intentaba limitar el llamado que realizaban los socialistas para tomar medidas más radicales. A pesar de sus impecables antecedentes como político de derecha, Bismarck fue llamado socialista por introducir estos programas, de la misma forma que un presidente norteamericano, Roosevelt, fue llamado 70 años después. En su propio discurso ante el Reichstag durante los debates que tuvieron lugar en 1881, Bismarck señaló:

“Llámenlo socialismo o lo que ustedes quieran. Me es igual para mí”

El sistema alemán proveyó de beneficios de retiro así como de beneficios por incapacidad. La participación era obligatoria y las contribuciones eran tomadas de los empleadores, del trabajador y del gobierno.

Tanto el programa de compensaciones establecido en 1884, junto con el seguro de enfermedad le dieron a los alemanes un sistema integral de seguridad por ingreso, basado en los principios de los seguros sociales. En 1927 cuando se adoptó el seguro de desempleo, el sistema quedó completo.

En la época que transcurrió a este discurso, se crearon regulación sobre los tres áreas más comunes de riesgos:

1. La ley concerniente al Seguro de Enfermedad para los trabajadores (Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter), del 15 de junio de 1883 que introdujo un seguro obligatorio para la mayoría de los trabajadores manuales y administrativo de la industria con ingresos anuales de hasta 2000 Reichsmarks. Este seguro fue luego extendido posteriormente al sector transporte y a los trabajadores agrícolas y forestales. En abril 10 de 1892 todas las provisiones y reglamentos dictados fueron promulgadas en la “Acta de Seguro de Enfermedad” (Krankenversicherungsgesetz).
2. En julio 6 de 1884 fue dictada el acta sobre accidentes del trabajo (Unfallsversicherungsgesetz), para los trabajadores que laboraran en actividades especialmente peligrosas. Posteriormente, la industria de la construcción y agrícola y forestal fueron incluidas. En julio 13 de 1887, es seguro sobre accidentes fue ampliado para incluir al sector marítimo.
3. Los reglamentos que se decretaron en aquella época fueron completados en junio 22 de 1889 con la promulgación de la ley sobre invalidez y vejez para trabajadores y aprendices (Gesetz über

Invaliditäts- und Alterssicherung für Arbeiter, Gehilfen und Lehrlinge), sin importar su nivel de ingresos.

Un mito persistente sobre el sistema alemán era que se adoptaba la edad de 65 años como el estándar para el retiro, debido a que era la edad de Bismarck al dictar esta ley. Este mito es importante por cuanto Alemania fue uno de los modelos que América tomó para así diseñar su propio seguro social, y el mito es que norte América adoptó la edad de 65 años como edad para jubilarse, porque esta era la edad que Alemania había adoptado para la creación de su propio programa. En realidad Alemania inicialmente adoptó la edad de 70 años para jubilarse (y en el hecho Bismarck tenía 74 años en ese tiempo) y no fue hasta 27 años después (1916) que la edad para jubilación bajó a 65 años. Para ese entonces Bismarck llevaba muerto 18 años.

El informe Beveridge

En noviembre de 1942 es presentado ante la Cámara de los Comunes un informe conocido como el “Informe Beveridge”, conclusión de una tarea encomendada por el gobierno británico en el año 1941 a una comisión presidida por William Beveridge, ante quien se solicitaba el estudio y la formulación de

recomendaciones para una reforma del sistema de seguros sociales vigentes a la época.

Dicho informe se basa sobre tres principales principios:

1. El primer principio se basa en que, cualquier propuesta para el futuro debe ser consecuencia de la experiencia recogida en el pasado, la que no debe ser restringida por intereses sectoriales, que existieron en el pasado.
2. El segundo principio es que la organización del seguro social debe ser tratado como un todo, una sola parte de los que se comprende dentro de las políticas del progreso social. El seguro social totalmente desarrollado proveerá la seguridad de los ingresos, lo que contribuirá a la satisfacción de las necesidades. Pero la necesidad es uno de los cinco gigantes en el camino de la reconstrucción y en cierta medida el más fácil de solucionar. Los otros gigantes son la enfermedad, la ignorancia, la inmundicia y la ociosidad.
3. El tercer principio es que la seguridad social debe ser lograda con la cooperación entre el Estado y el individuo. El Estado debe ofrecer seguridad a cambio de servicio y contribución. El Estado al organizar la

seguridad no debe reprimir el incentivo, la oportunidad, la responsabilidad; al establecer un mínimo, deberá dejar lugar al ánimo por la acción voluntaria del individuo de proveer más del mínimo para él y su familia.

De estos tres principios se destacan el rol que debe cumplir la historia de la seguridad en orden a la satisfacción de las necesidades del ser humano, el fin que debe de tener la seguridad social, en orden a erradicar los males que aquejan a la sociedad y la participación del Estado y del individuo en conjunto para así velar de una mejor forma por los intereses de la familia.

El parlamento británico aprobó con algunas modificaciones las formulaciones propuestas y autorizó al gobierno para dictar las leyes respectivas, las que fueron:

- La ley sobre subsidios familiares del 15 de junio de 1945,
- La ley sobre accidentes del trabajo del 26 de junio de 1946,
- La ley sobre seguros sociales del 1 de agosto de 1946,
- La ley sobre servicio nacional de salud del 6 de noviembre de 1946,
- La ley sobre unificación de los servicios de asistencia y previsión social del 13 de mayo de 1948,

- La ley sobre seguros de accidentes del trabajo, servicio de salud y asistencia social del 5 de julio de 1948.

Los aspectos más relevantes son que la extensión de la seguridad social ahora recaía sobre todos los residentes del país (universalidad subjetiva), los cuales fueron divididos en diferentes categorías.

De esta manera ahora tenemos:

- Empleados, quienes son los que trabajan vinculados a un contrato de trabajo,
- Empresarios, que son quienes desarrollan actividades económicas no subordinados a un contrato de trabajo ,
- Dueñas de casa,
- Adultos sin ingresos,
- Niños de hasta 16 años,
- Ancianos sobre la edad de trabajo.

Otro aspecto relevante es que se inclinaba el sistema hacia una unificación de todas las instituciones de seguros sociales en un servicio público único, bajo la tuición de un Ministerio de Seguridad Social (principio de unidad de gestión), además de estimar la indispensabilidad de trámites administrativos más simples.

Postulaba además que la protección debe ser comprensiva de toda contingencia social, eliminando así su naturaleza diversa, esto tan solo con algunas limitaciones (universalidad objetiva), asimismo, era partidario de la creación de un sistema nacional de prestaciones familiares. Junto con esto el establecimiento de un financiamiento tripartito, al igual que los seguros sociales alemanes, pero dándole mayor importancia al aporte que el Estado debiera realizar, siendo de cargo de éste el financiamiento de determinadas prestaciones (principio de solidaridad).

En cuanto a los montos de las prestaciones, estimaba que debieran ser iguales para todos los beneficiarios, sin que el nivel de rentas influyera en ello. Esto es, el financiamiento a través de una cotización única (principio de igualdad).

Las consecuencias del informe Beveridge fueron la configuración de la Seguridad Social como un sistema, de cobertura integral y orgánica de los riesgos sociales, que ahora pasan a ser sustituidos por los conceptos de necesidad y contingencias protegibles. Nace además la Seguridad Social como una disciplina sistemática.

Se constitucionaliza la Seguridad Social, que luego de iniciada la posguerra se ve incluida en diversas constituciones a lo largo del mundo, incluyéndose esta en el amplio espectro de los derechos económicos sociales.

Por último, la internacionalización de la Seguridad Social. Si bien la OIT había sido fundada en 1919, es a partir de la Declaración de Filadelfia de 1944 que fija como parte importante de su programa la extensión de las medidas de Seguridad Social, así como las de asistencia sanitaria completa.

Este objetivo se concreta a través del Convenio 102 aprobado en 1952, en el cual se indican los diversos tipos de contingencias sociales que han de considerarse universalmente como merecedoras de cobertura por medio de prestaciones, como es el caso de la enfermedad, desempleo, vejez, accidente del trabajo y enfermedad profesional, cargas de familia, maternidad, invalidez y supervivencia.

Aún cuando Bismarck Y Beveridge vivieron en épocas distintas, ambos pueden ser considerados en sus respectivos ámbitos como padres de esta nueva disciplina. Bismarck en la creación de los seguros sociales y Beveridge como el artífice de la moderna Seguridad Social.

Síntesis histórica en Chile

Desde la época en que los incas dominaban la región se pueden observar diversas instituciones provisionales que estaban de acorde con el régimen colectivista que los quechuas propugnaban. Este sistema se extinguió con la llegada y posterior conquista de estos por parte de las huestes españolas, pero fueron aun así, antecedentes de las Cajas de Comunidad, las cuales poseían las siguientes vías de ingresos:

- Una agrícola
- Una industrial
- Una censal

Las actividades que realizaban estas eran la mantención de hospitales, auxilio de viudas y huérfanos entre otras.

Junto con éstas habían diversas disposiciones emanadas de cédulas, cartas, provisiones, ordenanzas e instrucciones, que siendo reunidas en la Recopilación de Leyes de los Reinos de Indias establecían una serie de disposiciones de carácter provisional.

En Chile existen las mutualidades desde 1853. Vivía Chile dominado por el pensamiento europeo de la época y en especial el español. Solo a fines del siglo XIX comienzan a dictarse leyes enmarcadas en los seguros sociales, como es la relativa a jubilaciones de los empleados públicos de 1898.

Es a inicios de la década de los 20 que surge la idea de crear un organismo regulador fuerte y con grandes recursos para que se hiciese responsable de todos los riesgos a que se podía ver expuesto un obrero en la época. Esto consecuencia de las diversas instituciones que se habían creado a la época, como de beneficencia o protección a la cesantía, que no constituían medios seguros para impedir que los trabajadores enfermos o inválidos se transformasen en implorantes de la caridad pública para poder subsistir junto con su familia.

Así para el año 1924 se aprueban en el Congreso Nacional diversas leyes laborales como la N° 4054, sobre seguro obrero obligatorio de enfermedades e invalidez, y la N° 4055 sobre indemnizaciones por accidentes del trabajo. Éstas no fueron bien recibidas por los obreros de la época quienes reclamaban por la baja de sus salarios reales a causa del seguro.

Fueron a partir de la dictación de estas leyes, generándose otras de carácter laboral que llegaron a formar un conjunto complejo de normas previsionales.

Así en el año 1925 se crea la Caja de Previsión de empleados particulares (que curiosamente no contemplaba la jubilación y que era financiada sin aportes del Estado) creada por el Decreto Ley N° 857; la ley del año 1938 N° 6174 sobre medicina preventiva, que fue visionaria, al subsanar uno de los vacíos mas ostensibles en el sistema, cual era el de prevenir el desarrollo de las enfermedades por medio de la pesquisa preclínica y determinar las personas que debían acogerse a reposo preventivo. Ésta ley obligaba a las diversas Cajas de Previsión a establecer servicios de medicina preventiva con el fin de vigilar el estado de salud de sus imponentes y de adoptar las medidas tendientes a descubrir, previniendo precozmente su desarrollo, las enfermedades crónicas, como la tuberculosis, la sífilis, el cáncer, el reumatismo y otras derivadas del trabajo.

En el año 1952 se dictaron las leyes N° 10.383, que crea el Servicio de Seguro Social; y la ley N° 10.475 la que otorgó por primera vez a los empleados particulares la posibilidad de una previsión total, ya que estableció los beneficios específicos con que debe contar todo régimen provisional (jubilación, y montepío).

El 8 de noviembre de 1952 se promulga la ley N° 10.986, conocida bajo el nombre de Ley sobre Continuidad de la Previsión. Tuvo por finalidad el deseo de evitar la evidente injusticia que representaba para los imponentes de una Caja de Previsión el no poder impetrar o reconocer la antigüedad en la afiliación al instante de jubilar en una Caja diversa, la cual hacía ilusorios sus derechos y trababa notablemente la movilidad laboral.

Luego los obreros se vieron favorecidos en materia de indemnizaciones por años de servicio, auxilio de cesantía y asignaciones familiares, con la dictación de los DFL N° 243 y 245 en el año 1953.

Estas fueron las principales normativas dictadas en la primera mitad del siglo XX.

En la década de los 60 se dictaron leyes importantes, como la N° 15.386 de 1962 sobre revalorización de pensiones, La ley N° 16.744 del año 1968 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y la ley N° 16.781 de 1968 llamada de medicina curativa.

La ley le encomendó al servicio nacional de empleados (SERMENA) la administración del sistema, pudiendo otorgar éste las prestaciones respectivas, sin perjuicio de que el imponente se acogiese al sistema de libre elección tanto

del profesional médico como del establecimiento donde deseaba ser atendido. El SERMENA fijaba anualmente el porcentaje con el cual concurría a financiar el pago de los beneficios, el que oscilaba entre el 50% y un 70%; a la vez establecía un subsidio en dinero destinado a reemplazar la interrupción del ingreso en los casos de licencia por enfermedad de los imponentes.

En la década del 70 se dicta la ley N° 17322 destinada al cobro ejecutivo de imposiciones, vigente hoy en día con algunas modificaciones; su importancia radica en el hecho de que permitió un mejor y expedito control e integro de las cotizaciones de Seguridad Social. En 1974 se crea el Fondo Único de Prestaciones Familiares mediante el decreto N° 307. El mismo año se dicta el Decreto Ley N° 603 relativo al sistema único de subsidios de cesantía y el Decreto Ley N° 879 del año 75 relativo al otorgamiento de pensiones asistenciales para los inválidos sin derecho a pensión y carentes de recursos.

El año 1979 se dicta el Decreto Ley N° 2.448, denominado la “gran reforma de pensiones”, el cual tuvo mucha importancia ya que constituía un avance de la reforma total que se produjo años más tarde.

Las bases del sistema completo fue cambiado con la dictación de los Decretos Leyes N° 3.500 y 3.501 sobre pensiones y cotizaciones, publicados en el Diario Oficial el 13 de noviembre de 1980. Sus orientaciones fundamentales

son las de generar una verdadera solidaridad y seguridad en la base, propiciar la previsión individual y dar paso al principio de la subsidiariedad en el campo de la administración del sistema. Por último la ley N° 19.728 establece un seguro de cesantía.

D. La Seguridad Social y la Constitución de 1980

La Constitución de 1980, en su Capítulo 1 sobre Bases de la Institucionalidad, recoge un conjunto de principios, o directrices globales, que orientan y fundamentan el orden jurídico interno de nuestro país. Ellos representan la tradición constitucional y republicana del Chile independiente.

Se trata de principios reconocidos también por todos los países que comparten las premisas del régimen democrático y del respeto a la persona humana y sus derechos. Pero cada país, según su propio modo de vivir, les imprime su sello particular en la tarea de darles vigencia cotidiana, profundizando sus contenidos y aplicación frente a los nuevos desafíos.

En Chile existe un amplio reconocimiento de la persona humana, su dignidad y derechos, así como de las comunidades en que aquella se desarrolla, partiendo por la familia. Este reconocimiento implica para el Estado

un conjunto exigente de deberes y tareas. De este modo, el pleno respeto de los derechos de las personas impone al Estado las siguientes finalidades:

- Estar al servicio de la persona humana y promover el bien común.
- Respetar y promover los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana.
- Proteger a la familia, núcleo fundamental de la sociedad, y propender a su fortalecimiento.
- Proteger a la población.
- Promover la integración armónica de todos los sectores de la nación.
- Contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible.

De estos principios y, sobre todo, de la dignidad e igualdad inherente a todas las personas, se deducen objetivos socio-económicos prioritarios del país, tales como la cohesión e integración social y la superación de la pobreza entre otros, que son elementos consustanciales a su desarrollo.

Chile es una República democrática que se caracteriza por la vigencia del Estado de Derecho bajo los principios de la supremacía constitucional, de

legalidad, de tutela judicial y de control de los actos de la administración del Estado. Se trata de una democracia participativa e integradora, puesto que es deber del Estado asegurar el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional. Asimismo, es una democracia pluralista, fundada en las libertades individuales y de expresión de todas las opiniones y creencias.

Consecuente con estas bases institucionales la Constitución Política de la República de Chile consagra en su Capítulo 3º una serie de derechos y garantías que deben ser observadas y respetadas, no solo por el Estado, sino que también por toda la ciudadanía en general, y que son las bases de una existencia civilizada y consecuencia de los principios básicos de la formación de un Estado de Derecho consagrados en el Capítulo 1º de nuestra Carta.

Así la Constitución en primer lugar y como antecedente del derecho a la seguridad social, consagra en su artículo 19 n° 1º que:

“La Constitución asegura a todas las personas:

1. El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona.”

Es deber del Estado dar protección a toda persona para resguardarla de todo atentado contra su vida o su integridad, tanto física como psicológica.

A continuación el artículo 19 nº 18 asegura:

“18. El derecho a la seguridad social.

Las leyes que regulen el ejercicio de este derecho serán de quórum calificado.

La acción del Estado estará dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas. La ley podrá establecer cotizaciones obligatorias.

El Estado supervigilará el adecuado ejercicio del derecho a la seguridad social;”

Este precepto se limita a asegurar el derecho a la seguridad social, estatuyendo posteriormente que las leyes que regulen el ejercicio de este derecho será de quórum calificado.

El objeto de la acción de Estado va encaminada a la garantía de acceso que tiene toda persona a prestaciones básicas uniformes y además tendrá por objeto súper vigilar el adecuado ejercicio de esta garantía. Lo último lo realiza a través de la Superintendencia de

Seguridad Social y la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, cuyo estatuto Orgánico está en el D.F.L. N° 101 del 29 de noviembre de 1980. Estas instituciones tienen facultades de control, vigilancia y fiscalización, de tal forma de permitir el adecuado y normal funcionamiento de las instituciones provisionales y el oportuno e íntegro cumplimiento de las prestaciones provisionales que benefician a los cotizantes y a sus familiares.

Debemos señalar que las instituciones provisionales pueden ser tanto públicas como privadas.

Por último la Constitución faculta a la ley para establecer cotizaciones obligatorias, que por regla general lo son, que las pagarán todos los trabajadores dependientes.

III) LICENCIAS MÉDICAS.

A. Concepto

Dentro del ámbito doctrinario y jurídico podemos encontrar diversas definiciones de lo que se entiende por Licencia Médica. A continuación, mencionaremos alguna de las definiciones de uso más frecuente:

- Es el documento extendido por un médico, dentista o matrona, que permite a los afiliados dependientes o independientes ausentarse del trabajo o reducir la jornada laboral durante un tiempo determinado, y que los faculta para obtener un subsidio por incapacidad laboral cuando corresponda.²
- Es el documento que da el derecho a reposo terapéutico del trabajador por incapacidad laboral temporal.³
- Es un beneficio que permite a las personas ausentarse de su trabajo, sin dejar de recibir su remuneración en el caso de los

² Folleto Informativo "Licencias Médicas" que se puede encontrar en cualquier oficina de la *Superintendencia de Isapres* destinado a sus afiliados

³ Pagina N° 3 Oficio N° 4.787 del 2 de Marzo de 2004, de la *Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud*

empleados públicos y municipales, o percibiendo en su reemplazo, un subsidio por incapacidad laboral, calculado en relación a la duración de ella y a las remuneraciones sobre las cuales se ha cotizado para salud.⁴

- El derecho que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación profesional certificada por un medico-cirujano, cirujano-dentista o matrona, reconocida por su empleador en su caso, y autorizada por un servicio de salud o institución de salud previsional según corresponda, durante cuya vigencia podrá gozar de subsidio especial con cargo a la entidad de previsión, institución o fondo especial respectivo, o de la remuneración regular de su trabajo o de ambas en la proporción que corresponda.⁵
- Es un documento que puede ser extendido por un médico cirujano, cirujano-dentista o matrona, mediante el cual el profesional certifica que un trabajador se encuentra incapacitado temporalmente para

⁴ *Página 1, del libro "Licencias Médicas, Subsidios por Incapacidad Laboral", Adriana Maturana Schulze, Nov. 1995*

⁵ *Artículo N° 1 del Decreto Supremo N° 3, de 1984*

trabajar, prescribiendo reposo total o parcial, por un lapso determinado.⁶

B. Efectos

La Licencia Médica, autorizada por la entidad pertinente, constituye un documento oficial que justifica la ausencia del trabajador a sus labores o la reducción de su jornada de trabajo, cuando corresponda, durante un determinado tiempo y puede o no dar derecho a percibir el subsidio o remuneración que proceda, según el caso.⁷

Además de lo anterior, la Licencia Médica una vez que ha sido autorizada por la entidad que corresponda según el caso, Compin, Isapre o Unidad de Licencias Médicas de los Hospitales de los Servicios de Salud, puede dar derecho al pago de un subsidio por incapacidad laboral, cumpliendo con los requisitos establecidos por la normativa vigente.⁸

⁶ Página 3, Punto N° 1 de la circular N° 68 de la Superintendencia de Isapres y de la circular N° 2020 de la Superintendencia de Seguridad Social

⁷ Artículo N° 17 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

⁸ Estos requisitos están establecidos para “los trabajadores independientes” en el artículo 18 de la Ley 18.469. En cambio, los requisitos para “los trabajadores dependientes” se encuentran en el artículo 4 del D. F. L. N° 44

Por último, durante los periodos de incapacidad laboral se deben efectuar las cotizaciones que correspondan para pensión y salud. Las cotizaciones deberán efectuarse sobre la base de la última remuneración o renta imponible correspondiente al mes anterior en que se haya iniciado la Licencia Médica o en su defecto, la estipulada en el respectivo contrato de trabajo. La obligación de imponer abarca todo el periodo de incapacidad laboral, por lo que en el caso de una Licencia Médica de duración igual o inferior a 10 días se deben efectuar cotizaciones incluso por los 3 primeros días de la Licencia, aún cuando respecto del subsidio pagado al trabajador haya existido carencia en el pago de esos 3 primeros días, situación que se produce en el caso de las Licencias Médicas que tengan dicho periodo de tiempo.⁹

Estas cotizaciones las debe efectuar la entidad que paga el Subsidio por Incapacidad Laboral, aún cuando tenga convenio de pago con el empleador.

C. Clases de Licencias Médicas

Las Licencias Médicas pueden tener su origen en la maternidad, en una enfermedad común, en una enfermedad profesional, en un accidente común o en un accidente profesional. Por lo que las Licencias Médicas pueden tener su

⁹ Artículo 22 del D. F. L. N° 44

origen en diversas causales específicas, las que serán mencionadas a continuación: ¹⁰

i) Licencias Médicas por reposo maternal.

La trabajadora al cumplir 34 y media semana de gestación, tiene derecho a una licencia pre-natal por 42 días y una post-natal por 84 días a contar de la fecha del parto. Estos reposos son irrenunciables.

Si a la fecha del término del pre-natal, el parto, no se ha producido, se extenderá una Licencia Médica adicional por los días de diferencia entre el pre-natal y el día anterior al parto. Si por el contrario, el parto se produce antes de los 42 días, la madre perderá los días de adelanto, los que serán descontados del subsidio post-natal.

ii) Licencias Médicas por enfermedad grave del hijo menor de un año.

La madre o el padre tendrán derecho a Licencias Médicas por la enfermedad grave de su hijo menor de 1 año, en caso de que ambos padres trabajen. Cualquiera de ellos y a elección de la madre, podrá gozar del permiso y subsidio correspondiente. Estas Licencias Médicas se extenderán

¹⁰ pagina 3, punto n° 2 de la circular N° 68 de la Superintendencia de Isapres y en la circular N° 2020 de la Superintendencia de Seguridad Social

por periodos de 7 días prorrogables y continuos de 7 en 7 hasta completar un total de 30 días, solo entonces el profesional podrá extender una Licencia Médica por los días que estime conveniente, adjuntando un informe médico complementario.

Actualmente si el menor se encontrase hospitalizado, de acuerdo a lo señalado en el Oficio Ordinario de la Dirección del Trabajo N° 965/0026 de 13 de Marzo de 2003, dicho centro hospitalario se considerará como hogar transitorio del menor, lo que habilitaría a los padres para impetrar el permiso y el subsidio correspondientes.

El subsidio correspondiente a estas licencias es de cargo del Fondo Único de Prestaciones Familiares, cuya administración compete a la Superintendencia de Seguridad Social y es cancelado a través de las unidades de subsidios de los servicios de salud o las Cajas de Compensación de Asignación Familiar.

iii) Licencias Médicas por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Cabe destacar que la cotización que financia esta ley es de cargo exclusivo del empleador y podrá ser administrada por las Mutuales de Seguridad o por el Instituto de Normalización Provisional.

1. Trabajador cuya entidad empleadora cotiza en el INP para los efectos del seguro de la ley N° 16.744:

En el caso de que el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales sea administrado por los Servicios de Salud u otra entidad que no sea mutual de empleadores es aplicable la reglamentación del D.S. N° 3 de 1984.

En todos los casos que a consecuencia de un accidente o una enfermedad calificada como profesional -por un médico dependiente del INP- se requiera que el trabajador guarde reposo durante uno o más días se deberá extender la correspondiente licencia médica o una licencia médica con indicación de reposo parcial, en que además se indique el cambio de las condiciones laborales del trabajador, según corresponda. El médico deberá asegurarse de que dicha autorización, no impida que el trabajador cumpla el tratamiento prescrito para su recuperación y la asistencia a controles y/o tratamientos de rehabilitación. Si habiéndose autorizado trabajo liviano, el médico responsable estima que éste perjudica la recuperación del trabajador,

deberá extender una nueva licencia médica total, por el periodo que estime necesario.

Si el trabajador concurre a un médico o centro hospitalario que no sea del organismo administrador y/o que no tenga convenio con éste y se le extiende una licencia médica que califique la enfermedad como laboral, corresponde a aplicar la normativa del Decreto Supremo N° 3 de 1984, del Ministerio de Salud, en tal caso el trabajador deberá presentar la licencia médica al empleador dentro de los 2 o 3 días hábiles siguientes, según se trate de dependiente del sector privado o público, plazo que en ambos casos se cuenta desde el inicio del reposo. El empleador deberá tramitar dicha licencia ante el COMPIN del Servicio de Salud que corresponda al servicio de la empresa.

2. Trabajador cuya entidad empleadora está adherida a una mutualidad de la ley N° 16.744:

Debido a que la regulación de la ley N° 16.744, en el caso de que la entidad empleadora esté adherida a una mutualidad, no contempla la existencia de las licencias médicas, las que son denominadas “ordenes de reposo”, solo nos referiremos a esta materia a través de un comentario general.

En todos los casos que a consecuencia de un accidente o una enfermedad calificada como profesional -por un médico dependiente de la mutualidad- se requiera que el trabajador guarde reposo durante uno o más días se deberá extender la correspondiente “orden de reposo ley N° 16.744” o una “orden de reposo ley N° 16.744 con indicación de trabajo liviano” en que además se indique el cambio de las condiciones laborales del trabajador, según corresponda. El médico deberá asegurarse de que dicha autorización, no impida que el trabajador cumpla el tratamiento prescrito para su recuperación y la asistencia a controles y/o tratamientos de rehabilitación. Si habiéndose autorizado trabajo liviano, el médico responsable estima que éste perjudica la recuperación del trabajador, deberá extender una nueva “orden de reposo absoluto”, por el periodo que estime necesario.

Si el trabajador sufre un accidente o una enfermedad y es atendido por un médico no dependiente de la mutualidad, a la cual está adherida su empresa, le otorga una licencia médica que califica la enfermedad como laboral, el trabajador deberá concurrir a la mutualidad para que en ésta sea atendido y se pueda determinar si la afección es efectivamente de origen profesional. Si la mutualidad califica la afección como de origen profesional deberá otorgar las prestaciones médicas que correspondan y si el trabajador está incapacitado temporalmente para desempeñar su trabajo, deberá emitirle la correspondiente

“orden de reposo”, la que en todo caso no queda limitada por los días que había indicado el médico particular en la licencia médica. Se debe tener presente que las mutualidades de empleadores de la ley N° 16.744 no emiten licencias médicas por patologías o accidentes laborales, sino que dictan una “orden de reposo”.

Para los efectos de las estadísticas que deben de llevar las entidades empleadoras y organismos administradores, se considerarán días de trabajo perdidos todos los días de reposo con derecho a subsidio que constan en una “orden de reposo” debidamente extendida por el organismo competente, aun los que tengan indicación de desempeño con trabajo liviano.

Todos los trabajadores dependientes o independientes protegidos por la ley N° 16.744 tienen derecho a subsidio por incapacidad laboral (SIL) en caso de incapacidad temporal o transitoria, el cual tiene por objeto reemplazar sus remuneraciones en actividad.

Para obtener este beneficio, el trabajador debe contar con una “orden de reposo” otorgada por el médico tratante de la mutualidad respectiva. En ningún caso se requiere un tiempo mínimo de afiliación y cotización ya que en este seguro opera el principio de la automaticidad de las prestaciones.

El subsidio se pagará durante todo el periodo de tratamiento, incluso por los días feriados, desde el día en que ocurrió el accidente del trabajo o se comprobó la enfermedad profesional, hasta la curación o la declaración de invalidez.

La duración máxima del periodo de subsidio será de 52 semanas, prorrogables por 52 semanas más cuando sea necesario para un mejor tratamiento del trabajador o para atender a su rehabilitación. Si al cabo de las 52 o de las 104 semanas, según sea el caso, no se hubiere logrado la curación o rehabilitación, se presume que presenta un estado de invalidez, por lo que procede que sea evaluada su incapacidad permanente.

La base de cálculo del subsidio por incapacidad temporal¹¹, es una cantidad equivalente al promedio de la remuneración mensual neta, del subsidio o de ambas, que se hayan devengado en los tres meses calendario más próximos al mes en que se inicie el reposo¹². En el caso que el trabajador no registre cotizaciones suficientes para enterar los meses a promediar deberá considerarse la remuneración mensual neta resultante de lo establecido en el contrato del trabajo, las veces que sea necesario. En el caso de los trabajadores contratados por turno, que no registren ingresos ni subsidios,

¹¹ Conforme a la modificación introducida al art. 30 de la ley N° 16.744, por la letra c) del art. 96 de la ley N° 18768

¹²En los términos del art. 8 del DFL 44 de 1978 del Ministerio del Trabajo

deberá considerarse en la base de cálculo del subsidio la remuneración pactada por el turno en el contrato de trabajo, sin amplificar. Tratándose de trabajadores con jornadas parciales que laboran solo algunos días de la semana, el subsidio debe calcularse de acuerdo a las normas generales del artículo 30 de la ley N° 16.744 y pagarse por la totalidad de los días que se indiquen en la respectiva “orden de reposo”.

Para el cálculo de la base del subsidio por incapacidad temporal, no se considerarán las remuneraciones ocasionales.¹³

El monto del subsidio se reajustará en la misma proporción en la que aumenten los correspondientes sueldos o salarios en virtud de leyes generales o por aplicación de convenios colectivos de trabajo.

Si el trabajador accidentado tiene dos o más empleadores, deberá generar los subsidios correspondientes por todos los empleadores.

iv) Licencias Médicas por accidentes y enfermedades comunes.

¹³ Modificación introducida por el N° 3 del artículo 8 de la ley N° 19.454, al artículo 30 de la ley N° 16.744, que hizo aplicable al calculo de los subsidios por incapacidad laboral de origen profesional, entre otros, el artículo 10 del DFL 44 de 1978.

Este tipo de licencias médicas están reguladas por la normativa contenida en el Decreto Supremo N° 3 de 1984 del Ministerio de Salud y sus modificaciones; se aplica a todos los trabajadores del sector público y privado, cualquiera sea el sistema de salud al cual hayan optado.

Este tipo de Licencia Médica, una vez autorizada por la entidad pertinente, constituye un documento oficial que justifica la ausencia del trabajador a sus labores o la reducción de su jornada de trabajo, cuando corresponda, durante un determinado tiempo y puede o no dar derecho a percibir el subsidio o remuneración que proceda, según el caso.

Además de lo anterior, la Licencia Médica una vez que ha sido autorizada por la entidad que corresponda según el caso, Compin, Isapre o Unidad de Licencias Médicas de los Hospitales de los Servicios de Salud, puede dar derecho al pago de un subsidio por incapacidad laboral, cumpliendo con los requisitos establecidos por la normativa vigente.

Para terminar, cuando se trabee discusión sobre si la enfermedad o accidente tiene un origen laboral o común, se deberá concurrir ante el organismo del régimen previsional a que este afiliado, que no sea el que rechazó la licencia o el reposo médico, el cual estará obligado a cursarla de

inmediato y a otorgar las prestaciones médicas o pecuniarias que correspondieren, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos si procedieren que establece el artículo 77 bis de la ley N° 16.744.

D. Efectos del otorgamiento de una Licencia Médica y su relación con el Contrato de Trabajo.

- **RESPECTO A LA EXTENSIÓN DE LA JORNADA LABORAL:**

El artículo N° 6 del Decreto Supremo N° 3 faculta a los profesionales, autorizados para la emisión de las Licencia Médicas, en consideración a la gravedad y naturaleza de la dolencia, el tipo de incapacidad que ésta produzca y la jornada de trabajo del afectado podrán prescribir reposo total o parcial. Sin embargo, en los casos de Licencia por descanso Maternal y por Enfermedad Grave del hijo menor de 1 año, sólo podrán ordenar reposo total.

La Licencia Médica que ordena reposo Parcial, confiere al trabajador el derecho a reducir a la mitad su jornada laboral durante el tiempo en que se extiende el reposo.

La Licencia Médica que prescribe reposo Total, otorga al trabajador el derecho a ausentarse de su trabajo durante el tiempo que ella determina.

El trabajador afecto a reposo parcial que tenga más de un empleador deberá realizar su jornada parcial de trabajo en la mañana o en la tarde, según se le indique en la Licencia Médica, en el empleo o los empleos en que presta sus servicios en el horario señalado. Durante el periodo de este tipo de Licencia Médica, el trabajador no podrá presentar una Licencia adicional extendida por otro profesional que también otorgue reposo parcial.

- RESPECTO A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO DE TRABAJO:

El artículo 161 inciso 3 del Código del Trabajo señala expresamente “las causales señaladas en los incisos anteriores no podrán ser invocadas con respecto a trabajadores que gocen de licencia por enfermedad común, accidente del trabajo o enfermedad profesional, otorgada en conformidad a las normas legales vigentes que regulan la materia”. Este artículo se refiere a las causales de término del contrato de trabajo señaladas en el artículo 161 incisos 1 y 2 tales como necesidades de la empresa, establecimiento o servicio y el desahucio escrito del empleador, respecto de los trabajadores que tengan poder para representar al empleador (ejemplo: gerentes) y los trabajadores de casa particular. Sin embargo, este inciso final del artículo 161 puede tener una aplicación más amplia que dejaría cubierto al trabajador de la causal N° 3 del

artículo 160 del Código del Trabajo, que permite poner termino al contrato de trabajo sin derecho a indemnización, debido a que el trabajador que no concurre a sus labores tendría una causa justificada, señalada en la Licencia Médica emitida por el profesional respectivo y presentada oportunamente al empleador, que no permitiría que se pusiese término al contrato de trabajo sin la respectiva indemnización.

E. Normativa que las rige

- i) Licencias Médicas por reposo maternal.
- ii) Licencias Médicas por enfermedad grave del hijo menor de un año.
- iii) Licencias Médicas por accidentes comunes.
- iv) Licencias Médicas por accidentes del trabajo.
- v) Licencias Médicas por enfermedad común.

La tramitación de estas Licencias Médicas están regidas por las disposiciones del Decreto Supremo N° 3 del Ministerio de Salud, del año 1984.

Sin embargo, las Licencias emitidas por las Mutualidades de Empleadores a los trabajadores que se desempeñen en las empresas afiliadas a ellas, se rigen por la Ley N° 16.744 que regula el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, en este caso el documento emitido por la Mutualidad no se llama Licencia Médica sino que se denomina “ORDEN DE REPOSO”.¹⁴

¹⁴ *página 4, punto 3 de la circular N° 68 de la Superintendencia de Isapres y en la circular N° 2020 de la Superintendencia de Seguridad Social. Reiterando lo señalado en el inciso 5 del artículo 2 del Decreto Supremo N° 3 de 1984*

IV) TRAMITACIÓN.

a) Personas facultadas para otorgar Licencias Médicas.

De acuerdo al artículo 6 del Decreto Supremo N° 3, los profesionales autorizados para certificar la dolencia que afecte a un trabajador y que origina el otorgamiento de las Licencias Medicas son¹⁵:

- Los Médico-Cirujano.
- Los Cirujanos-Dentistas.
- Las Matronas ¹⁶

Estos profesionales deben certificar la dolencia que afecta al trabajador, firmando un formulario confeccionado para tal efecto por el Ministerio de Salud.

¹⁵ *página 4, punto 4 de la circular N° 68 de la Superintendencia de Isapres y en la circular N° 2020 de la Superintendencia de Seguridad Social*

¹⁶ solo en el caso de embarazo y parto normal

En el mes de Octubre de 2002, el Ministerio de Salud unifico el formulario que debe ser completado por el profesional.

En la sección A de dicho formulario se debe señalar claramente, en forma manuscrita y sin enmiendas¹⁷ por el profesional que extiende la Licencia Médica los siguientes datos.¹⁸

- Identificación del trabajador o trabajadora (nombre completo, run, edad y sexo).
- En el caso de Licencia Médica por enfermedad grave del hijo menor de 1 año y post natales, se debe identificar al hijo (nombre completo, fecha de nacimiento y run).
- Fecha de emisión de la Licencia Médica.
- Fecha de inicio del reposo.

¹⁷ Artículo 53: “La enmendadura de la licencia, de cualquier naturaleza que ella sea será motivo de su rechazo aún cuando se presente con la enmienda salvada por quién cometió el error”.

¹⁸ *página 4, punto 6 de la de la circular N° 2020 de la Superintendencia de Seguridad Social y a la circular N° 68 de la Superintendencia de Isapres*

- Días de duración de la Licencia, en números y palabras. Se considerarán para el efecto de la duración del reposo días corridos, debiendo incluirse sábados, domingos y festivos.
- Tipo de Licencia Médica registrando del 1 al 7, el numero que corresponda de acuerdo a la circular N° 2020 de la superintendencia de Seguridad Social y a la circular N° 68 de la superintendencia de Isapres.
- Recuperabilidad de la capacidad para trabajar.
- Circunstancia de haberse iniciado el trámite de invalidez.
- En el caso de las Licencias Médicas por accidentes del trabajo, la indicación de tratarse de un accidente del trayecto o no, la fecha y la hora del accidente del trabajo y del trayecto.
- En el caso de las Licencias Maternal de prenatal y postnatal y la de patología del embarazo, debe señalarse la fecha de la concepción.

- Características del reposo, según sea total o parcial, y en este último caso, si es de mañana, tarde o noche. Las Licencias Médicas pre y post natales y por enfermedad grave del hijo menor de un año, solo podrán ser por reposo total.
- El lugar del tratamiento o reposo indicando si se deberá cumplir en el domicilio, en un hospital o en otro lugar, y en este último caso, el motivo del cambio de domicilio de reposo. Debe señalarse asimismo, la dirección y teléfono, incluyendo teléfono de contacto.
- Diagnostico principal y otros diagnósticos, incluyendo los antecedentes clínicos y exámenes de apoyo diagnóstico (fecha de intervención quirúrgica u otros procedimientos, complicaciones de las patologías, etc.)
- La constancia de los datos profesionales y personales del otorgante.

Para los efectos del cómputo de la duración de la Licencia Médica, los plazos que establece el reglamento son de días corridos, considerándose por ende los días sábados, domingos y festivos.¹⁹

El profesional deberá suscribir el formulario de licencia médica, hacerlo firmar por parte del trabajador, doblar la parte inferior de la primera hoja en el lugar señalado con línea discontinua en los márgenes, y sellarlo con cinta adhesiva que se encuentra ubicada en la última página del talonario.

Posteriormente, el profesional deberá retirar la tercera hoja correspondiente al recibo para el profesional y entregar al trabajador la primera y segunda hojas.

El profesional deberá extender tantas Licencias Medicas, por igual periodo de diagnóstico, como sea necesaria a aquellos trabajadores que presten servicios a dos o más empleadores y que, por esta causa deban presentarlas en más de un servicio de salud.

Los profesionales señalados en consideración a la gravedad y naturaleza de la dolencia, el tipo de incapacidad que ésta produzca y la jornada de trabajo del afectado podrán prescribir reposo total o parcial. Sin embargo, en los

¹⁹ Artículo 65 del D. S. N° 3

casos de Licencia por descanso Maternal y por Enfermedad Grave del hijo menor de 1 año, sólo podrán ordenar reposo total.

La Licencia Médica que ordena reposo Parcial, confiere al trabajador el derecho a reducir a la mitad su jornada laboral durante el tiempo en que se extiende el reposo.

La Licencia Médica que prescribe reposo Total, otorga al trabajador el derecho a ausentarse de su trabajo durante el tiempo que ella determina.

El trabajador afecto a reposo parcial que tenga más de un empleador deberá realizar su jornada parcial de trabajo en la mañana o en la tarde, según se le indique en la Licencia Médica, en el empleo o los empleos en que presta sus servicios en el horario señalado. Durante el periodo de este tipo de Licencia Médica, el trabajador no podrá presentar una Licencia adicional extendida por otro profesional que también otorgue reposo parcial. ²⁰

²⁰ *Artículo 6 D .S. N° 3*

b) Beneficiarios

Los beneficiarios de las Licencias Médicas son tanto los trabajadores independientes como los dependientes del sector público y privado, deben reunir requisitos de afiliación y cotización señalados en la ley.²¹

c) Plazos de presentación

i) Trabajador Dependientes del sector privado: Dispone de 2 días hábiles contados desde el inicio de la Licencia Médica, para presentarla ante su empleador. Dicho plazo se debe empezar a contar desde el primer día hábil del reposo prescrito en la Licencia Médica. ²²

ii) Trabajador Dependientes del sector público: Dispone de 3 días hábiles contados desde el inicio de la Licencia Médica, para presentarla ante su empleador. Dicho plazo se debe empezar a contar desde el primer día hábil del reposo prescrito en la Licencia Médica. ²³

²¹ Estos lo veremos en el punto sobre requisitos para obtener el subsidio

²² Artículo 11 inciso 1 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

²³ Artículo 11 inciso 1 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

iii) Trabajador Independiente: La Licencia Médica debe ser tramitada directamente ante el organismo que corresponda, el respectivo COMPIN o ISAPRE. Para esta tramitación el trabajador dispone de los 2 días hábiles siguientes a la fecha de emisión de la Licencia, siempre que esté dentro del periodo de vigencia de dicha Licencia.²⁴

La presentación de una Licencia Médica por parte del trabajador fuera de los plazos anteriormente mencionados, habilita a la COMPIN o a la ISAPRE para rechazarla.²⁵

- JURISPRUDENCIA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL:

“- Of. Ord. N° 2.822, de 10 de Marzo de 1994 “El plazo de presentación de una Licencia Médica que reemplaza a otra que requirió de enmiendas, se entiende cumplido si se presentó dentro del plazo de la Licencia reemplazada”.

-Of. Ord. N° 2.837, de 10 de Marzo de 1994: “Los plazos señalados expiran al término del horario de atención de público con el que funciona el organismo correspondiente, el último día del plazo”.

Este rechazo es procedente salvo que no se haya podido presentar la Licencia Médica dentro de dichos plazos por la ocurrencia de un Caso

²⁴ Artículo N° 13 Inciso 2 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

²⁵ Art. 54 inciso 1 del D.S. N° 3, de 1984

fortuito o la existencia de Fuerza Mayor.²⁶ En relación a esta materia, debemos entender por Caso Fortuito o Fuerza Mayor a “Cualquier circunstancia especial y atendible que haya impedido que la Licencia Médica se tramite oportunamente”.

-Jurisprudencia de la Superintendencia de Seguridad Social:

“- Of. Ord. N° 1.799, de 9 de Febrero de 1994: “La fuerza mayor justifica la presentación de una Licencia Médica fuera de plazo la que debe ser admitida a tramitación”.

– Of. Ord. N° 5.161, de 9 de Mayo de 1994: “ Se considera como Fuerza Mayor o Caso Fortuito que justifica la presentación de una Licencia Médica fuera de plazo, la circunstancia de no haber sido ésta extendida oportunamente por el profesional a quien correspondía hacerlo”.

d) Lugar dónde debe presentar la Licencia Médica el trabajador

Para determinar el lugar donde el trabajador debe presentar la Licencia Médica, debemos distinguir entre:

²⁶ Art. 54 inciso 2 del D.S. N° 3, de 1984

i) Trabajadores Dependientes: Los trabajadores dependientes, tanto del sector público como del sector privado, deben presentar la Licencia Médica directamente ante su respectivo empleador dentro de los plazos establecidos en la ley.

ii) Trabajadores Independientes: Los trabajadores independientes deben presentar la Licencia Médica directamente ante el COMPIN o ISAPRE, según corresponda, dentro de los plazos establecidos en la ley.

El empleador, en el acto de recepcionar el formulario de licencia, procederá a desprender el recibo para el trabajador, el que claramente fechado y firmado se entregará al trabajador.²⁷

Este recibo servirá al trabajador para acreditar la entrega de la licencia médica dentro del plazo a que se refiere el artículo 11, como también para el cobro del subsidio a que de lugar la licencia médica autorizada.²⁸

Una vez recibida la Licencia Médica, el empleador o el trabajador independiente deben proceder a completar los siguientes antecedentes en la sección C del formulario de Licencia Médica²⁹:

²⁷ Artículo N° 12 Inciso 1 del Decreto Supremo N° 3 DE 1984

²⁸ Artículo N° 12 Inciso 2 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

- Identificación completa del empleador o trabajador independiente.
- Indicación de la actividad laboral del trabajador y su ocupación.
- Identificación del régimen previsional del trabajador.
- Señalar la calidad del trabajador.
- Señalar la fecha de la primera afiliación a una entidad previsional.
- Señalar la fecha del contrato de trabajo.
- Señalar el tipo entidad pagadora del subsidio.
- Señalar el nombre de la entidad pagadora del subsidio.

²⁹ *pagina 6, punto 7 de la circular N° 68 de la Superintendencia de Isapres y en la circular N° 2020 de la Superintendencia de Seguridad Social*

- Informar las remuneraciones imponibles, rentas y/o subsidios, consignando la información correspondiente a los meses anteriores a la fecha de la incapacidad, excepto las remuneraciones ocasionales o que correspondan a un período superior a un mes.

En el caso de las Licencias Maternales deberá completarse, además, el cuadro complementario.

- Señalar el porcentaje de desahucio, en el caso de los funcionarios públicos que mantienen el régimen de la ex-Caja de Empleados Públicos, entre otros.
- Señalar la remuneración imponible total del mes anterior al inicio de la Licencia Médica, con el tope de las 60 U.F.
- Indicar si el trabajador ha tenido Licencias Médicas anteriores en los últimos 6 meses, en caso afirmativo, consignar la información correspondiente.

- El empleador y el trabajador independiente, en su caso, deberán suscribir el formulario de Licencia Médica consignando su nombre. El empleador, además, deberá estampar su timbre.

Es de exclusiva responsabilidad del empleador, del trabajador independiente o de la entidad de previsión en este último caso, consignar con exactitud los antecedentes requeridos en el formulario de Licencia Médica y su entrega oportuna en el establecimiento competente del Servicio de Salud respectivo o en las oficinas de la ISAPRE que corresponda.³⁰

La omisión por parte de éstos, de antecedentes administrativos o de Licencias Médicas anteriores, y las enmendaduras de la misma, serán causal de devolución de la Licencia Médica por no cumplir ésta con los correspondientes requisitos.³¹

e) Momento y lugar en el cual debe entregar la Licencia el empleador

³⁰ Artículo N° 13 Inciso 3 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

³¹ Artículo N° 13 Inciso 4 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

El empleador, luego de completar los antecedentes pertinentes relacionados con la individualización de la entidad empleadora, debe entregar la Licencia Médica en el organismo competente (COMPIN, Caja de Compensación de Asignación Familiar o ISAPRE) dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción.³²

- Trabajador que cotiza para salud en FONASA: El empleador debe presentar la Licencia Médica en la COMPIN del Servicio de Salud correspondiente al lugar de desempeño del trabajador.
- Trabajador que cotiza para salud en una ISAPRE: El empleador debe presentar la Licencia Médica en la oficina de la ISAPRE a la cual esta afiliado el trabajador.
- Los Empleadores de la Región Metropolitana afiliados a una C.C.A.F.: El empleador debe presentar la Licencia Médica en la caja a la cual se encuentra afiliado, debiendo la caja remitirla a la COMPIN que corresponda.

Es de exclusiva responsabilidad del empleador, del trabajador independiente o de la entidad de previsión en este último caso, la entrega oportuna de la Licencia Médica en el establecimiento competente del Servicio

³² Artículo N° 13 Inciso 2 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

de Salud respectivo o en las oficinas de la ISAPRE que corresponda.³³ El hecho que el empleador no presente la Licencia Médica dentro del plazo señalado por la ley no autoriza al respectivo organismo, sea la COMPIN o la ISAPRE, a rechazar la Licencia Médica. El organismo respectivo debe autorizar la Licencia Médica con cargo al empleador que no presentó la Licencia Médica dentro del plazo.

- JURISPRUDENCIA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL:

“-Of. Ord. N° 5.189, de 26 de Mayo de 1993: “No procede aplicar la sanción de pago de la Licencia Médica al empleador que la remitió oportunamente a un organismo que tiene facultades para recibir Licencias Médicas y conocerlas en algunos casos, ya que aunque sea incompetente en la situación específica, el hecho de remitirla por parte del empleador demuestra una clara intención y voluntad de cumplir en los plazos previstos”.

Ante esta situación el organismo respectivo, SERVICIO DE SALUD, C.C.A.F. o ISAPRE, debe pagar el subsidio de incapacidad laboral al trabajador; y posteriormente dicho organismo tiene derecho a exigir al empleador que le reembolse el subsidio de incapacidad laboral pagado al trabajador.

³³ Artículo N° 13 Inciso 3 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

f) Tramitación que le da la COMPIN o ISAPRE a la Licencia Médica presentada por el empleador

Una vez recepcionado el formulario de Licencia Médica, con indicación de fecha, en la COMPIN o en la oficina de la ISAPRE correspondiente, se examinará si en él se consignan todos los datos requeridos para su resolución, y se procederá a completar aquéllos omitidos que obren en su poder. De no ser esto último posible, se devolverá de inmediato el formulario al empleador o al trabajador independiente, para que lo complete dentro del segundo día hábil siguiente. En este caso, el cómputo de los plazos que establece el Artículo 25 del Decreto Supremo N° 3 de 1984, empezará a correr desde la fecha de reingreso de la Licencia Médica.³⁴

Si la recepción del formulario de Licencias Médicas no mereciere observaciones, el organismo respectivo, COMPIN o ISAPRE, debe emitir una resolución que puede, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo N° 16 del Decreto Supremo N° 3 de 1984:³⁵

- i) Rechazar la Licencia Médica.

³⁴ Artículo 19 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

³⁵ Ver anexos N°s 9 y 10 de la sección gráficos

- ii) Aprobar la Licencia Médica.
- iii) Reducir el período de reposo.
- iv) Cambiar el Reposo de Total a Parcial.
- v) Cambiar el Reposo de Parcial a Total.

La resolución o pronunciamiento del organismo respectivo se deberá estampar en el mismo formulario de Licencia Médica y se dejará constancia de los fundamentos tenidos en vista para adoptar la medida señalada.

El organismo respectivo para emitir dicha resolución puede ordenar, si lo estima conveniente, alguna de las siguientes medidas: ³⁶

- Disponer la realización de una visita al trabajador en su lugar de reposo.
- Practicar o solicitar nuevos exámenes o ínter consultas.

³⁶ Artículo N° 21 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

- Solicitar un informe al profesional que extendió la Licencia Médica.
- Solicitar al empleador envío de informes o antecedentes de carácter administrativo, laboral o previsional.
- Decretar cualquier otra medida que permita una mejor resolución.

- JURISPRUDENCIA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL:

“-Of. Ord. N° 9.640, de 20 de Agosto de 1994: “ La falta de presentación de los antecedentes clínicos que puede pedir la COMPIN, no es causal suficiente para la reducción del período de reposo señalado en la Licencia ni para su rechazo.”

Sin perjuicio de las medidas señaladas anteriormente, la COMPIN deberá requerir todos los demás antecedentes y exámenes que el Ministerio de Salud ordene solicitar, respecto de aquellas patologías específicas que éste señale,

para que la Licencia Médica pueda ser visada por períodos superiores a los que esa Secretaría de Estado determine.³⁷

Debemos recordar que es competencia privativa de la Unidad de Licencias Médicas, de la COMPIN o de la ISAPRE, en su caso, ejercer el control técnico de las Licencias Médicas.³⁸

- JURISPRUDENCIA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL:

“-Of. Ord. N° 7.884, de 20 de Julio de 1994: “La reducción del período de duración de una Licencia Médica sólo puede fundamentarse en antecedentes técnicos médicos y no en la circunstancia de que ésta sea extendida por un período en el que existen días festivos”.

a) La COMPIN tendrá un plazo de 7 días hábiles para pronunciarse sobre la Licencia Médica, este plazo se contará desde la fecha en que el respectivo formulario se haya recepcionado en la secretaría de dicha comisión. Este plazo podrá ampliarse por otros 7 días hábiles en caso que los antecedentes requieran estudio especial, dejándose constancia de ese hecho. Cuando a juicio de la Comisión, sea necesario un nuevo examen del trabajador o solicitar informes o exámenes complementarios para pronunciarse sobre la Licencia

³⁷ Artículo N° 21 inciso final del Decreto Supremo N° 3 de 1984

³⁸ Artículo N° 14 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

Médica, el plazo se prorrogará por el lapso necesario para el cumplimiento de esas diligencias, el que no podrá exceder de 60 días, decisión que deberá ser comunicada al interesado y al empleador.³⁹ En este caso corresponde al Jefe Superior del Servicio de Salud el debido control y fiscalización de los plazos de autorización de las Licencias Médicas.⁴⁰

b) Las ISAPRES deberán pronunciarse sobre las Licencias Médicas que les correspondan autorizar dentro del plazo fatal de 3 días corridos, contados desde la fecha de presentación y recepción de la Licencia Médica en sus oficinas.⁴¹ En este caso corresponde a FONASA el debido control y fiscalización de los plazos de autorización de las Licencias Médicas.⁴²

En el caso de que transcurran los plazos para pronunciarse, señalados anteriormente, sin que la entidad competente emita el pronunciamiento respectivo sobre la Licencia Médica, esta se entenderá autorizada y se procederá a los tramites de pago y demás efectos legales, todo esto si procediese.⁴³

³⁹ Artículo N° 24 inciso 3 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

⁴⁰ Artículo N° 25 inciso 2 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

⁴¹ Artículo N° 24 inciso final del Decreto Supremo N° 3 de 1984 y el artículo 37 inciso de la Ley 18.933

⁴² Artículo N° 25 inciso 3 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

⁴³ Artículo N° 25 inciso 1 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

El pronunciamiento de la COMPIN o de la ISAPRE se estampará en el formulario de Licencia Médica bajo la firma del profesional respectivo, del presidente del COMPIN o del profesional designado, por la ISAPRE, según corresponda.⁴⁴

g) Causales por las cuales el organismo respectivo puede rechazar, reducir o modificar la Licencia Médica

Las causales⁴⁵ por las cuales el organismo respectivo puede rechazar, reducir o modificar la Licencia Médica se pueden clasificar en 2 grandes grupos:

1) CAUSALES DE ORDEN MÉDICO: Dentro de estas causales encontramos las siguientes:

- Falta de justificación del reposo: Se considera que no hay una incapacidad laboral temporal que impida que el trabajador concurra a trabajar. O que estando actualmente impedido de ir al trabajo, el reposo otorgado es excesivo, procediendo que vuelva a trabajar en una fecha anterior a la señalada en la Licencia Médica.

⁴⁴ Artículo N° 26 del Decreto Supremo N° 3 de 1984

⁴⁵ página 20 puntos 16, 17 y 18 de la “Guía sobre Licencias Médicas y Subsidios por incapacidad Laboral”, de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile y la Superintendencia de Seguridad Social

➤ Pérdida de la temporalidad de la Licencia Médica: Corresponde rechazar las Licencias Médicas en que se determine que el trabajador ya no va a estar nuevamente en condiciones de volver al trabajo. Esto se explica por que la Licencia Médica es un beneficio temporal, su finalidad es que el trabajador haga reposo por un tiempo para que recupere su salud y vuelva a trabajar, por lo que no puede usarse indefinidamente como si fuera una pensión de invalidez.

2) Causales de orden Jurídico-Administrativo: Las causales de orden Jurídico-Administrativo son las siguientes:

- Presentación de la Licencia Médica fuera de plazo por parte del trabajador.
- No tener la calidad de trabajador dependiente o independiente.
- Realización de trabajos, remunerados o no, durante el período de reposo dispuesto en la Licencia Médica.
- La falsificación o adulteración de la Licencia Médica.

- La enmendadura de la Licencia Médica. En este caso para que sea aprobada se debe solicitar una Licencia Médica que reemplace a la enmendada.
- La entrega de antecedentes clínicos falsos o la simulación de enfermedad, debidamente comprobada.
- Incumplimiento del reposo. En este caso no se encuentran comprendidos la concurrencia a exámenes o procedimientos ordenados por el mismo profesional, situación que debe acreditarse.

La resolución que dicte la COMPIN o LA ISAPRE rechazando, reduciendo o modificando la Licencia Médica debe consignarse en el formulario de la respectiva Licencia Médica y debe llevar la firma del médico autorizado, expresándose claramente la causal en que su funda el rechazo, reducción o modificación.

h) Organismos a los cuales se recurre en caso de rechazo de una Licencia Médica

En caso de ser rechazada, reducida o modificada la Licencia Médica por la resolución dictada por la respectiva ISAPRE o COMPIN, el trabajador puede apelar a dicha resolución. El organismo ante el cual se debe presentar la apelación varía dependiendo si el trabajador cotiza para FONASA o cotiza para una ISAPRE:

- 1) Trabajador que cotiza para FONASA: El trabajador debe apelar a la resolución dictada por la COMPIN, que modifica o rechaza la Licencia Médica, ante la Superintendencia de Seguridad Social. Esta apelación se puede realizar personalmente o por el envío de una carta a la Superintendencia de Seguridad Social ubicada en Huérfanos 1.376, Santiago.⁴⁶

Para efectuar la apelación ante la Superintendencia de Seguridad Social de la resolución dictada por la COMPIN, que modifica o rechaza la Licencia Médica no existe un plazo. Sin embargo el subsidio que puede generar la Licencia Médica prescribe en el plazo de 6 meses contados desde el término de dicha Licencia.

⁴⁶ Pagina 22, Puntos 21 de la guía sobre Licencias Médicas de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile y la Superintendencia de Seguridad Social

Cuando la Superintendencia de Seguridad Social conozca de estos reclamos en contra de las resoluciones emitidas por las Unidades de Licencias Médicas o de una COMPIN sobre una licencia médica de las personas afiliadas a FONASA; las COMPIN, C.C.A.F. de la Región Metropolitana dispondrán de un plazo de 10 días hábiles para proporcionar los antecedentes requeridos y de 15 días hábiles en caso de las demás Regiones. Dicho plazo comenzará a correr desde la fecha en que el oficio en que se requieren los antecedentes sea despachado por esta Superintendencia. De no proporcionarse los antecedentes dentro del plazo citado, se procederá a resolver la situación con los antecedentes de que se disponga.

- 2) Trabajador que cotiza para una ISAPRE: El trabajador debe apelar a la resolución dictada por la ISAPRE, que modifica o rechaza la Licencia Médica, ante la COMPIN correspondiente al Servicio de Salud que sea competente de acuerdo al domicilio que el trabajador haya establecido en el contrato de salud con la respectiva ISAPRE.⁴⁷

⁴⁷ artículo N° 37 inciso 3 de la Ley 18.933

El plazo que tiene el trabajador para apelar es de 15 días hábiles contados desde la recepción de la carta certificada en que la ISAPRE notificó la modificación o rechazo de la licencia médica.

El pronunciamiento de la COMPIN debe emitirse mediante una resolución, la que se debe notificar al trabajador, al empleador y, en su caso, a la respectiva ISAPRE.

Dicha resolución debe emitirse en forma clara y legible, y firmarse por el Presidente de la COMPIN o por el Secretario de la misma.

En ella se deberán señalar claramente los fundamentos tenidos en consideración para emitir el pronunciamiento, ya sea que se rechace o acoja total o parcialmente la apelación.

Si la COMPIN no admite la apelación a trámite por estimar que ésta se presentó fuera del plazo de 15 días hábiles contados desde la recepción de la carta certificada en que la ISAPRE notificó el rechazo, modificación, o aprobación, deberá indicar claramente la fecha en que el interesado recibió la citada carta y la fecha en que se ingresó la apelación.

Conforme con lo establecido en la Circular N° 67 de 7 de junio de 2002, de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, las ISAPRES podrán resolver en primera instancia los reclamos que se derivan a la COMPIN, de acuerdo a nuevos antecedentes que le presente el afiliado. En estos casos, el plazo de apelación ante la COMPIN debe contarse desde la recepción del pronunciamiento definitivo de la ISAPRE.

Por último, cabe señalar que de la resolución que dicte la COMPIN se puede apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social.

Recibida una apelación, la Superintendencia podrá solicitar informe a los Organismos involucrados, los que deberán remitir la información solicitada dentro del plazo de 10 días hábiles si la ISAPRE que dictó la resolución apelada es de la Región Metropolitana y tendrá un plazo de 15 días hábiles en caso de las de que sea una ISAPRE ubicada en las demás Regiones. Dicho plazo comenzará a correr desde la fecha en que el oficio en que se requieren los antecedentes sea despachado por esta Superintendencia. De no proporcionarse los antecedentes dentro

del plazo citado, se procederá a resolver la situación con los antecedentes de que se disponga.

La interposición de la señalada apelación no suspenderá los efectos de lo resuelto por la COMPIN.

i) Subsidio que otorga la Licencia Médica autorizada por la COMPIN o la ISAPRE respectiva

La Licencia Médica autorizada por la COMPIN o la ISAPRE produce, respecto de los trabajadores que reúnen los requisitos de afiliación y cotización que correspondan en cada caso, el pago de un Subsidio por Incapacidad Laboral (S.I.L.).

El subsidio a que da origen la Licencia Médica es “una suma de dinero que se paga por el período en que el trabajador haya estado con Licencia Médica, y cuya finalidad es reemplazar la remuneración o renta que deja de percibir mientras está enfermo”.

La ley no señala un número máximo de días para la duración del Subsidio por Incapacidad Laboral de origen común. Sin embargo, se debe tener presente que el trabajador debe tener una incapacidad temporal, debido a que el reposo prescrito tiene como finalidad que el trabajador recupere su salud y se reintegre a su trabajo. En el caso que la incapacidad del trabajador se torne permanente no procede la autorización de la Licencia, por el organismo respectivo, y el trabajador deberá ser evaluado por la Comisión Médica Regional (si esta afiliado a una AFP) o por el COMPIN (si el trabajador esta afiliado al INP) para ver si el trabajador tiene derecho a recibir una pensión de invalidez.

Estos subsidios se pagarán con la misma periodicidad que la remuneración, sin que dicho periodo de pago pueda exceder a un mes en ningún caso. La Superintendencia de Seguridad Social dictaminó, por medio del Oficio N° 27.100 del 31 de Julio de 2000, que el pago del subsidio correspondiente a la primera Licencia Médica debe efectuarse en el plazo de 30 días contados desde la recepción de ella. En cuanto a las Licencias Médicas que se otorguen a continuación de la primera y que aparezcan como sus continuadoras deben al menos pagarse con la periodicidad de la remuneración a la que esta sustituyendo, sin que en caso alguno este tiempo pueda ser superior a un mes.

El monto diario de los subsidios no podrá ser inferior a la trigésima parte del cincuenta por ciento del ingreso mínimo que rijan para el sector privado. Con todo, en el caso de los trabajadores que tengan más de un empleador o que revistan a la vez las calidades de trabajador dependiente o independiente, tendrán derecho al subsidio mínimo en el evento que la suma de los subsidios que hubieren devengados en el mismo período no supere el monto de aquel.

El monto diario de los subsidios se reajustará en cada oportunidad en que estos cumplan doce meses de duración ininterrumpida, cualquiera que sea el diagnóstico contenido en las Licencias Médicas que les dieron origen. Este reajuste será el equivalente al 100% de la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor (IPC), determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), entre el último día del mes anterior a aquel en que se dio inicio el pago del Subsidio o del último mes considerado en el reajuste anterior (según corresponda) y el último día del mes anterior al mes en que comience a devengarse el impuesto.

Estos subsidios durarán hasta el término de la correspondiente Licencia Médica aún cuando haya terminado el contrato de trabajo. Se entiende por la correspondiente Licencia Médica no solo aquella de la cual el trabajador esté haciendo uso al término del contrato de trabajo, sino que cualquier otra u otras que se otorguen en forma continua por el mismo diagnóstico. En este caso,

trabajador despedido mientras este haciendo uso de la Licencia Médica, se presenta directamente ante el organismo provisional respectivo, ya sea ante el COMPIN, C.C.A.F. o ISAPRE, según corresponda en cada caso.

j) Prescripción del derecho del trabajador para reclamar el pago del Subsidio por Incapacidad Laboral.

El derecho del trabajador a reclamar el pago efectivo del Subsidio por Incapacidad Laboral prescribe en el plazo de 6 meses desde la fecha de término de la respectiva Licencia Médica.⁴⁸

Dentro del mismo plazo prescribirá el derecho de los servicios públicos e instituciones empleadoras a solicitar los pagos y devoluciones que deben efectuar los Servicios de Salud, con motivo de los períodos de incapacidad laboral de los trabajadores de dichas entidades.⁴⁹

k) Organismo ante quien se reclama por el error en el cálculo del Subsidio de Incapacidad Laboral

⁴⁸ Artículo 24 inciso 2 de la Ley 18.469

⁴⁹ Artículo 24 inciso 3 de la Ley 18.469

Para determinar ante quien se reclama por el error en el cálculo del Subsidio de Incapacidad Laboral debemos distinguir quien fue el organismo que rechazo o calculó en forma errónea el Subsidio de Incapacidad Laboral:

- Si el organismo fue el Servicio de Salud o una C.C.A.F.: Se reclama ante la Superintendencia de Seguridad Social. No existe un plazo para presentar el reclamo. Sin embargo, este reclamo debe efectuarse antes de que transcurran 6 meses desde el término de la Licencia Médica, debido a que el derecho a solicitar el subsidio prescribe en dicho plazo.
- Si el organismo fue una ISAPRE: Se reclama ante la COMPIN del Servicio de Salud que corresponda al domicilio señalado por el afiliado en el contrato de salud. Este reclamo debe efectuarse dentro del plazo de 15 días hábiles contados desde la fecha en que se notificó el rechazo del beneficio o el pago del Susidio cuyo monto se estima no efectuado correctamente calculado.⁵⁰

No obstante, contra la resolución que dicte la COMPIN se puede apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social, siempre teniendo presente el plazo de prescripción del derecho a solicitar el Subsidio de Incapacidad Laboral.

⁵⁰ Artículo N° 35 inciso 3 de la Ley 18.933

l) Normativa legal que regula los subsidios por incapacidad laboral

El artículo 1º del D.F.L. N° 44 del 1978 establece normas comunes, respecto de los trabajadores dependientes del sector privado, para los subsidios establecidos en el artículo 7º de la ley 6.174; en el artículo 27 de la ley 10.383; en el artículo 1º 16 de la ley 10.622; en el artículo 17 de la ley 16.781; en el artículo 98 del Decreto Ley N° 2.200, de 1978; en el inciso primero del artículo 32 de la ley 10.383, y para los demás subsidios por incapacidad laboral, excepto los regidos por la ley 16.744 sobre Seguro Social Obligatorio contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Sin embargo las disposiciones citadas en el inciso primero del artículo anterior ha sido superado en la actualidad y es otra normativa la que se aplica en su reemplazo

Con las dictación de la ley N° 18.469 que entro en vigencia el 1º de enero de 1986, que regulo el derecho constitucional a la protección de la salud, se creo el Régimen de Prestaciones de Salud, común y generalizado para todos los trabajadores no afiliados a las ISAPRE, se reemplazaron todos los sistemas de salud especiales existentes con anterioridad a su vigencia a excepción de

aquellos que son propios del personal de las instituciones de la Defensa Nacional, afiliados a la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y a la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, manteniéndose también, con completa independencia, el sistema de protección laboral, constituido por la ley N° 16.744, sobre Seguro Obligatorio de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Los subsidios a que se refiere el inciso anterior, en adelante "los subsidios", continuarán rigiéndose por sus regímenes particulares en lo que no sean modificados por este decreto.

Estas normas se aplicarán también a los trabajadores dependientes del Estado y de instituciones o empresas del Estado que se encuentren afectos a los regímenes de subsidios contemplados en las disposiciones mencionadas en el inciso primero y a los trabajadores a que se refiere la ley N° 15.565.

Para determinar la normativa legal que regula los subsidios por incapacidad laboral debemos distinguir entre:

- Los trabajadores dependientes del sector privado: El subsidio común o maternal está regulado por el D.F.L. N° 44 de 1978 del Ministerio del trabajo y Previsión Social.

- Los trabajadores independientes: El subsidio común o maternal está regulado por la Ley N° 18.469, artículos 18 y siguientes; y en forma supletoria por el D.F.L. N° 44 de 1978 del Ministerio del trabajo y Previsión Social.

- En relación con los trabajadores dependientes del sector público: Estos trabajadores están sujetos a estatutos especiales, como son los siguientes:
 - Estatuto administrativo o Estatuto de funcionarios municipales.

 - La Ley 19.070 (que regula a los docentes del sector municipal).

 - La Ley 19.378 (respecto a los profesionales que se desempeñen en establecimiento de atención primaria de salud y de las entidades administradoras de salud municipal).

A estos trabajadores dependientes del sector público la Licencia Médica autorizada por la COMPIN o la ISAPRE, según corresponda, les otorga el derecho para que su empleador les pague su remuneración habitual, sin necesidad de tramitar directamente el subsidio por incapacidad laboral que le

correspondería en forma habitual a un trabajador que cumple con los requisitos de afiliación y cotización que exige la ley. Con posterioridad, el empleador debe solicitar al Servicio de Salud, C.C.A.F. o a la ISAPRE, según corresponda, el subsidio por incapacidad laboral que le corresponde a dichos trabajadores, que cumplen con los requisitos legales de afiliación y cotización, para así poder reembolsarse de las remuneraciones que ha continuado pagando durante el tiempo que el trabajador se haya con reposo por la prescripción contenida en la Licencia Médica emitida por un profesional autorizado.⁵¹

El organismo administrador deberá efectuar dicho reembolso dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquel en que se haya ingresado la presentación de cobro respectiva. Las cantidades que no se paguen oportunamente, se reajustarán en el mismo porcentaje en que hubiere variado el Índice de Precios al Consumidor, determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el mes anterior a aquél en que debió efectuarse el pago y el mes precedente a aquel en que efectivamente se realice y devengarán interés corriente.⁵²

⁵¹ Artículo N° 4 inciso 1 Ley 19.345 de 1994

⁵² Artículo N° 4 inciso 2 de la Ley 19.345 de 1994

El derecho de la entidad empleadora a impetrar el reembolso a que se refiere el presente artículo prescribirá en el plazo de seis meses, contado desde la fecha de pago de la respectiva remuneración mensual. ⁵³

m) Requisitos que deben cumplir los trabajadores para obtener un subsidio por incapacidad laboral

Para determinar los requisitos que los trabajadores deben cumplir para obtener un subsidio por incapacidad laboral, debemos distinguir entre:

- Trabajadores Dependientes: Los trabajadores dependientes deben cumplir con los siguientes requisitos: ⁵⁴

1) Tener un mínimo de 6 meses de afiliación.

2) Contar con 3 meses de cotizaciones dentro de los 6 meses anteriores a la fecha inicial de la Licencia Médica. Este requisito se debe entender como equivalente a 90 días de cotizaciones.

- JURISPRUDENCIA SUPERINTENDENCIA SEGURIDAD SOCIAL:

⁵³ Artículo N° 4 inciso 3 de la Ley 19.345 de 1994

⁵⁴ Artículo 4 inciso 1 del D. F. L. N° 44

“-Of. Ord. N° 3.996, de 19 de Abril de 1993: “En los casos en que el trabajador percibe una remuneración mensual, aun cuando su jornada corresponda a algunos días solamente dentro del mes, se considera cumplido el requisito de tener 3 meses de cotizaciones dentro de los 6 de afiliación, sin importar el número de días que haya trabajado en ellos, cual es el caso de quienes son llamados a hacer reemplazos ocasionales”.

-Of. Ord. N°s 5.145 y 10.681, de 19 de Mayo de 1993 y 3 de Septiembre de 1994, respectivamente:”Se considera al día en el pago de sus cotizaciones -conforme al artículo 18 A, de la Ley N° 10.66, modificada por el artículo 4 de la Ley N° 18.462- al trabajador embarcado o gente de mar y a los trabajadores portuarios en cesantía involuntaria durante un lapso que media entre uno y otro viaje y entre el término de la jornada o turno y otra faena, por el período máximo de 3 meses contado desde su salida al empleo, período durante el cual tiene derecho a las prestaciones de salud y a los subsidios de incapacidad laboral, esto último solo en el caso de que reúnan 90 días de cotización dentro de los 6 meses anteriores al inicio de la Licencia Médica, requisito que puede obviarse si se trata de accidente común).

- Of. Ord. N° 9.107, de 14 de Septiembre de 1993: “ En los 3 meses de cotización, dentro de los 6 meses de afiliación, requeridos para tener derecho a subsidio, no puede contabilizarse el mes en el que se inició la Licencia, ya que el período debe ser anterior a la misma”.

Estos requisitos no se exigen en los siguientes casos de excepción:

- i) En el caso que la incapacidad laboral sea causada por un accidente.⁵⁵

 - ii) En el caso de los trabajadores contratados por día, sea por turnos o jornadas, se les mantiene el requisito de 6 meses de afiliación, pero se les rebaja el requisito de las cotizaciones, de 3 meses a 1 mes. El mes de cotizaciones requerido equivale a 30 días con cotizaciones, el que puede completarse sumando los días que registre en cada uno de los 6 meses anteriores a la Licencia Médica.
- Trabajadores independientes⁵⁶: Los trabajadores independientes deben cumplir con los siguientes requisitos:
 - 1) Contar con una Licencia Médica autorizada.

⁵⁵ Artículo 6 D.F.L. Nº 44

⁵⁶ Artículo 18 inciso Ley 18.469

- 2) Tener 12 meses de afiliación previsional anteriores al mes en que se inicia la Licencia Médica.

- 3) El trabajador debe haber enterado al menos 6 meses de cotizaciones continuas o discontinuas dentro del periodo de 12 meses de afiliación previsional anterior al mes en que se inició la Licencia Médica. Este requisito debe ser entendido como 180 días de cotizaciones continuas o discontinuas dentro de los 12 meses anteriores a la Licencia Médica.

- 4) El trabajador debe estar al día en el pago de las cotizaciones. Este requisito se considera cumplido cuando el trabajador hubiese pagado la cotización correspondiente al mes anterior a aquel en que se produzca la incapacidad.

n) Cálculo del Subsidio por Incapacidad Laboral

Para el cálculo del monto del Subsidio por Incapacidad Laboral debemos distinguir entre los trabajadores dependientes e independientes:

i) TRABAJADORES DEPENDIENTES: Dentro de los trabajadores dependientes podemos diferenciar 2 tipos de subsidios:

- Subsidio por Incapacidad Laboral Común:

El cálculo del Subsidio se realiza tomando como base una cantidad equivalente al promedio de la remuneración mensual neta⁵⁷, del subsidio o de ambos, que se haya devengado en los 3 primeros meses calendario más próximos al mes en que se inicia la Licencia Médica.⁵⁸

Estos 3 meses de remuneraciones pueden no ser los inmediatamente anteriores a la Licencia, debiendo en todo caso ser los más próximos al inicio de ella, por lo que es posible buscar remuneraciones y/o subsidios hacia atrás, salvo que se trate de un subsidio por un accidente común, como lo señala el artículo 8 inciso 5 del D. F. L. N° 44, ya que en el caso que el trabajador no registrare cotizaciones suficientes para enterar los meses a promediar, se considerará para estos efectos la remuneración mensual neta establecida en el contrato de trabajo, las veces que sea necesario.

⁵⁷ Artículo 7 D.F.L. N° 44: “la remuneración imponible con deducción de la cotización personal y de los impuestos correspondientes a dicha remuneración”.

⁵⁸ Artículo N° 8 Inciso 1 del D. F. L. N° 44

- JURISPRUDENCIA SUPERINTENDENCIA SEGURIDAD SOCIAL:

“ -Of. Ord. Nºs 1.141 y 13.420, de 1 de Febrero de 1993 y 9 de Diciembre de 1994, respectivamente: “En la base de cálculo de los subsidios no debe incluirse la remuneración percibida durante una huelga legal, a menos que el trabajador voluntariamente haya efectuado las cotizaciones provisionales o de Seguridad Social en los organismos respectivos, en la forma como lo autoriza el artículo 153 de la Ley Nº 19.069.”.

– Of. Ord. Nº 4.277, de 27 de Abril de 1993: “ La circunstancia de que el subsidio sea una cantidad equivalente al promedio de la remuneración mensual neta, del subsidio o de ambos, devengada en el período que indica, no implica que dicho monto deba actualizarse con el Índice de Precios al Consumidor correspondiente a dicho período”.

– Of. Ord. Nº 4.454, de 25 de Abril de 1994: “Para el cálculo del subsidio deben considerarse, dentro de los 6 meses de afiliación, los 3 meses más próximo a la Licencia Médica, no necesariamente los 3 meses anteriores a la misma”.

– Of. Ord. Nº 11.153, de 7 de Octubre de 1994: “Para el cálculo del subsidio sólo se considerarán las remuneraciones que correspondan al empleador ante quien se presentó la Licencia Médica, aún cuando existan otros, por cuanto las relaciones laborales deben considerarse

independientemente, por lo que procede presentar tantas Licencia Médicas por cuantos empleadores tenga el trabajador dependiente”.

En el caso que operase un reajuste legal de remuneraciones dentro del mes en que se produzca la incapacidad laboral, el monto de la base del cálculo del subsidio se reajustará en la medida y forma en que corresponda aplicar dicho reajuste.⁵⁹

Para el cálculo del monto del subsidio, no se considerarán las remuneraciones ocasionales como los aguinaldos o bonos que de acuerdo al contrato de trabajo se paguen en una fecha o época determinada. Asimismo, tampoco se consideran para el cálculo del monto del Susidio las remuneraciones que correspondan a un período superior a un mes.⁶⁰

-JURISPRUDENCIA SUPERINTENDENCIA SEGURIDAD SOCIAL:

“- Of. Ord. N°s 1.272 y 5.491, de 3 de Febrero y 4 de Junio de 1993, respectivamente: “Las remuneraciones ocasionales, tales como la gratificación legal anual y bonificaciones especiales, deben excluirse de la determinación de base de cálculo del subsidio, a menos que éstas sean pagadas mensualmente”.

⁵⁹ Artículo 12 del D. F. L. N° 44

⁶⁰ Artículo 10 del D. F. L. N° 44

El subsidiado no perderá el derecho a percibir las remuneraciones ocasionales, a que se refiere el artículo 10 del D. F. L. N° 44, en la forma y en la oportunidad establecida en el correspondiente contrato de trabajo, por el tiempo en que haya percibido el subsidio.⁶¹

- Subsidio por Incapacidad Laboral Maternal:

El cálculo del Subsidio por Incapacidad Común Laboral Maternal se realiza de la misma forma que el Subsidio por Enfermedad Común. Sin embargo, el monto diario de los Subsidios no podrá exceder del equivalente a las remuneraciones mensuales, subsidios o de ambos devengados por las trabajadoras en los 3 meses anteriores más próximos al séptimo mes calendario que precede al de inicio de la Licencia dividido por noventa, aumentado en el 100% de la variación del Índice de Precios al Consumidor en el periodo que comprende los 7 meses anteriores al mes que precede al del inicio de la Licencia Médica, e incrementado en un 10%⁶². Respecto a estos 3 meses no es necesario que sean los inmediatamente anteriores a la Licencia Médica, sino que deberán estar comprendidos dentro de los 6 meses

⁶¹ Artículo 11 del D. F. L. N° 44

⁶² inciso 2 del artículo 8 del D.F.L. 44

inmediatamente anteriores al séptimo mes calendario que precede al inicio de la Licencia Médica.⁶³

Para los efectos del cálculo de los subsidios a que se refieren el inciso primero del artículo 195, y el inciso segundo del artículo 196, ambos del Código del Trabajo, se considerarán como un solo subsidio los originados en diferentes licencias médicas otorgadas en forma continuada y sin interrupción entre ellas.⁶⁴

Por tanto, tratándose de este subsidio maternal de las trabajadoras dependientes, sujetos al límite señalado en el inciso 2º del artículo 8º del D.F.L. N° 44, se deberá efectuar en primer lugar el procedimiento de cálculo habitual y posteriormente el procedimiento destinado a fijar el límite señalado en el párrafo anterior.

ii) TRABAJADORES INDEPENDIENTES: Dentro de los trabajadores dependientes podemos diferenciar 2 tipos de subsidios:

- Subsidio por Incapacidad Laboral Común:

⁶³ Artículo 8 inciso 3 del D. F. L. N° 44

⁶⁴ Artículo 8 inciso 4 del D. F. L. N° 44

El subsidio se calculará en base al promedio de la renta imponible, del subsidio o de ambos, por los que hubieran cotizado en los últimos seis meses anteriores al mes en que se inicia la incapacidad laboral.⁶⁵

En caso de los imponentes independientes afiliados a una Administradora de Fondos de Pensiones, para el cálculo de sus Subsidios no podrán considerarse las rentas mensuales que tengan una diferencia entre sí superior al 25%. En el caso de existir tal diferencia o diferencias, se considerará en el mes o meses de que se produzca tal diferencia, la renta efectiva limitada al 125% de la renta mensual menor del período respectivo.⁶⁶

- Subsidio por Incapacidad Laboral Maternal:

Los Subsidios maternal de una trabajadora independiente se efectúa de la misma forma utilizada para el cálculo de un subsidio común, incluyendo la norma de comparación de las rentas a considerar las que no pueden tener una diferencia entre sí superior al 25%, como se señaló en el punto anterior. Sin embargo, los Subsidios por prenatal y

⁶⁵ Artículo 21 inciso 2 del Ley N° 18.469

⁶⁶ Artículo 21 inciso 3 del Ley N° 18.469

postnatal⁶⁷, los Subsidios prórroga del prenatal⁶⁸, los Subsidios por el permiso de hasta 12 semanas para la trabajadora que tiene a su cuidado personal a un menor de edad inferior a 6 meses por haber iniciado un juicio de adopción plena ⁶⁹, no podrá exceder del equivalente a las rentas imponibles deducidas las cotizaciones personales, subsidios o ambos por los cuales se hubiera cotizado en los 3 meses anteriores al octavo mes calendario anterior al del inicio de la Licencia dividido por noventa, aumentado en el 100% de la variación del Índice de Precio al Consumidor en el período comprendido por los 8 meses anteriores al mes precedente al del inicio de la Licencia, e incrementado en un 10%. Si dentro de dicho período sólo han sido registrados uno o dos meses con rentas y/o subsidios, para determinar el límite del subsidio diario se dividirá por 30 o 60, respectivamente.⁷⁰.

Para los efectos del cálculo de los subsidios a que se refieren las disposiciones del Código del Trabajo citadas en el inciso 2 del artículo 21 de la Ley N° 18.469, se considerarán como un solo subsidio los originados en diferentes licencias médicas otorgadas en forma continuada sin interrupción entre ellas.⁷¹

⁶⁷ artículo 195 Código del Trabajo

⁶⁸ inciso 2° del artículo 196 Código del Trabajo

⁶⁹ artículo 2° de la Ley N° 18.867

⁷⁰ Artículo 21 inciso 4 de la Ley N° 18.469

⁷¹ Artículo 21 inciso final de la Ley N° 18.469

Por tanto, tratándose de este subsidio maternal de las trabajadoras independientes, sujetos al límite señalado en la segunda parte del artículo 21 de la Ley N° 18.469 de 1985, se deberá efectuar en primer lugar el procedimiento de cálculo habitual y posteriormente el procedimiento destinado a fijar el límite señalado en el párrafo anterior.

o) Momento desde el cual se pagan los Subsidios por Incapacidad Laboral

Para determinar el momento desde el cual se pagan los Subsidios hay que realizar una distinción previa:

- 1) Si la Licencia Médica tiene una duración de 11 o más días: En este caso el Subsidio por Incapacidad Laboral se paga desde el primer día.

- 2) Si la Licencia Médica tiene una duración inferior a 11 días: En este caso el Subsidio por Incapacidad Laboral se paga desde el cuarto día.

No obstante lo anterior, en el caso que habiéndose otorgado una primera Licencia Médica inferior a 11 días de reposo, se concedan una u otras Licencias que en su conjunto sumen más de dicho plazo, se debe proceder a reliquidar el beneficio y proceder a pagar el subsidio desde el primer día de Incapacidad Laboral. Para que se entienda que una Licencia Médica es la continuación de otra otorgada con anterioridad, y proceda lo señalado precedentemente, debe ser extendida sin solución de continuidad y por el mismo diagnóstico.

A lo señalado, se debe agregar que el empleador puede tener la obligación de pagar esos tres primeros días de reposo, en el caso de haberse obligado a ello por un contrato individual o colectivo de trabajo, por un convenio colectivo o por un fallo arbitral.

p) Organismos encargados del pago de los Subsidios por Incapacidad Laboral

- Trabajadores afiliados a FONASA: En este caso debemos distinguir si el empleador está o no afiliado a una C.C.A.F.:

i) *El empleador esta afiliado a una C.C.A.F.:* En este caso el organismo que paga el subsidio al trabajador es la Caja de Asignación familiar a la cual está afiliado el empleador.

ii) *El empleador no está afiliado a una C.C.A.F.:* En este caso el organismo que paga el subsidio al trabajador es el Servicio de Salud del lugar en el cual se desempeña el trabajo.

- Trabajadores afiliados a una ISAPRE: En este caso el organismo que paga el subsidio al trabajador es la ISAPRE a la cual esta afiliado el trabajador

Sin perjuicio de lo señalado anteriormente, los Servicios de Salud, las ISAPRES o las C.C.A.F. pueden suscribir un convenio con los empleadores, para que estos paguen directamente los subsidios a sus trabajadores. Con posterioridad la entidad previsional le reembolsara al empleador lo que pagó en virtud al convenio celebrado.

V) SITUACIÓN ACTUAL DEL RÉGIMEN.

a) Financiamiento

Para determinar como se financian los subsidios por incapacidad laboral hay que distinguir:

- Los subsidios de origen común.
- Los subsidios para la protección a la maternidad.

Estos subsidios se financian con cargo a la cotización de salud que paga el trabajador, la que asciende a un 7% de su remuneración imponible o la cotización superior que el trabajador haya pactado con su ISAPRE.

- Los subsidios maternos.
- Los subsidios por enfermedad grave del hijo menor de 1 año.

La ley N° 18.418 de 1985 dispone que los subsidios otorgados en virtud de lo reposos maternos y permisos por enfermedad grave del hijo menor de 1

año a todas las trabajadoras, estén o no adscritas a una Institución de Salud Provisional, con la sola excepción de las imponentes en la Caja de Defensa Nacional y de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, son de cargo del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía y de las cotizaciones que corresponda efectuar sobre dichos periodos en virtud del artículo 22 del D.F.L. N° 44 y el artículo 17 del D.L. N° 3.500 del año 1980.⁷²

El Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía se encuentra establecido en el artículo 20 del D.F.L. N° 150 de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Por lo tanto son de cargo del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía:

- Los permisos por enfermedad grave del hijo menor de 1 año, ya sea la madre, padre, tutor, guardador, trabajadora que a iniciado un juicio de adopción plena.

- Descanso prenatal y postnatal.

⁷² PAG. 27 DEL TEXTO sobre licencias medicas facultad de derecho universidad de chile

- Permiso de hasta 12 semanas, establecido en la Ley N° 18.867 de 1989, que se otorga a la trabajadora que tiene a su cuidado personal a un menor de edad inferior a 6 meses por haberse iniciado un juicio de adopción plena.

Por lo tanto, no serían de cargo del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía los subsidios que correspondan por:

- Postnatal prorrogado.
- Prorroga del prenatal.
- Licencia Médicas de hasta 12 semanas para el trabajador o trabajadora que tiene a su cuidado personal a un menor de edad inferior a 6 meses por haberse otorgado la tuición o el cuidado personal como medida de protección.

En el caso del pago de los subsidios que correspondan en las situaciones a que se refiere el artículo 182 del Código del Trabajo ⁷³, serán de

⁷³ actual artículo 196 del Código del Trabajo

cargo del respectivo Servicio de Salud, la Caja de Compensación de Asignación Familiar o la Isapre respectiva, según corresponda en cada caso.

LEGISLACIÓN COMPARADA

En Chile este subsidio cuenta con una cobertura del 100% de la remuneración imponible del trabajador, con un tope de 60 UF y con un deducible de tres días, que desaparece cuando la licencia es de más de diez días.

Al comparar con otros países, se encuentra que el régimen de Licencias Médicas generalmente consiste en el pago de un 50% a 75% del ingreso promedio del trabajo de los meses anteriores, con un tope para los beneficios. El tiempo que se puede obtener el beneficio se limita generalmente a 26 semanas en un año por una misma enfermedad, para pasar a recibir un subsidio por discapacidad (permanente) si la enfermedad continua. Así por ejemplo, en Italia, el seguro reembolsa sólo un 50% del salario desde el día 4 al 20, y luego un 66,6% hasta los 180 días. En España se financia el 60% del ingreso del trabajador a partir del cuarto día, y sólo en caso que esta licencia exceda los 20 días, el financiamiento aumenta a un 75% de la remuneración. El caso mexicano es similar, ya que el financiamiento de las licencias médicas es

por un 60% de la remuneración a partir del cuarto día. Esto deja en evidencia que el sistema chileno es excepcionalmente generoso y por tanto puede existir espacio para modificar el régimen de licencias médicas.

Cabe mencionar, que la comparación con países desarrollados debe tomar en cuenta que el menor subsidio de las remuneraciones (60% de otros países contra 100% de Chile) en caso de enfermedad de sus trabajadores es compensado por un elevado financiamiento de las prestaciones de salud.

En el caso de las licencias médicas por enfermedad del hijo menor de un año se llama la atención respecto a que ellas se financian con cargo al Fondo Único de Prestaciones familiares (FUPF) que financia el estado, por lo que se presta a mayor abuso de parte de los usuarios, situación que puede ayudar a explicar su mayor incremento en el tiempo. Adicionalmente, este aumento sostenido se explica por la existencia del fuero maternal que disminuye los costos de solicitar licencias. A ello se suma que no existe ningún riesgo laboral asociado a estas licencias dado que la madre goza de fuero laboral, al tiempo del término del postnatal, lo que reduce el autocontrol frente a este tipo de abusos, a diferencia de lo que ocurre en las demás clases de licencias médicas.

La evidencia internacional muestra que las licencias médicas son altamente elásticas a reducciones en el porcentaje de reembolso de las mismas, es decir, las rebajas en esta cobertura repercuten en un menor número de licencias médicas. En el caso de Suecia, en 1991 se rebajaron los reembolsos para todo tipo de licencias médicas, y la respuesta fue una reducción de un 23% en el número de licencias médicas.

b) Crisis del Régimen

El gasto en subsidios por Incapacidad Laboral (SIL) se ha incrementado sostenidamente durante la década. En total, el gasto en licencias médicas en los subsistemas privado y público⁷⁴ pasó de \$114 mil millones de pesos en 1991 a 266 mil millones de pesos en el 2001 (ambos en moneda del año 2001), lo que representa un incremento real de un 133% en diez años, o en términos equivalentes, un crecimiento promedio anual de 8,8% real⁷⁵. En este sentido, es importante destacar que el gasto en estos subsidios representa un 21% del gasto público total en salud.

⁷⁴ Ver anexo N° 11, sección gráficos

⁷⁵ Ver anexos N°s 1 y 2, sección gráficos

Asimismo, de acuerdo a antecedentes de la Superintendencia de Isapres, en el año 2001 más del 85% de las licencias médicas, por enfermedades comunes y maternas, fueron aprobadas sin ningún tipo de observaciones. En ese mismo año fueron rechazadas sólo un 6% de las licencias por enfermedad común y un 0,5% de las licencias maternas.⁷⁶

Este subsidio se descompone en el gasto en licencias médicas por enfermedad, el que se incrementó en un 101% real en el período 1991-2001⁷⁷, y el gasto en subsidios maternas y enfermedades graves del hijo menor de un año que lo hizo en un 250% real. Es así como el gasto en licencias médicas en las isapres es en promedio un 20% de la cotización obligatoria, es decir alrededor de un 1,4% de los ingresos imponibles de los trabajadores.

Por otro lado, los subsidios por reposo prenatal y postnatal pasaron de 22 mil millones a 57 mil millones entre 1991 y el 2001. Aún más llamativo es el incremento de un 1.229% real entre 1991 y el año 2001, de las licencias de cuidados para el niño menor de un año, (es equivalente a un crecimiento

⁷⁶ Ver anexos N°s 3 y 4 de la sección gráficos

⁷⁷ ver anexo N° 2, sección gráficos

promedio anual de 29,5%), lo que hace suponer serias irregularidades ⁷⁸. Sin embargo no existe ningún antecedente médico que avale esta situación y es más, los datos oficiales sobre mortalidad y morbilidad de menores de un año muestran continuos descensos de estos indicadores, durante la década en cuestión. De aquí que se piense que existen abusos importantes del sistema. Lo anterior producto del cuestionamiento de la duración de la lactancia y el acceso a salas cunas.⁷⁹

Toda mujer trabajadora tiene derecho a gozar de un descanso de maternidad de 6 semanas antes del parto y 12 semanas después de éste, de permiso con motivo de enfermedad de su hijo menor de un año, que requiera de su atención en el hogar, y a percibir un subsidio equivalente a la totalidad de sus remuneraciones y asignaciones descontadas las imposiciones legales, con un tope de 60 UF, por todo el tiempo que duren estos permisos. Este derecho es irrenunciable y durante los períodos de descanso queda prohibido el trabajo de las mujeres embarazadas y puérperas. Un examen de su naturaleza permite afirmar que se trata de un subsidio a la maternidad de la mujer que cotiza. En efecto, el objetivo de esta prestación es hacer compatible la maternidad con el desempeño laboral de la mujer, para lo cual la sociedad destina recursos que se utilizan en su pago. Debe destacarse que no es un mero subsidio a la

⁷⁸ Ver anexos N°s 3 y 5, Sección gráficos

⁷⁹ Ver anexos N° 6 de la sección gráficos

maternidad, pues ésta no basta para recibirlo, se requiere además la calidad de trabajadora y cotizante. En otras palabras es un bien público que se produce porque la sociedad valora facilitar el rol de madre de la mujer trabajadora.

Dada su característica de reemplazar la remuneración de la beneficiaria hasta un tope de 60 UF, éste no es un subsidio focalizado desde el punto de vista de la distribución del ingreso, pues el Estado entrega un monto mayor de dinero a las mujeres que perciben un mayor salario. Ello es así y se explica por sus objetivos, ya que no pretende solamente remediar una carencia de ingresos, sino permitir la maternidad de la mujer que trabaja, lo que sólo se logrará en la medida que se consiga reemplazar la renta de la trabajadora. En este caso podría afirmarse que estamos en presencia de un objetivo socio-cultural que el Estado financia pues considera deseable que no sea incompatible para la mujer la actividad laboral con la maternidad. Ahora bien, el que la mujer que obtiene el beneficio esté afiliada a una ISAPRE o a FONASA es indiferente desde el punto de vista de los objetivos del beneficio. Por otro lado no se está en presencia de un subsidio asociado a la salud propiamente tal y el hecho que éste sea pagado a través de las instituciones del sector salud es un aspecto más bien práctico.

Particularmente, se destaca el mayor crecimiento del gasto incurrido por los cotizantes de Fonasa en contraste con los cotizantes de Isapres - crecimiento de 171% y 108% respectivamente⁸⁰. Esto es señal de un incremento más pronunciado del gasto por concepto de subsidios de enfermedad y medicina curativa en el administrador del seguro público, crecimiento especialmente acelerado en la segunda mitad de la década del 90. Asimismo, el gasto del administrador privado sigue teniendo un mayor peso relativo -61% en 2001- aunque el acelerado crecimiento del gasto en el Fonasa lo ha hecho pasar de representar el 33% del gasto total en 1991 a un 38,8% en 2001.

De acuerdo a la Figura N° 4⁸¹, cabe destacar que el mayor porcentaje de los subsidios maternales y Enfermedad Grave Hijo Menor de un Año es pagado a los cotizantes de Isapres -73,8% en 2001-. Más aún, entre 1991 y 2001 el gasto en este subsidio ha aumentado para Fonasa e Isapres, 228% y 351% respectivamente. En consideración que la totalidad de este beneficio se carga al FUPF, constituido exclusivamente con aportes fiscales y a pesar que esta distribución de recursos es esperable dado el diseño del subsidio, el cual no contempla una focalización por nivel de ingreso más allá del establecimiento de

⁸⁰ ver anexo N° 7, sección gráficos

⁸¹ ver anexo N° 8, sección gráficos

un tope de 60 UF como beneficio mensual máximo, cabe cuestionarse si no sería deseable disminuir su nivel de regresividad.

c) Alcance de la obtención de licencias médicas fraudulentas

Actualmente los Servicios de Salud y las Isapres están encargados de fiscalizar el ejercicio legítimo del derecho a licencias médicas.⁸²

Toda vez que se constate una infracción a normas legales y reglamentarias que rijan el uso, otorgamiento o autorización de licencias médicas, o cualquier otra infracción a las normas contenidas en el D.S. N° 3 de 1984 , el Servicio de Salud o la ISAPRE, deberán dar cuenta al empleador, para que este haga efectiva la responsabilidad administrativa que pudiere encontrarse comprometida o para que adopte las medidas laborales que fueren procedentes, según se trate de trabajadores del sector público o privado. Además, si así correspondiere, deberán remitirse los antecedentes a la Contraloría General de la República, a la Superintendencia de Seguridad Social, a la Dirección del Trabajo o a otros organismos de control competente, para que adopten las medidas que las irregularidades observadas justifiquen.

⁸² Art. 48 del D.S. N° 3, de 1984

El Servicio de Salud y la ISAPRE, deberán asimismo, efectuar la correspondiente denuncia de los hechos a la Justicia Ordinaria, en los casos que proceda, de acuerdo a lo establecido en el decreto ley N° 3.621 de 1981.⁸³

Asimismo, el empleador deberá adoptar las medidas destinadas a controlar el debido cumplimiento de la licencia de que hagan uso sus trabajadores. Del mismo modo, el empleador deberá respetar rigurosamente el reposo médico de que hagan uso sus dependientes prohibiéndoles que realicen cualquier labor durante su vigencia. Igualmente deberá procurar el cambio de las condiciones laborales del trabajador en la forma que determine la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez para atender al restablecimiento de su salud.

El empleador podrá disponer visitas domiciliarias al trabajador enfermo. Sin perjuicio de lo expuesto, todos los empleadores y/o entidades que participan en el proceso deberán poner en conocimiento del Servicio de Salud o ISAPRE respectiva cualquier irregularidad que verifique o les sea denunciada, sin perjuicio de las medidas administrativas o laborales que estimen procedentes adoptar.⁸⁴

-JURISPRUDENCIA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL:

⁸³ Art. 50 del D. S. N° 3, de 1984

⁸⁴ Art. 51 del D.S. N° 3, de 1984

“- Of.Ord. N° 7.133, de 27 de Junio de 1994: “Los cambios de condiciones laborales que dispongan la COMPIN para el trabajador, solamente tienen vigencias mientras dure la Licencia Médica”.

Por su parte, los Servicios de Salud y las ISAPRE deberán investigar las denuncias que se le presenten acerca del otorgamiento o uso indebido de licencias médicas sin perjuicio de las inspecciones que de oficio puedan ordenar con la misma finalidad.⁸⁵

Corresponderá el rechazo o invalidación de la licencia médica ya concedida, en su caso, sin perjuicio de la denuncia de los hechos a la Justicia Ordinaria si procediere, cuando el trabajador incurra en alguna de las siguientes infracciones:

a) Incumplimiento del reposo indicado en la licencia; no se considerará incumplimiento la asistencia a tratamientos ambulatorios prescritos por el profesional que extendió la licencia, situación que deberá ser comprobada.

b) La realización de trabajos remunerados o no durante el período de reposo dispuesto en la licencia.

⁸⁵ Art. 52 del D.S. N° 3, de 1984

c) La falsificación o adulteración de la licencia médica.

d) La entrega de antecedentes clínicos falsos o la simulación de enfermedad por parte del trabajador debidamente comprobada.

En estos casos el trabajador deberá devolver la remuneración o subsidios indebidamente percibidos para lo cual la entidad pagadora del subsidio lo comunicará al empleador para los fines estatutarios o laborales a que haya lugar.⁸⁶

-JURISPRUDENCIA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL:

“- Of.Ord. N° 7.172 y 1.128, de 20 de Julio de 1993 y 28 de Enero de 1994, respectivamente: “Deberá procederse a la devolución de remuneraciones percibidas por el trabajador, durante el goce de la Licencia Médica”.

- Of.Ord. N° 4.891, de 3 de Mayo de 1994: “La causal de rechazo de una Licencia Médica, por incumplimiento del reposo ordenado, no opera si el afectado ha viajado a efectuarse exámenes clínicos a otro lugar, aun cuando en su ciudad de domicilio hubieran podido efectuárselos”.

- Of.Ord. N° 6.613 de 14 de Junio de 1994: “ El error en el cual ha incurrido un profesional que extiende la Licencia Médica, en relación al domicilio del paciente, no permite su rechazo fundado en la letra “D” del artículo 55 del

⁸⁶ Art. 55 del D.S. N° 3, de 1984

Decreto Supremo N° 3, aun cuando ello haya impedido efectuar la visita tendiente a verificar el reposo”.

El Servicio de Salud o la ISAPRE podrán autorizar las licencias médicas presentadas fuera de plazo por el empleador o la entidad responsable y aquellas en las que estos hayan registrado antecedentes erróneos o falsos, omitido datos o adulterado su contenido, siempre que el trabajador acredite ninguna participación en estos hechos.

En estos casos será responsabilidad del empleador o entidad encargada pagar al trabajador lo que legalmente le corresponde con motivo de la licencia médica autorizada.⁸⁷

- JURISPRUDENCIA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL:

“ - Of.Ord. N° 8.623, de 1 de Septiembre de 1993: “La obligación del empleador se limita a pagar al trabajador lo que le habría correspondido como subsidio y no a enterar cotizaciones que son responsabilidad de la caja de compensación de asignación familiar, en su caso”.

El Servicio de Salud o la ISAPRE darán cuenta a la Dirección del Trabajo para la aplicación de las sanciones a que haya lugar, de los casos en que un

⁸⁷ Art. 56 del D.S. N° 3, de 1984

empleador permita que el trabajador continúe desarrollando labores durante el período de la licencia médica.⁸⁸

La certificación médica falsa que expida un profesional con ocasión del otorgamiento de una licencia médica, determinará su rechazo o invalidación, sin perjuicio de la denuncia de los hechos, de conformidad con lo establecido en el artículo 4º del decreto ley N° 3.621, de 1981, además de la denuncia directa a la Justicia del Crimen, si ello fuere procedente, y comunicara al empleador para la adopción de las medidas laboral y estatutarias que correspondan.⁸⁹

La devolución o reintegro de las remuneraciones o subsidios indebidamente percibidos por el beneficiario de una licencia no autorizada, rechazada o invalidada, es obligatorio.

Sin perjuicio de lo anterior, el empleador adoptará las medidas conducentes al inmediato reintegro, por parte del trabajador, de las remuneraciones o subsidios indebidamente percibidos.⁹⁰

⁸⁸ Art. 57 del D.S. N° 3, de 1984

⁸⁹ Art. 58 del D.S. N° 3, de 1984

⁹⁰ Art. 63 del D.S. N° 3, de 1984

d) Medidas para mejorar el actual régimen

Para resolver esta problemática se propone introducir una serie de modificaciones al sistema que mejore los incentivos y el control de las licencias. Es necesario que este sistema contenga los incentivos adecuados para su correcto funcionamiento, cubriendo a los trabajadores de la contingencia de contraer una enfermedad que les impida trabajar, asegurando su adecuada recuperación y minimizando los abusos que se observan en la actualidad. En este sentido, parece razonable considerar al menos siete instrumentos de política pública. Baste señalar que muchas de ellas son complementarias en su uso.

FISCALIZACIÓN

Una de las principales medidas a adoptar parte por la fiscalización que los órganos de control deben realizar de los profesionales, con el objeto de evitar los abusos de emisión. Especialmente mejorar el sistema de fiscalización de licencias por enfermedad grave del hijo menor de un año, la cual en el último tiempo, y como ya hemos expuesto, ha notado un crecimiento abrumador.

La aplicación de sanciones fuertes tanto al médico que expide una licencia como a un paciente que simula algún padecimiento debe ser establecida. Estas deberán tener por objeto desincentivar la creación de acuerdos entre paciente y médico, quien tiene la ventaja de que una licencia médica no tiene costos para él y más aún queda en mejor posición con el paciente. La sanción deberá generar la percepción de un aumento del costo de expedir licencias médicas innecesarias. Así por ejemplo la suspensión temporal del derecho del médico para otorgar licencias, las cuales si son reiteradas, provocar una sanción aún mayor; pago de las licencias mal expedidas por parte del médico y del paciente.

Junto con esto, propender al establecimiento de un sistema más eficiente. Pueden establecerse registros computacionales de licencias que estén sincronizados entre Fonasa, las Isapres y el Compín; de tal forma de llevar un registro de ellas lo que hará posible la recolección de estadísticas y datos de médicos y pacientes que las expiden y reciben.

Es así como también debiera implementarse para aquellas licencias reiteradas o prolongadas un seguimiento documentado, de evaluaciones de especialistas y exámenes, que puedan demostrar el padecimiento de alguna dolencia.

En todo caso no debemos desconocer que las licencias médicas son parte de un tratamiento médico, y el exceso de fiscalización puede llevar a una paranoia innecesaria, en la que se afectarían los derechos de personas que necesitan sí de un reposo o descanso debido a dolencias que pueden padecer.

SUBSIDIOS PRE Y POSTNATALES Y POR ENFERMEDAD GRAVE DEL HIJO MENOR DE UN AÑO.

Deben efectuarse un rediseño de los subsidios, tanto pre y post natales, los subsidios por enfermedad grave del hijo menor de un año, como también los modos de pago de estos.

En cuanto a las enfermedades graves del hijo menor, la Superintendencia de Seguridad Social, en un informe en el año 2003, ha corroborado que existen sobre 235 mil de estas autorizaciones por alguna patología grave que sufre el menor, destacando que de estas, 99.697 corresponden a problemas digestivos, lo que alcanza a un 42% de los casos. En segundo lugar destacan las enfermedades respiratorias con un total del 32% de las licencias emitidas.

Junto con estos antecedentes, cabe destacar que la inmensa mayoría de las mujeres que hacen uso del subsidio estatal, que otorga la licencia a la madre para cuidar al hijo menor de un año cuando este está enfermo, son de clase media o baja. Se advierte incluso que el 83% de las mujeres en FONASA que ha usado este subsidio gana menos de 200 mil pesos, mientras que el 63% que están en ISAPRES usuarios de esta licencia tiene ingresos menores a los 400 mil pesos⁹¹.

Junto con esto cabe destacar algunas voces parlamentarias que destacan que las enfermedades que hoy en día afectan a estos menores, estarían determinadas por un deterioro de la calidad ambiental. Así han señalado que no es extraño que en Santiago, por ejemplo, encontremos a un niño menor de un año que haya sufrido una bronquitis obstructiva producto, sin duda, de las malas condiciones de ventilación que afectan cada invierno a la capital⁹².

Al tanto ya de los datos anteriormente señalados, no podemos desconocer que los principales usuarios del Sistema de Salud son personas de escasos recursos, que se ven en la necesidad de pedir este tipo de licencias al no tener la posibilidad de que alguien este al tanto de los menores. Es por éste

⁹¹ Datos de la Federación Nacional de Profesionales Universitario de los Servicios de Salud. www.fenpruss.cl.

⁹² Dichos del parlamentario, miembro de la comisión de salud, Sergio Aguiló

motivo que cualquier solución que se intente dar, para la resolución de éste problema, debe pasar por una medida que no desconozca sus derecho al acceso a la salud.

Diversas soluciones se han intentado dar al problema como la “maternidad flexible”, la cual sugiere eliminar el subsidio por enfermedad grave del hijo menor a un año, a cambio de 35 días de libre disposición para la madre o padre, los que podrán ser usados dentro del primer año de vida del niño. Sólo estos días serían financiados por el Estado. Además esta alternativa abriría el camino de que cada familia contrate coberturas adicionales con su respectivo seguro, es decir que tenga un costo familiar para así financiar posibles ausencias laborales futuras.

De acuerdo a los datos anteriormente expuestos, esta alternativa, si bien interesante, podría ocasionar una carga mayor a la familia desde el momento en que sea necesario el pago por sobre los días establecidos de libre disposición.

Otra propuesta pasa por el reducir la cobertura del subsidio en un porcentaje menor al 100% de la remuneración, disminuir el descanso prenatal, aumentando consecuentemente así el postnatal, lo que daría la posibilidad a la madre de poder permanecer durante más tiempo después del parto en

compañía de su hijo recién nacido. Junto con esto se daría el derecho de optar durante el periodo prenatal la posibilidad de trabajar media jornada hasta dos semanas anteriores al parto pudiendo también posteriormente en el postnatal trabajar media jornada por un periodo equivalente. Todo esto con el objetivo de evitar cualquier situación de perjuicio a la salud de la madre embarazada o de su hijo; y para éste efecto, se requerirá obligatoriamente de una autorización médica que así lo permita.

Esta solución desincentivaría el mal uso de las licencias al no percibir el total de la remuneración como subsidio, además que se le da la posibilidad a aquella mujer que según su estado lo posibilite, el realizar labores de media jornada, lo que evitaría verse afectado su ingreso en forma negativa.

REDUCCIÓN DE PAGOS SEGÚN PATOLOGÍAS

Implica pagar un cierto porcentaje del subsidio total dependiendo del tipo de enfermedad.

Existen determinadas patologías que no son objetivas, es decir, son aquellas enfermedades que no pueden ser diagnosticadas mediante procedimientos médicos, como por ejemplo un lumbago. Una alternativa

adecuada podría ser la reducción de los subsidios para estas patologías, donde el afectado reciba una cantidad menor al 100% de la remuneración. Esta alternativa esta pensada para controlar a aquellos individuos que usan de estas patologías, con fines no éticos. Claro que el problema surge en el costo que tendría para la sociedad cuando esta licencia ha sido otorgada correctamente.

REEMPLAZO DEL PERIODO DE CARENCIA POR UN MECANISMO DE PAGO PORCENTUAL Y COPAGO.

Las licencias de los trabajadores no debieran pagarse completas, sino que se ha planteado la idea de pagar un porcentaje que variaría entre un 70% a un 80%, para así desincentivar el uso abusivo de las licencias médicas. Esto significaría un sacrificio económico para quien la solicita; de lo contrario se producirían incentivos al mal uso del sistema de licencias.

Para lograr la implementación de lo anterior se postula la aplicación de un mecanismo de licencia escalonada; esto implica, que la licencia se pagaría incompleta, recibiendo así el solicitante un porcentaje de su sueldo, cuyo porcentaje aumentaría conforme a los días de licencia. De esta manera se elimina el incentivo a solicitar licencias por enfermedades leves y se protegería

al trabajador que sufra de alguna dolencia más grave. De esta forma el trabajador que intenta el mal uso de una licencia, pagaría un costo por ésta. En cambio, el trabajador que sufre de alguna dolencia que sea de gravedad superior a la leve, recompondría su remuneración a medida que transcurra el tiempo que transcurra en su dolencia.

COTIZACION PARA EL SIL, INDEPENDIENTE A LA COTIZACIÓN DE SALUD

Se propone separar la cotización destinada a licencias médicas de la cotización de salud. De esta manera se evitaría que los incrementos en las licencias sean financiados con reducciones en las prestaciones de salud. En este caso, los seguros serían financiados con una proporción de los ingresos imponibles de cada trabajador, no existiendo aportes o subsidios estatales. Por lo tanto, todos los trabajadores podrían optar por la institución más conveniente según sus intereses, independiente del asegurador de salud. Esta modificación permitiría a los trabajadores independientes, que no tienen derecho a cobrar subsidios por incapacidad laboral, pagar sólo por los beneficios de salud, a través de una cotización que represente entre un 5% y un 5,5% de su renta.

LIBERTAD DE CONTRATACIÓN DE LA COBERTURA DEL SIL

Una alternativa que mejora los incentivos a racionalizar este subsidio es dar libertad a las personas para pactar el subsidio de incapacidad laboral, con el objeto de mejorar la cobertura de salud y abaratar los planes. Para ello es necesario flexibilizar los contratos del subsidio de forma de permitir que los cotizantes puedan pactar libremente, ya sea subsidios menores al 100% del ingreso o deducibles expresados en números de días. En este sentido, será necesario establecer un subsidio mínimo con el fin de asegurar que todos mantengan un nivel adecuado de cobertura en caso de enfermedad de licencia prolongada. Como está comprobado internacionalmente, coberturas inferiores al 100% permitirán reducir el número de días perdidos y reducirían los incentivos para las licencias fraudulentas.

MODIFICAR LA NATURALEZA DEL LOS COMPIN

Estas instituciones se deberían transformar en organismos autónomos y descentralizados, independientes del sistema público de salud. Con una modificación de su calidad jurídica-administrativa se podría asegurar la imparcialidad de los COMPIN al rechazar o confirmar licencias médicas, eliminando la discrecionalidad del sistema público.

Son también variables a estudiar la posibilidad de no acceder al beneficio para los 3 primeros días de licencia cuando éstas se prolongan más allá de 10 días, lo que puede realizarse ya sea manteniendo siempre la carencia, o pagándolo después de enfermedades más prolongadas. Igualmente se estima necesario discutir la posibilidad de reducir los porcentajes de reintegro por ejemplo cuando se acumulen en un mismo año calendario los días en que se ha hecho uso de este beneficio más allá de un número de días establecidos en la ley, o incluso realizarlo a través de tabla progresiva. Estas fórmulas pueden combinarse con la posibilidad de que los beneficios rebajados se otorguen al trabajador pero solo a modo de reintegro por medicamentos adquiridos por prescripción médica.

e) Proyecto de ley sobre racionalización de los subsidios por incapacidad laboral y licencias médicas.

Ante el incremento de los últimos 10 años del gasto público por concepto de subsidios de incapacidad laboral, en un 225% real en gasto de medicina curativa en FONASA y un aumento del 1400% en el gasto por concepto de subsidios de enfermedad grave del niño menor a un año, situación que no guarda relación con la evolución de los indicadores epidemiológicos en la población menor a un año durante el mismo periodo, es que el ejecutivo manda un proyecto de ley sobre racionalización de los subsidios de incapacidad laboral y licencias médicas.

En este proyecto se generan una serie de medidas que buscan la reducción de los abusos que hoy en día se están dando por concepto de licencias médicas y que constituyen un gasto en el erario nacional.

Son diversas las medidas que se están proponiendo y que a continuación pasaremos a mencionar.

En primer lugar se busca definir el concepto de enfermedad grave del niño menor a un año, de tal forma que sólo ciertas patologías, las mas graves sean atendidas, y no así cualquier enfermedad que puede ser en exceso leve. Por tal motivo se propone una definición legal más precisa que refleje una condición de real gravedad y que requiera del cuidado directo de la madre o del padre.

En cuanto a la sanción por emisión de licencias médicas falsas el proyecto propone precisar que la entrega de información falsa en las declaraciones de salud y el otorgamiento de licencias médicas falsas son constitutivos de delito, aplicando sanciones de cárcel y multas para el infractor.

Se propone el establecimiento de un sistema de traspaso anticipado de dinero a los organismos administradores del seguro previsional de salud para el pago de este subsidio, en base al promedio de uso del año anterior. Este sistema incentiva a las compañías a fiscalizar el adecuado uso de dicho permiso, ya que hace de cargo del Fondo Único solamente el 50% de la eventual diferencia que se produzca con el dinero traspasado anticipadamente.

Se propone el establecimiento de suspensiones temporales de la facultad de otorgar licencias médicas y sanciones pecuniarias para los facultativos que otorguen licencias médicas injustificadamente.

FONASA, al igual que las ISAPRES, ahora, podrá aceptar, rechazar o modificar licencias médicas, con una instancia de apelación común para ambas instituciones en la Superintendencia de Seguridad Social. Asimismo, se excluye a las Cajas de Compensación del pago y administración de los subsidios de incapacidad laboral, dejando exclusivamente en FONASA y las ISAPRES estas funciones.

El proyecto reduce el número de días de carencia a dos días a todo evento, esto para desincentivar la prolongación artificial de la licencia, producida por el hecho de que se otorgaba el pago completo cuando el número de días de licencia era mayor a 11. En todo caso, se establece explícitamente que las licencias por descanso pre y postnatal no estarán afectas a carencia alguna.

Se modifica el período de remuneraciones con el que se determina la base de cálculo ampliando el período actual de tres meses anteriores al inicio de la licencia a cinco meses anteriores al mes precedente al inicio de la misma. De este modo, se obtiene un promedio más acorde a la remuneración real del trabajador y además se posibilita la aplicación de la licencia médica electrónica.

Finalmente, el proyecto establece que los Ministerios de Hacienda y del Trabajo y Previsión Social, al cabo de 12 meses de vigencia de estas medidas,

entregarán a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, una evaluación del efecto de las mismas en lo que se refiere al control de abusos y ahorro de recursos públicos.

VI) CONCLUSIONES.

A lo largo del presente trabajo hemos expuesto a la Seguridad Social como un instrumento necesario para garantizar principios básicos, como son el de dar protección a la vida y dignidad del ser humano, así como señalar la evolución histórica de lo que es la Seguridad Social.

Especialmente nos hemos avocado a describir nuestro actual sistema de licencias médicas y lo hemos contextualizado al tiempo en que vivimos. Tiempo en que quizás la mala regulación ha provocado serios trastornos y deterioro del sistema, por causa de abusivas prácticas realizadas tanto por médicos inescrupulosos como por pacientes que en un intento de defraudar al sistema fingen patologías, lo que redundo en una baja en la productividad a nivel nacional y en un aumento del gasto público.

El creciente gasto en subsidios por incapacidad laboral observado durante el último decenio que se ha duplicado en este tiempo en materia de subsidio por enfermedad y medicina curativa y se ha mas que triplicado para el caso del subsidio por reposo maternal y enfermedad grave del hijo menor de un año; ha hecho que se tome conciencia de este fenómeno, para proceder a la

reformulación de nuevas políticas y la generación de nuevas normativas, que busque equilibrar este desbalance.

Este fenómeno que se ha observado, tiene importantes efectos dentro de las políticas tanto presupuestarias, como efectos dentro de las políticas de contratación dentro de la empresa privada y estatal

En cuanto al primer punto, debemos señalar que el gasto por concepto de licencias médicas en los subsistemas público y privado pasó de \$114 mil millones de pesos en 1991 a \$266 mil millones de pesos al 2001, lo que representa un incremento real de un 133% en diez años. En este sentido, también es conveniente agregar que el gasto en estos subsidios representa un 21% del gasto público total en salud.

El efecto que sobre la sociedad tiene este fenómeno es por cierto del todo claro a plena vista. Que el 21% del gasto público sea destinado a subsidios por esta materia, redundando en una disminución del ingreso nacional, que ha sido afecto al presupuesto salud, para el desarrollo de planes sobre la materia contribuyendo a la disminución del desarrollo en esta área.

Por otro lado el ya agravado tema de discriminación de la mujer en materia de contratación laboral, debido por sobre todo al hecho de los subsidios

por concepto de pre y postnatal, se ve incrementado, al descubrirse que las licencias médicas por este concepto han aumentado en más de un 1000% y el gasto por este concepto ha aumentado para FONASA y las ISAPRES en un 228% y 351% respectivamente. El costo para un empresario el contratar a una mujer se ha incrementado, puesto que la mujer dejará de asistir a su trabajo, recibiendo aún así el 100% de su remuneración por concepto del cuidado de su hijo enfermo menor a un año. Esto trae como consecuencia, una disminución de la producción a nivel empresa, no viéndose afectada la madre, e incentivándola a continuar quizás con una conducta no apropiada.

Decimos quizás, porque es claro, que esta conducta abusiva, no se da en todos los casos que se emite una licencia médica, sino más bien son solo algunas personas, ayudadas por un número no muy grande de facultativos médicos, que se aprovechan de esta práctica para lucrar.

El gobierno ha tomado conciencia de este asunto, y ha intentado dar solución a este problema mediante el envío al Congreso de la República de una nueva normativa que permita la racionalización del gasto público en esta área.

De esta forma ha propuesto la creación de nuevos tipos delictuales, el aumento de multas y medidas de fiscalización para la emisión de licencias

médicas, la homogenización de los regímenes en ISAPRES y FONASA, entre muchas otras medidas propuestas.

También hemos señalado ciertas medidas que podrían ser de utilidad para evitar o por lo menos disminuir el abuso que hoy en día existe, que podrían complementarse con las ya enviadas al Congreso Nacional por el ejecutivo.

Creemos que las medidas podrán tener un positivo efecto, ya que en su mayoría mantienen el respeto por las personas que no utilizan el sistema como medio de defraudación, siendo su principal objetivo el aumento de la fiscalización.

VII) BIBLIOGRAFIA

CONSTITUCIÓN POLITICA DE LA REPÚBLICA DE CHILE. 2004. Editorial Jurídica de Chile.

EVANS DE LA CUADRA, Enrique. “Los Derechos Constitucionales”. Tomo III, 2° Edición, 1999. Editorial Jurídica de Chile.

HUMERES NOGUER, Héctor. “Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social”. 16° Edición, 2000. Editorial Jurídica de Chile.

ISAPRES. Pagina Web <www.isapres.cl>

MATURANA SCHULZE, Adriana. “Licencias Médicas. Subsidios por Incapacidad Laboral”. 1995. Editorial Conosur.

NOVOA FUENZALIDA, Patricio. “Derecho de la Seguridad Social”. Editorial Jurídica de Chile.

POBLETE JIMENEZ, Carlos. “Apuntes de clases sobre Seguridad Social. Derecho Positivo y Parte Doctrinaria”, año 2003.

VARIOS AUTORES. "Guía sobre licencias médicas y subsidios por incapacidad laboral". Facultad de Derecho, Universidad de Chile, Gobierno de Chile

VARIOS AUTORES. "Guía sobre el seguro social de riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales". Facultad de Derecho, Universidad de Chile, Gobierno de Chile.

ANEXOS SECCIÓN A:
“NORMATIVA LEGAL”

ANEXO N° 1

D.F.L. N° 44

**“ESTABLECE NORMAS COMUNES PARA LOS SUBSIDIOS POR
INCAPACIDAD LABORAL DE LOS TRABAJADORES DEPENDIENTES DEL
SECTOR PRIVADO”**

ARTÍCULO 1º

Este decreto establece normas comunes, respecto de los trabajadores dependientes del sector privado, para los subsidios establecidos en el artículo 7º de la ley 6.174; en el artículo 27 de la ley 10.383; en el artículo 1º 16 de la ley 10.622; en el artículo 17 de la ley 16.781; en el artículo 98 del Decreto Ley N° 2.200, de 1978; en el inciso primero del artículo 32 de la ley 10.383, y para los demás subsidios por incapacidad laboral, excepto los regidos por la ley 16.744 sobre Seguro Social Obligatorio contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Los subsidios a que se refiere el inciso anterior, en adelante "los subsidios", continuarán rigiéndose por sus regímenes particulares por sus regímenes particulares en lo que no sean modificados por este decreto.

Estas normas se aplicarán también a los trabajadores dependientes del Estado y de instituciones o empresas del Estado que se encuentren afectos a los regímenes de subsidios contemplados en las disposiciones mencionadas en el inciso primero y a los trabajadores a que se refiere la ley N° 15.565.

ARTÍCULO 2º

El período de duración de los subsidios se reputará de cotización para todos los efectos legales.

ARTÍCULO 3º

Los subsidios serán imposables para previsión y salud y no se considerarán renta para todos los efectos legales.

ARTÍCULO 4º

Para tener derecho a los subsidios se requiere un mínimo de seis meses de afiliación y de tres meses de cotización dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la licencia médica correspondiente.

Con todo, para acceder a los subsidios, los trabajadores dependientes contratados diariamente por turnos o jornadas deberán contar, además del período mínimo de afiliación a que se refiere el inciso primero con, a lo menos, un mes de cotizaciones dentro de los seis meses anteriores a la fecha inicial de la respectiva licencia.

ARTÍCULO 5º

Derogado.

ARTÍCULO 6º

No se requerirán los períodos que establece el artículo 4º para tener derecho a subsidio, si la incapacidad laboral es causada por accidente.

ARTÍCULO 7º

Remuneración neta, para la determinación de las bases de cálculo, es la remuneración imponible con deducción de la cotización personal y de los impuestos correspondientes a dicha remuneración.

ARTÍCULO 8º

La base de cálculo para la determinación del monto de los subsidios considerará los datos existentes a la fecha de iniciación de la licencia médica y

será una cantidad equivalente al promedio de la remuneración mensual neta, del subsidio, o de ambos, que se hayan devengado en los tres meses calendario más próximos al mes en que se inicia la licencia.

En todo caso, el monto diario de los subsidios del inciso primero del artículo 195, y del inciso segundo del artículo 196, ambos del Código del Trabajo, y del artículo 2º de la ley Nº 18.867, no podrá exceder del equivalente a las remuneraciones mensuales netas, subsidios o de ambos, devengadas por las trabajadoras dependientes en los tres meses anteriores más próximos al séptimo mes calendario que precede al de inicio de la licencia, dividido por noventa, aumentado en el 100% de la variación experimentada por el Índice de Precios al Consumidor en el período comprendido por los siete meses anteriores al mes precedente al del inicio de la licencia, e incrementado en un 10%.

Los tres meses a que se refiere el inciso anterior deberán estar comprendidos dentro de los seis meses inmediatamente anteriores al séptimo mes calendario que precede al mes de inicio de la licencia. Si dentro de dicho período sólo se registraren uno o dos meses con remuneraciones y/o subsidios, para determinar el límite del subsidio diario, se dividirá por 30 ó 60 respectivamente.

Para los efectos del cálculo de los subsidios a que se refieren el inciso primero del artículo 195, y el inciso segundo del artículo 196, ambos del Código del Trabajo, se considerarán como un solo subsidio los originados en diferentes licencias médicas otorgadas en forma continuada y sin interrupción entre ellas.

En caso de accidentes en que el trabajador no registre cotizaciones suficientes para enterar los meses a promediar, se considerará para estos efectos la remuneración mensual neta resultante de la establecida en el contrato de trabajo, las veces que sea necesario.

El subsidio de cesantía se exceptúa de la base de cálculo establecida en este artículo.

ARTÍCULO 9º

Derogado.

ARTÍCULO 10º

Las remuneraciones ocasionales o que correspondan a períodos de mayor extensión que un mes, tales como gratificaciones, bonificaciones o aguinaldos de Navidad o Fiestas Patrias, no se considerarán para la determinación de las base de cálculo establecidas en los artículos anteriores.

ARTÍCULO 11º

El subsidiado no perderá el derecho a percibir las remuneraciones a que se refiere el artículo anterior, en la forma y en la oportunidad establecida en el correspondiente contrato de trabajo, por el tiempo en que haya percibido el subsidio.

ARTÍCULO 12º

Si opera un reajuste legal de remuneraciones dentro del mes en que se produzca la incapacidad laboral, el monto de la base del cálculo del subsidio se reajustará en la medida y forma en que corresponda aplicar dicho reajuste.

ARTÍCULO 13º

Los subsidios se devengarán por día.

ARTÍCULO 14º

Los subsidios se devengarán desde el primer día de la correspondiente licencia médica, si ésta fuere superior a diez días o desde el cuarto día, si ella fuere igual o inferior a dicho plazo.

ARTÍCULO 15º

Los subsidios durarán hasta el término de la correspondiente licencia médica, aún cuando haya terminado el contrato de trabajo.

ARTÍCULO 16º

El monto diario de los subsidios será una cantidad equivalente a la trigésima parte de su base de cálculo. Este monto podrá ser reducido hasta en una décima parte, mediante decreto supremo del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, cuando se estime presupuestariamente que el costo de los subsidios excederá del 2% de las remuneraciones imponibles.

ARTÍCULO 17º

El monto diario de los subsidios no podrá ser inferior a la trigésima parte del cincuenta por ciento del ingreso mínimo que rija para el sector privado.

Con todo, tratándose de trabajadores que tengan más de un empleador o que revistan a la vez, las calidades a la vez, las calidades de trabajador dependiente e independiente, tendrán derecho al aludido subsidio mínimo en el evento que la suma de los subsidios que hubieren devengado en un mismo período no supere el monto de aquél.

ARTÍCULO 18º

El monto de los subsidios que se estén devengados se reajustará en cada oportunidad en que éstos cumplan doce meses de duración interrumpida, cualquiera que sea el diagnóstico de las licencias que los originen. Dicho reajuste será equivalente al 100% de la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor, determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el último día del mes ante precedente al de inicio del subsidio o del último mes considerado en el reajuste anterior, según corresponda, y el último día del mes ante precedente a aquel en que comience a devengarse el reajuste.

ARTÍCULO 19º

El pago de los subsidios corresponde a la entidad que deba otorgarlos o al empleador, si lo ha convenido con la entidad otorgante.

ARTÍCULO 20º

Los subsidios se pagarán, por lo menos con la misma periodicidad que la remuneración, sin que pueda ser, en caso alguno, superior a un mes.

ARTÍCULO 21º

El Servicio Médico Nacional de Empleados y las entidades previsionales que administren directamente el subsidio y la cotización establecidos en los artículos 17 y 22, respectivamente, de la ley 16.781, constituirán, cada uno de ellos, un "Fondo para subsidios por incapacidad laboral", con todos los recursos que deban percibir y destinar al pago de los subsidios.

Los excedentes que se produzcan en los fondos a que se refiere el inciso anterior se destinarán al financiamiento de las diferentes prestaciones médicas y será distribuido en la forma que determine la Superintendencia de Seguridad Social.

ARTÍCULO 22º

Durante los períodos de incapacidad laboral, a que se refiere la Ley N° 18.469, los trabajadores dependientes e independientes, afiliados a regímenes de pensiones de instituciones de previsión fiscalizadas por la Superintendencia de Seguridad Social, deberán efectuar las cotizaciones que establezca la normativa vigente destinadas a financiar prestaciones de salud y de previsión, sobre sus remuneraciones o rentas imponibles según corresponda.

Las cotizaciones a que se refiere el inciso precedente deberán efectuarse sobre la base de la última remuneración o renta imponible correspondiente al mes

anterior en que se haya iniciado la licencia o en su defecto la estipulada en el respectivo contrato de trabajo, en su caso. Para este efecto, la referida remuneración o renta imponible se reajustará en la misma oportunidad y porcentaje en que se reajuste el subsidio respectivo.

Las entidades pagadoras de subsidios deberán efectuar las retenciones correspondientes, declarar y enterar las cotizaciones en las instituciones que correspondan, en conformidad con las normas contenidas en la ley N° 17.322.

ARTÍCULO 23º

Las Cajas de Compensación de Asignación Familiar percibirán para el financiamiento de los subsidios una cotización, de cargo empresarial, del 2% sobre las remuneraciones imponibles al Fondo Único de Prestaciones Familiares.

Las empresas cuyos trabajadores estén afiliados al Servicio de Seguro Social y a la Sección Tripulantes de Naves y Operarios Marítimos de la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional, descontarán la cotización establecida en el inciso anterior de las que deban efectuar en tales entidades previsionales en conformidad a las leyes 10.383 y 10.662, respectivamente. Dichas entidades previsionales deducirán del aporte que deben efectuar al Servicios Nacional de Salud las cantidades que dejen de percibir por el descuento indicado.

Las empresas cuyos trabajadores estén afiliados a entidades previsionales distintas de las mencionadas en el inciso anterior, deducirán la cotización establecida en el inciso primero de las que deban efectuar para los subsidios en la respectiva entidad previsional, en conformidad a las leyes 6.174 y 16.781.

ARTÍCULO 24º

Las Cajas de Compensación de Asignación Familiar que administren los subsidios, traspasarán al Servicio Nacional de Salud, al Servicio Médico

Nacional de Empleados o a las entidades previsionales, los superávit que se produzcan en la administración de tales regímenes y ellos cubrirán los déficit que resulten de dicha administración.

La Superintendencia de Seguridad Social determinará la proporción en que deban distribuirse entre las referidas entidades los superávit y los déficit, considerando el número de obreros y empleados subsidiados y el monto de su remuneraciones medias.

ARTÍCULO 25º

Los derechos a los subsidios a que se refiere este decreto y los regidos por la ley 16.744, son incompatibles entre sí, pero podrán ser ejercidos sucesivamente mientras la incapacidad laboral subsista por alguna de sus causas.

ARTÍCULO 26º

Los derechos a los subsidios a que se refiere este decreto son incompatibles con el derecho al de cesantía, pero éste podrá ser ejercido cuando aquellos terminen. Para determinar la duración del subsidio de cesantía, éste se considera iniciado desde la fecha de la terminación del contrato de trabajo, cualquiera que sea la fecha del ejercicio del derecho a subsidio.

ARTÍCULO 27º

Suprímase la frase final del inciso primero del artículo 27 de la ley 10.383, la parte final del inciso primero del artículo 38 del decreto (D.F.L.) Nº 68, de 1965, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y la letra b) del inciso primero del artículo 16 de la ley 10.662 y derogase las normas legales y reglamentarias que sean contrarias a las de este decreto.

ARTÍCULO 28º

Este decreto entrará en vigencia el día primero del tercer mes siguiente al de la fecha de su publicación.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

ARTÍCULO 1º

Los subsidios que se encuentren otorgados a la fecha de vigencia de este decreto, continuarán pagándose hasta su extinción conforme a las normas vigentes a la fecha de su otorgamiento y por las instituciones que tenían la responsabilidad de su pago.

Lo dispuesto en el inciso anterior se aplicará también a los subsidios que se soliciten después de la fecha de vigencia de este decreto cuyo origen sea de una data anterior y a los subsidios que se otorguen después de la referida fecha que sean consecuencia de una nueva licencia médica o de la prorroga de una anterior, si ellas se conceden sin solución de continuidad.

ARTÍCULO 2º

Cuando una Caja de Compensación de Asignación Familiar se haga cargo de la Administración de los subsidios, los trabajadores que se encuentren subsidiados en ese momento continuarán percibiendo la prestación por la misma entidad que hasta entonces la estaba pagando.

ANEXO N° 2
LEY N° 18.469

**“REGULA EL EJERCICIO DEL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA
PROTECCIÓN DE LA SALUD Y CREA UN RÉGIMEN DE PRESTACIONES
DE SALUD”.**

TÍTULO PRELIMINAR
NORMAS GENERALES

ARTÍCULO 1°

El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquellas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse.

ARTÍCULO 2°

Los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de las tarifas, o aranceles fijados a este efecto, sin perjuicio de lo prescrito en los artículos 16° y 28°.

ARTÍCULO 3°

Los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud son responsables de la ejecución de las acciones que tiendan a asegurar la salud de los habitantes de la República.

ARTÍCULO 4°

Establécese un Régimen de Prestaciones de Salud, denominado en adelante el Régimen, sujeto a las disposiciones de esta ley.

Sus beneficiarios tendrán derecho a las acciones de salud previstas en esta ley en las condiciones que ella establece.

TÍTULO I

DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS

ARTÍCULO 5°

Tendrán la calidad de afiliados al Régimen:

- a) Los trabajadores dependientes de los sectores público y privado. Tratándose de personas que hayan efectuado cotizaciones, al menos, durante cuatro meses en los últimos doce meses calendario en virtud de contratos por obra o faena determinada, mantendrán la calidad de afiliados por un período de doce meses a contar del mes al que corresponde la última cotización. En todo caso, los trabajadores dependientes contratados diariamente por turnos o jornadas, que registren al menos, sesenta días de cotizaciones en los doce meses calendario anteriores, mantendrán la calidad de afiliados durante los doce meses siguientes a aquel correspondiente a la última cotización.
- b) Los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión;
- c) Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios, y
- d) Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía.

ARTÍCULO 6°

Serán beneficiarios del Régimen:

- a) Los afiliados señalados en el artículo anterior;
- b) Los causantes por los cuales las personas señaladas en las letras a) y d) del artículo anterior perciban asignación familiar;
- c) Las personas que respecto de los afiliados señalados en las letras b) y c) del artículo anterior cumplan con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente;
- d) La mujer embarazada aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria, y el niño hasta los seis años de edad, para los efectos del otorgamiento de las prestaciones a que alude el artículo 9°;
- e) Las personas carentes de recursos o indigentes y las que gocen de las pensiones asistenciales a que se refiere el decreto ley 869, de 1975, y
- f) Los causantes del subsidio familiar establecido en la ley 18.020.

ARTÍCULO 7°

La incorporación al Régimen se producirá automáticamente al adquirirse cualquiera de las calidades indicadas en los artículos anteriores y se mantendrá mientras ellas subsistan.

Los afiliados deberán efectuar para el Fondo Nacional de Salud las cotizaciones destinadas a financiar las prestaciones de salud que se establecen en los decretos leyes 3.500 y 3.501, de 1980, o en las respectivas leyes orgánicas de las entidades previsionales a las que pertenecen.

Los beneficiarios deberán proporcionar, oportuna y fielmente, las informaciones que les sean requeridas para su adecuada identificación y atención por los Organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Los imponentes voluntarios y los trabajadores independientes estarán sujetos a la cotización señalada en los artículos 85° y 92°, respectivamente, del decreto ley 3.500, de 1980, aplicada sobre la renta por la cual impongán.

TÍTULO II
DE LAS PRESTACIONES
PÁRRAFO 1°
Prestaciones Médicas

ARTÍCULO 8°

Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen las siguientes prestaciones:

- a) El examen de medicina preventiva para pesquisar, oportunamente, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, el glaucoma, el cáncer, la diabetes, cardiopatías, la hipertensión, la insuficiencia renal crónica y las demás enfermedades que determine el Ministerio de Salud, cuyo diagnóstico y terapéutica precoz prevengan una evolución irreversible;
- b) Asistencia médica curativa que incluye consulta, exámenes y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, tratamientos, incluidos los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional, y demás atenciones y acciones de salud que se establezcan, y
- c) Atención odontológica, en la forma que determine el reglamento.

ARTÍCULO 9°

Toda mujer embarazada tendrá derecho a la protección del Estado durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo, la que comprenderá el control del embarazo y puerperio.

El niño recién nacido y hasta los seis años de edad tendrá también derecho a la protección y control de salud del Estado.

La atención del parto estará incluida en la asistencia médica a que se refiere la letra b) del artículo 8 °.

ARTÍCULO 10°

Se incluyen entre las prestaciones de salud que proporciona el Régimen aquellas acciones de promoción, protección y otras relativas a las personas o al ambiente, que se determinen en los programas y planes que fije el Ministerio de Salud, en la forma y modalidades establecidas en las disposiciones que rigen a los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, a quienes corresponderá la ejecución de tales acciones.

ARTÍCULO 11°

Las prestaciones comprendidas en el Régimen se otorgarán por los Servicios e Instituciones que dependen del Ministerio de Salud, de acuerdo con el decreto ley 2.763, de 1979.

Las prestaciones se concederán por esos organismos a través de sus establecimientos, con los recursos físicos y humanos de que dispongan, sin perjuicio de los convenios que puedan celebrar al efecto los Servicios de Salud o el Fondo Nacional de Salud con otros organismos públicos o privados.

El Ministerio de Salud fijará las normas de acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones a los beneficiarios. Determinará, a su vez, los procedimientos para que los usuarios efectúen desconcentradamente los reclamos que estimen pertinentes, y el plazo y la forma en que las autoridades de salud respectivas deban responder y resolver tales reclamos.

Los beneficiarios podrán elegir el establecimiento en que serán atendidos y, dentro de éste, al profesional que deba atenderlos, excepto en los casos previstos en el artículo 10, a menos que las acciones que establece dicha disposición se otorguen en la atención primaria de salud.

Con todo, en los casos de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, el Fondo Nacional de Salud pagará directamente al prestador público o privado el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus beneficiarios, de acuerdo a los mecanismos dispuestos en la presente ley y

en el decreto Ley N° 2.763, de 1979. Asimismo en estos casos, se prohíbe a los prestadores exigir a los beneficiarios de esta ley, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma dicha atención. El Ministerio de Salud determinará por reglamento las condiciones generales y las circunstancias bajo las cuales una atención o conjunto de atenciones será considerada de emergencia o urgencia.

ARTÍCULO 12°

No obstante lo dispuesto en el artículo precedente, los afiliados y los beneficiarios que de ellos dependan, podrán optar por atenderse de acuerdo con la modalidad de "libre elección" que se establece en el artículo siguiente, caso en el cual gozarán de libertad para elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad, otorgue la prestación requerida.

ARTÍCULO 13°

Los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud que decidan otorgar prestaciones de salud a los beneficiarios del Régimen, en la modalidad de "libre elección", deberán suscribir un convenio con el Fondo Nacional de Salud e inscribirse en alguno de los grupos del rol que para estos efectos llevará el Fondo.

Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y demás que determine el Ministerio de Salud, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico.

Estas prestaciones serán retribuidas de acuerdo con el arancel a que se refiere el artículo 28, cuyos valores serán financiados parcialmente por el afiliado, cuando corresponda, en la forma que determine el Fondo Nacional de Salud. La

bonificación que efectúe el referido Fondo no excederá el 60% del valor que se fije en dicho arancel, salvo para las siguientes prestaciones:

a) Podrán ser bonificadas, a lo menos en un 60% y hasta un 90%, las que deriven de atenciones de emergencia o urgencia debidamente certificadas por un médico cirujano, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que pueda ser derivado a un establecimiento asistencial perteneciente al Sistema Nacional de Servicios de Salud u otro con el cual haya celebrado un convenio especial bajo la Modalidad de Atención Institucional; sin perjuicio de lo anterior, el beneficiario, o quien asuma su representación, podrá optar por recibir atención en el mismo establecimiento donde recibió la atención de emergencia o urgencia en la Modalidad de Libre Elección, respecto de las prestaciones que se otorguen con posterioridad a su estabilización. El arancel a que se refiere el artículo 28 de esta ley señalará los requisitos y condiciones que deberán ser observados por el médico cirujano para calificar la emergencia o urgencia, todo lo cual será fiscalizado por el Fondo Nacional de Salud en uso de sus atribuciones, especialmente las señaladas en el inciso final del presente artículo;

b) Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se podrán establecer otras prestaciones cuya bonificación no exceda el 80% del valor que se fije en el arancel. Para estos efectos, el decreto respectivo sólo podrá considerar prestaciones correspondientes a exámenes de laboratorio ambulatorios, incluidos sus procedimientos, y las consultas ambulatorias de especialidades en falencia, y

c) Tratándose de consultas generales ambulatorias, el decreto supremo conjunto a que se refiere la letra anterior podrá establecer una bonificación de hasta el 80% del valor del arancel, siempre y cuando dichas consultas y sus procedimientos asociados formen parte de un conjunto estandarizado de prestaciones ambulatorias. En todo caso, el monto que se destine al financiamiento de estas prestaciones no podrá exceder el equivalente al 20%

del presupuesto destinado a financiar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección.

Por decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda se determinarán los porcentajes específicos de bonificación que correspondan. Sin embargo, para el caso de las consultas médicas, dicha bonificación no será inferior al 60%, y para el parto, será del 75%.

No obstante lo dispuesto en los incisos anteriores, el Ministerio de Salud podrá establecer valores diferenciados superiores al arancel para las distintas prestaciones señaladas en el inciso segundo, de acuerdo con los grupos de profesionales o de entidades asistenciales a que se refiere el inciso primero. En todo caso, la bonificación con que el Fondo Nacional de Salud contribuya al pago de estos valores diferenciados será idéntica en monto a la que resulte de aplicar lo dispuesto en el inciso anterior.

Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos quedan obligados, por la sola inscripción, a aceptar, como máxima retribución por sus servicios, los valores del arancel correspondiente al respectivo grupo, salvo que, para determinadas prestaciones, el Ministerio de Salud, mediante decreto supremo, autorice, respecto de ellas, una retribución mayor a la del arancel.

La modalidad de "libre elección" descrita en este artículo quedará bajo la tuición y fiscalización del Fondo Nacional de Salud.

Las infracciones del reglamento que fija normas sobre la modalidad de libre elección y de las instrucciones que el Fondo Nacional de Salud imparta de acuerdo a sus atribuciones tutelares y de fiscalización serán sancionadas por dicho Fondo, por resolución fundada, con amonestación, suspensión de hasta ciento ochenta días de ejercicio en la modalidad, cancelación de la respectiva inscripción o multa a beneficio fiscal que no podrá exceder de 500 unidades de fomento. La sanción de multa podrá acumularse a cualquiera de las otras contempladas en este artículo

De las resoluciones que apliquen sanciones de cancelación, suspensión o multa superior a 250 Unidades de Fomento el afectado podrá recurrir ante el Ministro de Salud, dentro del plazo de quince días corridos, contado desde su notificación personal o por carta certificada. Si la notificación se efectúa por carta certificada, el plazo señalado empezará a correr desde el tercer día siguiente al despacho de la carta. El Ministro de Salud resolverá sin forma de juicio, en un lapso no superior a treinta días corridos, contado desde la fecha de recepción de la reclamación. De las resoluciones que dicte el Ministro podrá reclamarse, dentro del plazo de diez días hábiles, contado desde la notificación, ante la Corte de Apelaciones correspondiente al domicilio del afectado. La Corte resolverá en única instancia y conocerá en cuenta, debiendo oír previamente al Ministro. La interposición del reclamo no suspenderá en caso alguno la aplicación de las sanciones.

Un extracto de la resolución a firme será publicado en un diario de circulación nacional cuando haya cancelación de la inscripción.

El profesional, establecimiento o entidad sancionada con la cancelación del registro en la modalidad de libre elección sólo podrá solicitar una nueva inscripción al Fondo Nacional de Salud una vez transcurridos cinco años, contados desde la fecha en que la cancelación quedó a firme. El Fondo Nacional de Salud podrá rechazar dicha solicitud mediante resolución fundada. De esta resolución se podrá apelar ante la Corte de Apelaciones respectiva. Si el registro fuere cancelado por segunda vez, cualquiera que sea el tiempo que medie entre una y otra cancelación, el profesional, establecimiento o entidad no podrá volver a inscribirse en dicha modalidad.

Sin perjuicio de las sanciones establecidas en este artículo, el Fondo Nacional de Salud estará facultado para ordenar la devolución o eximirse del pago, de aquellas sumas de dinero que hayan sido cobradas por prestaciones, medicamentos o insumos no otorgados, estén o no estén contenidos en el arancel de prestaciones de que trata el artículo 28 de esta ley, como, asimismo,

la devolución o exención del pago de lo cobrado en exceso al valor fijado en el referido arancel. En los casos señalados precedentemente, procederá el recurso a que se refiere el inciso noveno de este artículo. Las resoluciones que dicte el Fondo Nacional de Salud en uso de esta facultad tendrán mérito ejecutivo para todos los efectos legales, una vez que se encuentren a firme.

ARTÍCULO 14°

La modalidad de "libre elección", a que se refieren los artículos 12° y 13°, se aplicará a la atención odontológica, en la forma que determine el reglamento y en la medida que exista disponibilidad presupuestaria.

ARTÍCULO 15°

El examen de salud referido en el artículo 8°, letra a), y las acciones y prestaciones de salud indicadas en el artículo 9°, incisos primero y segundo, y en el artículo 10°, serán gratuitos.

ARTÍCULO 16°

Las personas que no sean beneficiarias del Régimen podrán requerir y obtener de los organismos creados por el decreto ley 2.763, de 1979, el otorgamiento de prestaciones de acuerdo con el reglamento, pagando su valor según el arancel a que se refiere el artículo 28°.

La atención de las personas a que se refiere este artículo no podrá significar postergación o menoscabo de la atención que los establecimientos deben prestar a los beneficiarios legales y, en consecuencia, con la sola excepción de urgencias debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales preferirán a los no beneficiarios.

ARTÍCULO 17°

Las personas carentes de recursos o indigentes, tendrán derecho a recibir gratuitamente todas las prestaciones que contempla este párrafo.

ARTÍCULO 17° bis

Los trabajadores afiliados independientes para tener derecho a las prestaciones médicas que proporciona el régimen y a la atención en la modalidad de "libre elección", requerirán de un mínimo de seis meses de cotizaciones en los últimos doce meses anteriores a la fecha en que impetren el beneficio, continuas o discontinuas.

PÁRRAFO 2°

PRESTACIONES PECUNIARIAS

ARTÍCULO 18°

Los trabajadores afiliados, dependientes o independientes, que hagan uso de licencia por incapacidad total o parcial para trabajar, por enfermedad que no sea profesional o accidente que no sea del trabajo, tendrán derecho a percibir un subsidio de enfermedad, cuyo otorgamiento se regirá por las normas del decreto con fuerza de ley 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Tratándose de los trabajadores independientes a que se refiere el artículo 5°, letra b), los requisitos para el goce de subsidio, serán los siguientes:

1. Contar con una licencia médica autorizada;
2. Tener doce meses de afiliación previsional anteriores al mes en el que se inicia la licencia;
3. Haber enterado al menos seis meses de cotizaciones continuas o discontinuas dentro del período de doce meses de afiliación previsional anterior al mes en que se inició la licencia, y

4. Estar al día en el pago de las cotizaciones. Se considerará al día al trabajador que hubiere pagado la cotización correspondiente al mes anterior a aquél en que se produzca la incapacidad.

ARTÍCULO 19°

Las trabajadoras tendrán derecho al descanso de maternidad y demás beneficios previstos en el párrafo segundo del TÍTULO IX del decreto ley 2.200, de 1978, y al subsidio de maternidad, cuyo otorgamiento se regirá por las normas del decreto con fuerza de ley 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y de la ley 18.418.

ARTÍCULO 20°

El trabajador requerirá el pago del subsidio por incapacidad laboral en el respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar o Institución de Salud Previsional, según corresponda.

ARTÍCULO 21°

Si la licencia se otorga en virtud de una enfermedad que ocasiona una pérdida parcial de la capacidad laboral y por ende dispone un reposo parcial, el subsidio y la remuneración se calcularán en proporción al tiempo de reposo, debiendo el empleador pagar lo que corresponda al período de la jornada efectivamente trabajada.

Tratándose de trabajadores independientes, el subsidio total o parcial se calculará en base al promedio de la renta mensual imponible, del subsidio, o de ambos, por los que hubieren cotizado en los últimos seis meses anteriores al mes en que se inicia ' la incapacidad laboral. En todo caso, el monto diario de los subsidios del inciso primero del artículo 195 y del inciso segundo del artículo 196, ambos del Código del Trabajo, y del artículo 2° de la ley N° 18.867, no podrá exceder del equivalente a las rentas imponibles deducidas las cotizaciones previsionales, los subsidios o ambos, por los cuales se hubiera

cotizado en los tres meses anteriores al octavo mes calendario anterior al del inicio de la licencia, dividido por noventa, aumentado en el 100% de la variación experimentada por el Índice de Precios al Consumidor en el período comprendido por los ocho meses anteriores al mes precedente al del inicio de la licencia, e incrementado en un 10%. Los aludidos tres meses deberán estar comprendidos dentro de los seis meses inmediatamente anteriores al octavo mes calendario que precede al mes de inicio de la licencia. Si dentro de dicho período sólo se registraren uno o dos meses con rentas y/o subsidios, para determinar el límite del subsidio diario se dividirá por 30 ó 60, respectivamente. Con todo, tratándose de trabajadores independientes afiliados al Nuevo Sistema de Pensiones del decreto ley N° 3.500, de 1980, en el cálculo de los subsidios no podrán considerarse rentas mensuales que tengan una diferencia entre sí, superior al 25%. En el evento de existir esa diferencia o diferencias superiores se considerará en el mes o meses de que se trate, la renta efectiva limitada al 125% de la renta mensual menor del período respectivo. Para los efectos del cálculo de los subsidios a que se refieren las disposiciones del Código del Trabajo citadas en el inciso segundo, se considerarán como un solo subsidio los originados en diferentes licencias médicas otorgadas en forma continuada sin interrupción entre ellas.

ARTÍCULO 22°

El derecho de licencia por enfermedad o embarazo del personal afecto al decreto con fuerza de ley 338, de 1960, se regirá por lo establecido en dicho cuerpo legal.

Estos trabajadores tendrán derecho, durante el goce de la licencia, a la mantención del total de sus remuneraciones y su pago corresponderá al Servicio o Institución empleadora, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 12° de la ley 18.196.

La parte de sus remuneraciones sobre la que no han efectuado cotización para los efectos de esta ley, será de cargo exclusivo del Servicio o Institución empleadora.

ARTÍCULO 23°

Los trabajadores regidos por el decreto ley 2.200, de 1978, no podrán ser desahuciados en conformidad con la letra f) del artículo 13°, durante el período que gocen de licencia por enfermedad.

(Nota: Corresponde al actual artículo 161 del Código del Trabajo.)

ARTÍCULO 24°

Las prestaciones pecuniarias que contempla este párrafo, son incompatibles entre sí y demás con las regidas por la ley 16.744 y con el subsidio de cesantía, el que podrá ser solicitado cuando aquellas terminen.

El derecho a impetrar el subsidio por incapacidad laboral prescribe en seis meses desde el término de la respectiva licencia.

Dentro del mismo plazo prescribirá el derecho de los servicios públicos e instituciones empleadoras a solicitar los pagos y devoluciones que deben efectuar los Servicios de Salud, con motivo de los períodos de incapacidad laboral de los trabajadores de dichas entidades.

TÍTULO III

DE LA DESAFILIACIÓN DEL RÉGIMEN

ARTÍCULO 25°

Los afiliados podrán, en cualquier momento, optar por ingresar con sus familiares beneficiarios a una Institución de Salud Previsional, en la forma y condiciones previstas por el decreto con fuerza de ley 3, de 1981, del Ministerio de Salud.

Dichas Instituciones estarán obligadas a otorgar sin pago adicional por sobre la cotización legal, como mínimo, las prestaciones a que se refieren los artículos 8°, letra a); 9°, incisos primero y segundo, y 18° de esta ley, sin perjuicio de los demás beneficios que se estipulen en los contratos que celebren con sus afiliados, y de las que se establecen en el decreto con fuerza de ley 3, de 1981, del Ministerio de Salud.

Asimismo, quienes hayan optado por incorporarse a una de dichas Instituciones, retornarán, automáticamente al Régimen con todos los derechos y obligaciones que establece esta ley, al término de los contratos que celebren con tales entidades, a menos que opten por afiliarse a otra Institución de Salud Previsional o permanezcan en la misma.

ARTÍCULO 26°

Las personas afiliadas a una Institución de Salud Previsional no tendrán derecho a gozar de los porcentajes de contribución indicados en el artículo 30°, por las prestaciones que ellos o sus familiares reciban de los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y deberán pagar el valor total de estas prestaciones.

TÍTULO IV

DEL FINANCIAMIENTO DEL RÉGIMEN

ARTÍCULO 27°

Sin perjuicio de los recursos que establezcan las leyes, el Régimen se financiará, además, con las tarifas que deban pagar los beneficiarios y no beneficiarios por los servicios y atenciones que soliciten.

ARTÍCULO 28°

Los afiliados, con las excepciones que establece esta ley, deberán contribuir al financiamiento del valor de las prestaciones y atenciones que ellos y los respectivos beneficiarios soliciten y que reciban del Régimen, mediante pago directo, en la proporción y forma que más adelante se indican. El valor de las prestaciones será el que fije el arancel aprobado por los Ministerios de Salud y de Hacienda a proposición del Fondo Nacional de Salud.

ARTÍCULO 29°

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo anterior, las personas afectas a esta ley se clasificarán, según su nivel de ingreso, en los siguientes grupos:

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el decreto Ley N° 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N° 18.020.

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.

Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B.

Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C.

ARTÍCULO 30°

El Estado, a través del Fondo Nacional de Salud, contribuirá al financiamiento de las prestaciones médicas a que se refiere esta ley, en un porcentaje del valor señalado en el arancel fijado en conformidad al artículo 28°.

Dicho porcentaje se determinará, cada vez que así se requiera, por los Ministerios de Salud y de Hacienda; cubrirá el valor total de las prestaciones respecto de los grupos A y B, y no podrá ser inferior al 75% respecto del grupo C, ni al 50% respecto del grupo D.

Sin embargo, por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y de Hacienda, podrán establecerse, para los medicamentos, prótesis y atenciones odontológicas, porcentajes diferentes de los señalados en el inciso precedente. Respecto de las prestaciones que deriven de patologías o estados de salud que se consideren catastróficos, dicha bonificación podrá ser superior a los indicados porcentajes.

El porcentaje de contribución del Fondo a la atención del parto no podrá ser inferior al 75% para el grupo D.

La diferencia que resulte entre la cantidad con que concurre el Fondo y el valor de la prestación será cubierta por el propio afiliado.

Con todo, el Director del Servicio de Salud podrá, en casos excepcionales y por motivos fundados, condonar, total o parcialmente, la diferencia de cargo del afiliado, de acuerdo a criterios previamente definidos mediante resolución fundada del Director del Fondo Nacional de Salud.

ARTÍCULO 31°

Los afiliados del Régimen podrán solicitar al Fondo Nacional de Salud, el otorgamiento de préstamos para financiar todo o parte del valor de las prestaciones de salud que ellos deban pagar, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 13° y 30°, inciso quinto. Para el caso de las atenciones de urgencia o emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, se entenderá

que el Fondo Nacional de Salud ha otorgado un préstamo a sus afiliados Por la parte del valor de las prestaciones que sea de cargo de éstos si, una vez transcurridos treinta días desde que el Fondo Nacional de Salud ha pagado al prestador el valor de las atenciones otorgadas, el afiliado no ha enterado directamente al Fondo dicho monto.

Dichos préstamos se otorgarán con cargo a un "Fondo de Préstamos Médicos", que se formará con los siguientes recursos:

- a) Las sumas que le asigne el Fondo Nacional de Salud en su presupuesto, y
- b) Las amortizaciones e intereses penales de los préstamos otorgados.

Las cuotas en que se divida el servicio del préstamo serán reajustables, según la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor fijado por el Instituto Nacional de Estadísticas.

Los requisitos, garantías, intereses penales, plazos, recaudación, cobro y percepción de dividendos y las demás condiciones y modalidades del otorgamiento y servicio de estos préstamos, serán establecidos en el reglamento. Su pago se hará efectivo mediante descuentos en las remuneraciones o pensiones de los afiliados a requerimiento del Fondo.

Lo retenido para el pago por el empleador o entidad pagadora de pensiones deberá ser enterado por éstos en el Fondo Nacional de Salud dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquel en que se devengaron las correspondientes remuneraciones o pensiones, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

El no pago dentro del plazo precedente por el empleador o entidad pagadora de pensiones, los hará responsables de efectuar el entero de lo retenido considerando la variación diaria del Índice de Precios al Consumidor mensual del período comprendido entre el mes que antecede al mes en que debió efectuarse el pago y el mes anterior a aquel en que efectivamente se realice.

Las liquidaciones de los créditos que practique el Director del Fondo Nacional de Salud tendrán mérito ejecutivo para los efectos del cobro de las cuotas impagas, y les será aplicable, en lo pertinente, lo establecido en los artículos 2° al 12°, 14° y 18° de la ley 17.322.

Con todo, el Director del Fondo estará facultado, previa autorización del Ministerio de Salud y del Ministerio de Hacienda, para castigar en la contabilidad del servicio a su cargo los créditos que por concepto de préstamos médicos estime incobrables, siempre que hayan sido contabilizados oportunamente y se hayan agotado prudencialmente los mecanismos de cobro.

ARTÍCULO 32°

El Fondo Nacional de Salud determinará los documentos o instrumentos que acrediten la identificación de los beneficiarios y su clasificación en alguno de los grupos a que se refiere el artículo 29.

El Fondo Nacional de Salud podrá celebrar convenios con entidades públicas o privadas para el otorgamiento de los documentos e instrumentos que permitan la identificación de los afiliados y beneficiarios, la venta, emisión y pago de los instrumentos que se utilicen para la atención de los mismos, y las acciones relacionadas con el otorgamiento y el cobro de los préstamos a que se refiere el artículo anterior. Para la ejecución de lo estipulado en estos convenios, el Fondo podrá facilitar, a cualquier título, a las entidades referidas, bienes muebles o inmuebles de su uso o propiedad, los que deberán ser utilizados por éstas, directa y exclusivamente, en el cumplimiento de los cometidos contratados.

Las circunstancias de hecho y los mecanismos que sean necesarios para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, a que se refiere el artículo 29, se establecerán a través de un decreto supremo conjunto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del Fondo Nacional de Salud.

ARTÍCULO 33°

Para los efectos de lo dispuesto en lo, artículos 29° y 30°, se entenderá por ingreso mensual la suma de todos los ingresos que el afiliado reciba en forma habitual cada mes.

En el caso de los afiliados que reciban ingresos habituales cuyo monto sea variable, como el de los comisionistas, trabajadores eventuales o transitorios, o cualquier otro trabajador contratado para la realización de una determinada obra o faena, se entenderá por ingreso mensual el promedio de lo percibido en los últimos doce meses.

Se entenderá que constituyen ingresos los sueldos, sobresueldos, comisiones, participaciones, gratificaciones o cualquier otra asignación o contraprestación en dinero pagada por servicios personales, pensiones, montepíos, honorarios provenientes del ejercicio de profesiones liberales o de cualquier profesión u ocupación lucrativa y, en general, toda utilidad o beneficio que rinda una cosa o actividad, cualquiera que sea su naturaleza, origen o denominación.

No se considerarán ingresos para los efectos de esta ley, aquellos señalados en el artículo 17° de la Ley sobre Impuesto a la Renta, con excepción de los N°s. 17, 19, 26 y 27 y de las situaciones indicadas en el artículo 18° del mismo cuerpo legal. Tampoco se considerarán como ingresos, las asignaciones de movilización, de pérdida de caja, de desgaste de herramientas, colación, viáticos y las prestaciones familiares legales.

En el caso que ambos cónyuges sean afiliados, sus hijos y demás cargas de familia se considerarán pertenecientes al Grupo que corresponda al cónyuge cuyo ingreso mensual sea más elevado, aunque el otro cónyuge perciba las respectivas asignaciones familiares.

Corresponderá al Fondo Nacional de Salud determinar el ingreso mensual del afiliado, para lo cual podrá exigir una declaración jurada de los afiliados como

asimismo, requerir de los empleadores, entidades de previsión y cualquier servicio público, las informaciones que estime pertinentes con ese objeto.

Si los ingresos del afiliado experimentaren una variación que permitiera clasificarlo en un grupo diferente, deberá comunicar tal circunstancia al Fondo Nacional de Salud y éste lo reclasificará.

TÍTULO V

Disposiciones Varias

ARTÍCULO 34°

El Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, continuará rigiéndose por la ley 16.744.

ARTÍCULO 35°

Pónese término a los aportes que, en cualquier forma, efectúa el Estado para financiar sistemas o regímenes de salud distintos del que establece esta ley. No se considerarán como aportes del Estado a sistemas o regímenes de salud, los que éste haga a servicios u oficinas de bienestar.

ARTÍCULO 36°

Este Régimen no se aplicará a los regímenes de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, ni a sus imponentes activos o pasivos, ni a los montepiados, ni a sus cargas familiares.

A los afiliados y beneficiarios del Régimen de prestaciones de salud que establece esta ley, no se aplicarán las disposiciones de la ley 6.174; el decreto ley 2.575, de 1979; los artículos 23°, 24°, 25°, 26°, 27° 28° 29°, 31° y 32° de la ley 10.383 y los artículos 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 8°, 9°, 10°, 11°, 14° salvo su letra c), 15°, 16°, 17° bis, 18°, 19°, 20° y 22° de la ley 16.781.

ARTÍCULO 37°

Esta ley entrará en vigencia el 1° de enero de 1986. Sin embargo, antes de esa fecha podrán dictarse y tramitarse los decretos, los reglamentos y demás disposiciones complementarias que fuere necesario dictar para el cumplimiento de esta ley.

ARTÍCULO 38°

Las personas que sin tener la calidad de beneficiarios obtuvieren mediante simulación o engaño los beneficios de esta ley; y los beneficiarios que, en igual forma, obtuvieren un beneficio mayor que el que les corresponda, serán sancionados con reclusión menor en sus grados mínimo a medio.

En igual sanción incurrirán las personas que faciliten los medios para la comisión de algunos de los delitos señalados en el inciso anterior.

ARTÍCULO 39°

Los profesionales que infringieren lo dispuesto en el artículo 13°, inciso sexto, serán sancionados con las penas establecidas en los artículos 467° y 494°, N° 19, según corresponda del Código Penal.

ARTÍCULO 40°

Derógase, a contar de la vigencia de esta ley, el artículo 77° de la ley 18.382.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

ARTÍCULO 1°

No obstante lo dispuesto en el artículo 7°, inciso segundo, los afiliados activos y pasivos de una institución previsional distinta de las establecidas en el decreto ley 3.500, de 1980, ingresarán al Régimen con el mismo porcentaje de

cotización para prestaciones de salud que les fuere aplicable. Si la ley no estableciere tal porcentaje, se considerarán exentos de esta obligación.

ARTÍCULO 2°

Los trabajadores que a la fecha de vigencia de esta ley se encuentren acogidos a reposo preventivo, de acuerdo con la ley 6.174, continuarán gozando de dicho reposo en la forma y por el plazo otorgado.

ARTÍCULO 3°

Sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 28°, 29° y 30° los trabajadores y pensionados que a la fecha de publicación de esta ley, tengan derecho a atención médica curativa gratuita en los organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en las leyes 10.383, 10.662 y 15.565 y en el artículo 6° transitorio del decreto ley 2.763, de 1979, y que por el monto de su ingreso, queden clasificados en el grupo C, deberán contribuir al pago del valor de las respectivas prestaciones sólo con un 10%, durante el primer año de vigencia de la ley, con un 15%, durante el segundo año y con un 20%, durante el tercer año. Tales porcentajes serán de un 10%, 25% y 35%, para esos años, respectivamente, para los mismos trabajadores o pensionados que por su ingreso queden clasificados en el grupo D.

ARTÍCULO 4°

Transcurridos los plazos a que se refiere el artículo 3° transitorio, los trabajadores y pensionados a que en él se alude, deberán contribuir a financiar las prestaciones del Régimen que contempla esta ley, en los porcentajes que fija el artículo 30°.

ARTÍCULO 5°

Facúltase al Presidente de la República, para que, en el plazo de un año contado desde la fecha de publicación de la presente ley en el Diario Oficial, por uno o más decretos con fuerza de ley, expedidos a través del Ministerio de Salud y que deberán llevar además la firma del Ministro de Hacienda, transforme en las plantas de personal de los Servicios de Salud, cargos vacantes afectos a la Escala Única de Sueldos o a la ley 15.076, sin que con ello se exceda las dotaciones y el gasto máximo que autoriza la Ley de Presupuestos para el conjunto de los Servicios de Salud.

ARTÍCULO 6°

Los activos y pasivos de los Fondos de Salud y de Subsidios de Incapacidad Laboral que administran la Caja Bancaria de Pensiones y la Caja de Previsión y Estímulo de los Empleados del Banco del Estado de Chile, se traspasarán al Fondo de Pensiones de la respectiva Institución de Previsión.

Los activos y pasivos del Servicio Médico de la Empresa de los Ferrocarriles del Estado continuarán formando parte del patrimonio de dicha Empresa.

ARTÍCULO 7°

Durante los dos primeros años de vigencia de esta ley y mientras no se proceda a la identificación de los beneficiarios mediante el otorgamiento de la credencial referida en el artículo 32°, éstos podrán requerir las prestaciones médicas del Régimen usando los mecanismos de acreditación actualmente vigentes, y aquellos destinados a comprobar sus ingresos, en los términos indicados en el artículo 29°, y en la forma que determine el reglamento.

Santiago, 14 de noviembre de 1985.

ANEXO N° 3

LEY N° 16.744

**“SEGURO SOCIAL CONTRA RIESGOS DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y
ENFERMEDADES PROFESIONALES”**

(Publicada en el DO de 01.02.68)

TÍTULO I

OBLIGATORIEDAD, PERSONAS PROTEGIDAS Y AFILIACION

PÁRRAFO 1

Obligatoriedad.

ARTÍCULO 1º.

Declárase obligatorio el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, en la forma y condiciones establecidas en la presente ley.

PÁRRAFO 2

Personas protegidas

ARTÍCULO 2º.

Estarán sujetas, obligatoriamente, a este seguro, las siguientes personas:

a) Todos los trabajadores por cuenta ajena, cualesquiera que sean las labores que ejecuten, sean ellas manuales o intelectuales, o cualquiera que sea la naturaleza de la empresa, institución, servicio o persona para quien trabajen, incluso los servidores domésticos y los aprendices;

- b) Los funcionarios públicos de la Administración Civil del Estado municipales y de instituciones administrativamente descentralizadas del Estado;
- c) Los estudiantes que deben ejecutar trabajos que signifiquen una fuente de ingreso para el respectivo plantel;
- d) Los trabajadores independientes y los trabajadores familiares.

El Presidente de la República establecerá, dentro del plazo de un año, a contar desde la vigencia de la presente ley, el financiamiento y condiciones en que deberán incorporarse al régimen de seguro de esta ley las personas indicadas en las letras b) y c) de este artículo.

No obstante, el Presidente de la República queda facultado para decidir la oportunidad, financiamiento y condiciones en que deberán incorporarse al régimen de seguro que establece esta ley las personas indicadas en la letra d).

ARTÍCULO 3º.

Estarán protegidos, también, todos los estudiantes de establecimientos fiscales o particulares por los accidentes que sufran con ocasión de sus estudios o en la realización de su práctica educacional.

El Presidente de la República queda facultado para decidir la oportunidad, financiamiento y condiciones de la incorporación de tales estudiantes a este seguro escolar, la naturaleza y contenido de las prestaciones que se les otorgará y los organismos, instituciones o servicios que administrarán dicho seguro.

PÁRRAFO 3

Afiliación

ARTÍCULO 4º.

La afiliación de un trabajador, hecha en una Caja de Previsión para los demás efectos de seguridad social, se entenderá hecha por el ministerio de la ley, para este seguro, salvo que la entidad empleadora para la cual trabaje se encuentre adherida a alguna Mutualidad.

Respecto de los trabajadores de contratistas o subcontratistas deberán observarse, además, las siguientes reglas:

El dueño de la obra, empresa o faena, será subsidiariamente responsable de las obligaciones que, en materia de afiliación y cotización, afecten a sus contratistas respecto de sus trabajadores. Igual responsabilidad afectará al contratista en relación con las obligaciones de sus subcontratistas.

TÍTULO II

CONTINGENCIAS CUBIERTAS

ARTÍCULO 5º.

Para los efectos de esta ley se entiende por accidente del trabajo toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte.

Son también accidentes del trabajo los ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar del trabajo.

Se considerarán también accidentes del trabajo los sufridos por dirigentes de instituciones sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales.

Exceptúanse los accidentes debidos a fuerza mayor extraña que no tenga relación alguna con el trabajo y los producidos intencionalmente por la víctima. La prueba de las excepciones corresponderá al organismo administrador.

ARTÍCULO 6º.

Los Consejos de los organismos administradores podrán otorgar el derecho al goce de los beneficios establecidos en la presente ley, en casos de accidentes debidos a fuerza mayor extraña al trabajo que afectaren al afiliado en razón de su necesidad de residir o desempeñar sus labores en el lugar del siniestro.

Las empresas y los fondos de los seguros de enfermedad y de pensiones respectivos, deberán, en tal caso, integrar en el Fondo de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de que se trate, las sumas equivalentes a las prestaciones que habrían debido otorgar por aplicación de las normas generales sobre seguro de enfermedad o medicina curativa, invalidez no profesional o supervivencia, en la forma que señale el reglamento.

En todo caso, los acuerdos a que se refiere el inciso primero deberán ser sometidos a la aprobación de la Superintendencia de Seguridad Social.

ARTÍCULO 7º.

Es enfermedad profesional la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte.

El reglamento enumerará las enfermedades que deberán considerarse como profesionales. Esta enumeración deberá revisarse, por lo menos, cada tres años.

Con todo, los afiliados podrán acreditar ante el respectivo organismo administrador el carácter profesional de alguna enfermedad que no estuviere enumerada en la lista a que se refiere el inciso anterior y que hubiesen contraído como consecuencia directa de la profesión o del trabajo realizado. La resolución que al respecto dicte el organismo administrador será consultada ante la Superintendencia de Seguridad Social, la que deberá decidir dentro del plazo de tres meses con informe del Servicio Nacional de Salud.

TÍTULO III

ADMINISTRACIÓN

ARTÍCULO 8º.

La administración del seguro estará a cargo del Servicio de Seguro Social, del Servicio Nacional de Salud, de las Cajas de Previsión y de las Mutualidades de Empleadores, en conformidad a las reglas contenidas en los artículos siguientes.

ARTÍCULO 9º.

Respecto de los afiliados en el Servicio de Seguro Social, el seguro será administrado por éste, correspondiendo al Servicio Nacional de Salud otorgarles las prestaciones médicas y los subsidios por incapacidad temporal, sin perjuicio de las demás funciones que le encomienda la presente ley.

El Servicio Nacional de Salud cumplirá sus funciones a través de sus servicios técnicos, quienes proveerán los medios y el personal para realizar las obligaciones que le encomienda la presente ley. Un comité asesor propondrá la política de acción, las normas y los programas y la repartición del presupuesto para sus fines específicos.

El Servicio de Seguro Social cumplirá sus funciones a través del Departamento de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que se crea con la presente ley y cuya organización administrativa interna será determinada por un reglamento que deberá dictar el Presidente de la República.

El Presidente de la República queda facultado para modificar la planta del Servicio Nacional de Salud, cuando lo estime necesario para que esta institución amplíe sus servicios de prevención y rehabilitación.

ARTÍCULO 10º.

Respecto de los afiliados en otras Cajas de Previsión, administrará este seguro el respectivo organismo previsional en que estén afiliados.

Estos organismos, en caso de carecer de adecuados servicios médicos propios, podrán contratar el otorgamiento de las prestaciones médicas. No obstante, para el Servicio Nacional de Salud será obligatorio convenir el otorgamiento de tales prestaciones, con las Cajas que lo soliciten, sujeto ello al pago de las tarifas que fijará periódicamente.

El Presidente de la República queda facultado para modificar las plantas del personal de los organismos que, para otorgar tales prestaciones, opten por instalar sus propios servicios médicos o ampliar los existentes. En la provisión de los cargos que se creen en virtud de esta facultad deberán observarse las normas que sobre ascensos contiene el Estatuto Administrativo.

ARTÍCULO 11º.

El seguro podrá ser administrado, también, por las Mutualidades de Empleadores, que no persigan fines de lucro respecto de los trabajadores dependientes de los miembros adheridos a ellas.

ARTÍCULO 12º.

El Presidente de la República podrá autorizar la existencia de estas instituciones, otorgándoles la correspondiente personalidad jurídica, cuando cumplan con las siguientes condiciones:

- a) Que sus miembros ocupen, en conjunto, 20.000 trabajadores, a lo menos, en faenas permanentes;
- b) Que dispongan de servicios médicos adecuados, propios o en común con otra Mutualidad, los que deben incluir servicios especializados, incluso en rehabilitación;

- c) Que realicen actividades permanentes de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales;
- d) Que no sean administradas directa ni indirectamente por instituciones con fines de lucro, y
- e) Que sus miembros sean solidariamente responsables de las obligaciones contraídas por ellas.

El Servicio Nacional de Salud controlará que, dentro del plazo que fije el Presidente de la República en el decreto que les conceda personalidad jurídica, cumplan con las exigencias previstas en las letras b) y c) del inciso anterior.

En caso de disolución anticipada de una Mutualidad, sus miembros deberán constituir los capitales representativos correspondientes a las pensiones de responsabilidad de dicha Mutualidad, en el o los organismos administradores que deban hacerse cargo, en el futuro, del pago de tales pensiones.

En lo demás, se procederá en la forma como dispongan sus estatutos y el Estatuto Orgánico de las Mutualidades que deberá dictar el Presidente de la República en conformidad al artículo siguiente.

Las Mutualidades estarán sometidas a la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social, la que ejercerá estas funciones en conformidad a sus leyes y reglamentos orgánicos.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los acuerdos de los Directorios de estas Mutualidades, que se refieran a transacciones judiciales o extrajudiciales, serán elevados en consulta a la Superintendencia de Seguridad Social.

Los acuerdos cuyo cumplimiento merezca dudas de legalidad o conveniencia a los Directorios de dichas Mutualidades podrán ser elevados en consulta por éstas a la mencionada Superintendencia de Seguridad Social.

En casos calificados, la Superintendencia podrá disponer que una o más de estas entidades, que a su juicio requieran de un control especial, le eleven en

consulta los acuerdos de Directorio que recaigan sobre las materias que ella fije.

En los casos a que se refieren los tres incisos precedentes, la Superintendencia de Seguridad Social se pronunciará en los términos establecidos en el artículo 46 de la Ley No. 16.395.

La Superintendencia de Seguridad Social impartirá las instrucciones obligatorias que sean necesarias para el cumplimiento de lo dispuesto en los incisos quinto a octavo de este artículo.

ARTÍCULO 13º.

Facúltase al Presidente de la República para que, dentro del plazo de un año, contado desde la publicación de la presente ley, dicte el Estatuto Orgánico por el que se habrán de regir estas Mutualidades.

Dicho Estatuto deberá prever que el Directorio de estas instituciones esté integrado, paritariamente, por representantes de los empleadores y de los trabajadores y la forma como se habrá de elegir al presidente de la institución, el cual lo será, también, del Directorio.

ARTÍCULO 14º.

Los organismos administradores no podrán destinar a gastos de administración una suma superior al 10% de los ingresos que les correspondan para este seguro. Sin perjuicio de dicho porcentaje máximo, a las Mutualidades no podrá fijárseles menos del 5% de sus ingresos para tales gastos en los decretos en que se aprueban las estimaciones presupuestarias de esta ley.

TÍTULO IV

COTIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO

ARTÍCULO 15º.

El seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se financiará con los siguientes recursos:

a) Con una cotización básica general del 0,90% de las remuneraciones imponibles, de cargo del empleador; ^(*)

^(*) El Art. 6 transitorio de la Ley N° 19.578 establece que, a contar del 1 de septiembre de 1998 y hasta el 31 de agosto del año 2004, que posteriormente fuera prorrogada hasta el 31 de agosto del año 2008 por la Ley N° 19.969, una cotización extraordinaria del 0,05% de las remuneraciones imponibles, de cargo del empleador, en favor del Seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de la Ley N° 16.744.

b) Con una cotización adicional diferenciada en función de la actividad y riesgo de la empresa o entidad empleadora, la que será determinada por el Presidente de la República y no podrá exceder de un 3,4% de las remuneraciones imponibles que también será de cargo del empleador, y que se fijará sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 16;

c) Con el producto de las multas que cada organismo administrador aplique en conformidad a la presente ley;

d) Con las utilidades o rentas que produzca la inversión de los fondos de reserva, y

e) Con las cantidades que les corresponda por el ejercicio del derecho de repetir de acuerdo con los artículos 56 y 69.

ARTÍCULO 16º.

Las empresas o entidades que implanten o hayan implantado medidas de prevención que rebajen apreciablemente los riesgos de accidentes del trabajo o de enfermedades profesionales, podrán solicitar que se les reduzca la tasa de cotización adicional o que se les exima de ella si alcanzan un nivel óptimo de seguridad.

Las empresas o entidades que no ofrezcan condiciones satisfactorias de seguridad y/o higiene, o que no implanten las medidas de seguridad que el organismo competente les ordene, deberán cancelar la cotización adicional con recargo de hasta el 100%, sin perjuicio de las demás sanciones que les correspondan.

Las exenciones, rebajas o recargos de la cotización adicional se determinarán por las mutualidades de empleadores respecto de sus empresas adherentes y por los Servicios de Salud respecto de las demás empresas, en relación con la magnitud de los riesgos efectivos y las condiciones de seguridad existentes en la respectiva empresa, sin perjuicio de los demás requisitos que establece este artículo y el reglamento.

Las empresas podrán reclamar de lo resuelto por la respectiva Mutualidad de Empleadores ante la Superintendencia de Seguridad Social, en conformidad al inciso tercero del artículo 77 de esta ley, la que para resolver, si lo estima pertinente, podrá solicitar informe del Servicio de Salud correspondiente.

El reglamento establecerá los requisitos y proporciones de las rebajas y recargos, así como también la forma, proporciones y plazos en que se concederán o aplicarán.

ARTÍCULO 17º.

Las cotizaciones se calcularán sobre la base de las mismas remuneraciones o rentas por las que se cotiza para el régimen de pensiones de la respectiva institución de previsión del afiliado.

Las cotizaciones que deban integrarse en alguna Caja de Previsión, se considerarán parte integrante de su sistema impositivo, gozando, por lo tanto, de los mismos privilegios y garantías. Asimismo, el incumplimiento de enterar las cotizaciones tendrá las mismas sanciones que las leyes establecen o establezcan en el futuro para dicho sistema.

ARTÍCULO 18º.

En caso de incumplimiento de la obligación de cotizar de parte de los empleadores afectos a alguna Mutualidad, deberán observarse las siguientes reglas:

- a) La Mutualidad deberá hacer la liquidación de las cotizaciones adeudadas;
- b) El infractor deberá pagar un interés penal de un 3% mensual sobre el monto de lo adeudado, y
- c) En la misma liquidación se impondrá, también, una multa cuyo monto será equivalente al 50% de las imposiciones adeudadas, y en ningún caso inferior a medio sueldo vital mensual escala A) del departamento de Santiago.

Esta multa se recargará en un 50% si la infracción se produce con posterioridad a haberse verificado un accidente o enfermedad por algún trabajador.

La liquidación aprobada por el presidente de la respectiva Mutualidad tendrá mérito ejecutivo y su notificación y cobro se ajustarán a las mismas normas que rigen para el sistema de cobranza judicial del Servicio de Seguro Social, gozando, también, del mismo privilegio.

ARTÍCULO 19º.

El régimen financiero del seguro será el de reparto. Pero deberá formarse una reserva de eventualidades no inferior al 2% ni superior al 5% del ingreso anual.

ARTÍCULO 20º.

Respecto de las Mutualidades, el Estatuto Orgánico de ellas deberá establecer que estas instituciones formen, además de la reserva de eventualidades a que se refiere el artículo anterior, una reserva adicional para atender el pago de las pensiones y de sus futuros reajustes.

ARTÍCULO 21º.

Mediante decreto supremo se determinará la proporción en que se distribuirá, entre el Servicio de Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud, el producto de las cotizaciones que aquél recaude para este seguro.

Los demás organismos administradores, con excepción de las Mutualidades de Empleadores, deberán, además, entregar al Servicio Nacional de Salud un determinado porcentaje de sus ingresos, el que será determinado, respecto de cada cual, por el Presidente de la República, para que esta institución lo dedique exclusivamente al financiamiento de sus labores de inspección, prevención de riesgos profesionales, rehabilitación y reeducación de inválidos.

Los excedentes que se produzcan, en cada ejercicio, en los fondos respectivos de las diversas Cajas de Previsión serán distribuidos de acuerdo con las normas que establezca el reglamento, debiéndose aportar por duodécimos presupuestarios y haciéndose los ajustes que correspondan de acuerdo a sus balances anuales.

ARTÍCULO 22º.

Derogado.

ARTÍCULO 23º.

Todas las sumas que corresponda percibir al Servicio Nacional de Salud, por aplicación de lo dispuesto en la presente ley, se contabilizarán por separado y este organismo deberá destinarlas exclusivamente a los objetivos que esta ley le encomienda.

ARTÍCULO 24º.

Créase un fondo especial destinado a la rehabilitación de alcohólicos que será administrado por el Servicio Nacional de Salud y que se formará hasta con el 10% de los excedentes a que se refiere el inciso tercero del artículo 21 y con el

10% de las multas de cualquiera naturaleza que se apliquen en conformidad a la presente ley.

El Servicio Nacional de Salud destinará estos recursos preferentemente a la construcción, habilitación y funcionamiento de clínicas para el uso de las instituciones con personalidad jurídica que existan o se constituyan exclusivamente con la finalidad señalada, a las que podrá también otorgar subvenciones de acuerdo con sus necesidades.

Un reglamento que el Presidente de la República dictará dentro del plazo de ciento ochenta días desde la fecha de la promulgación de la ley, determinará la forma de administrar y distribuir estos recursos.

ARTÍCULO 24° bis.

Las Municipalidades de Empleadores estarán exentas de la obligación de efectuar aportes para el financiamiento del seguro de las personas a que se refieren el inciso final del artículo 2° y el artículo 3° de esta ley.

TÍTULO V

PRESTACIONES

PÁRRAFO 1

Definiciones

ARTÍCULO 25°.

Para los efectos de esta ley se entenderá por "entidad empleadora" a toda empresa, institución, servicio o persona que proporcione trabajo; y por "trabajador", a toda persona, empleado u obrero, que trabaje para alguna empresa, institución, servicio o persona.

ARTÍCULO 26º.

Para los efectos del cálculo de las pensiones e indemnizaciones, se entiende por sueldo base mensual el promedio de las remuneraciones o rentas, sujetas a cotización, excluidos los subsidios, percibidas por el afiliado en los últimos seis meses, inmediatamente anteriores al accidente o al diagnóstico médico, en caso de enfermedad profesional.

En caso que la totalidad de los referidos seis meses no estén cubiertos por cotizaciones, el sueldo base será igual al promedio de las remuneraciones o rentas por las cuales se han efectuado cotizaciones.

El trabajador podrá acreditar, en todo caso, que ha percibido una remuneración superior a aquella por la cual se le hicieron las cotizaciones, debiendo entonces calcularse el sueldo base sobre la renta efectivamente percibida, sin perjuicio de que la respectiva institución previsional persiga el pago de las cotizaciones adeudadas, con sus intereses y multas, por la diferencia entre la remuneración real y la declarada para los efectos previsionales. Al empleador, también, se le aplicará la sanción máxima establecida en el artículo 80.

Si el accidente o enfermedad ocurre antes que hubiere correspondido enterar la primera cotización, se tendrá por sueldo base el indicado como sueldo o renta en el acto de la afiliación o el que tuvo derecho a percibir a la fecha en que la afiliación debió efectuarse.

Para calcular el sueldo base mensual, las remuneraciones o rentas que se consideren, se amplificarán en el mismo porcentaje en que hubiere aumentado el sueldo vital escala A) del departamento de Santiago, desde la fecha en que ellas fueron percibidas hasta la fecha a partir de la cual se declaró el derecho a pensión.

En ningún caso el sueldo base mensual será inferior al sueldo vital mensual escala A) del departamento de Santiago o al salario mínimo industrial, según fuere la actividad profesional del afiliado, vigente a la fecha a partir de la cual se declaró el derecho a pensión.

ARTÍCULO 27º.

Para el otorgamiento de las prestaciones pecuniarias los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se clasifican en las siguientes categorías, según los efectos que produzcan:

1. Que producen incapacidad temporal;
2. Que producen invalidez parcial;
3. Que producen invalidez total;
4. Que producen gran invalidez, y
5. Que producen la muerte.

ARTÍCULO 28º.

Las prestaciones que establecen los artículos siguientes se deben otorgar tanto en caso de accidente del trabajo como de enfermedad profesional.

PÁRRAFO 2

Prestaciones médicas

ARTÍCULO 29º.

La víctima de un accidente del trabajo o enfermedad profesional tendrá derecho a las siguientes prestaciones, que se otorgarán gratuitamente hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por la enfermedad o accidente:

- a) Atención médica, quirúrgica y dental en establecimientos externos o a domicilio;
- b) Hospitalización si fuere necesario, a juicio del facultativo tratante;
- c) Medicamentos y productos farmacéuticos;
- d) Prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación;
- e) Rehabilitación física y reeducación profesional, y

f) Los gastos de traslado y cualquier otro que sea necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

También tendrán derecho a estas prestaciones médicas los asegurados que se encuentren en la situación a que se refiere el inciso final del artículo 5 de la presente ley.

PÁRRAFO 3

Prestaciones por incapacidad temporal

ARTÍCULO 30°.

La incapacidad temporal da derecho al accidentado o enfermo a un subsidio al cual le serán aplicables las normas contenidas en los artículos 3., 7., 8, 10, 11, 17, 19 y 22 del decreto con fuerza de Ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría de Previsión Social, en el inciso segundo del artículo 21 de la ley No. 18.469 y en el artículo 17 del decreto Ley N° 3.500 de 1980.

En todo caso, el monto del subsidio se reajustará en un porcentaje equivalente al alza que experimenten los correspondientes sueldos y salarios en virtud de leyes generales, o por aplicación de convenios colectivos de trabajo.

ARTÍCULO 31°.

El subsidio se pagará durante toda la duración del tratamiento, desde el día que ocurrió el accidente o se comprobó la enfermedad, hasta la curación del afiliado o su declaración de invalidez.

La duración máxima del período del subsidio será de cincuenta y dos semanas, el cual se podrá prorrogar por cincuenta y dos semanas más cuando sea necesario para un mejor tratamiento de la víctima o para atender a su rehabilitación.

Si al cabo de las cincuenta y dos semanas o de las ciento cuatro, en su caso, no se hubiere logrado la curación, y/o rehabilitación de la víctima, se presumirá que presenta un estado de invalidez.

ARTÍCULO 32º.

El subsidio se pagará incluso por los días feriados y no estará afecto a descuentos por concepto de impuestos y cotizaciones de previsión social.

El beneficiario de subsidio, durante todo el tiempo que dure su otorgamiento, se considerará como activo en la respectiva institución de previsión social para todos los efectos legales.

ARTÍCULO 33º.

Si el accidentado o enfermo se negare a seguir el tratamiento o dificultare o impidiere deliberadamente su curación, se podrá suspender el pago del subsidio a pedido del médico tratante y con el visto bueno del jefe técnico correspondiente.

El afectado podrá reclamar en contra de esta resolución ante el Jefe del área respectiva del Servicio Nacional de Salud, de cuya resolución, a su vez, podrá apelar ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

PÁRRAFO 4

PRESTACIONES POR INVALIDEZ

ARTÍCULO 34º.

Se considerará inválido parcial a quien haya sufrido una disminución de su capacidad de ganancia, presumiblemente permanente, igual o superior a un 15% e inferior a un 70%.

ARTÍCULO 35°.

Si la disminución es igual o superior a un 15% e inferior a un 40%, la víctima tendrá derecho a una indemnización global, cuyo monto no excederá de quince veces el sueldo base y que se determinará en función de la relación entre dicho monto máximo y el valor asignado a la incapacidad respectiva, en la forma y condiciones previstas en el reglamento.

En ningún caso esta indemnización global podrá ser inferior a medio sueldo vital mensual del departamento de Santiago.

ARTÍCULO 36°.

La indemnización global establecida en el artículo anterior se pagará de una sola vez o en mensualidades iguales y vencidas, cuyo monto equivaldrá a treinta veces el subsidio diario que se determine en conformidad al artículo 30 de esta ley, a opción del interesado. En el evento de que hubiera optado por el pago en cuotas podrá no obstante solicitar en cualquier momento el pago total del saldo insoluto de una sola vez.

ARTÍCULO 37°.

El asegurado que sufiere un accidente que, sin incapacitarlo para el trabajo, le produjere una mutilación importante o una deformación notoria, será considerado inválido parcial en conformidad a lo dispuesto en los artículos precedentes. En tal caso, tendrá derecho a la indemnización establecida en el artículo 35, que será fijada por el organismo administrador, de acuerdo al grado de mutilación o deformación. La mutilación importante o deformación notoria, si es en la cara, cabeza u órganos genitales, dará derecho al máximo de la indemnización establecida en dicho artículo.

ARTÍCULO 38º.

Si la disminución de la capacidad de ganancia es igual o superior a un 40% e inferior a un 70%, el accidentado o enfermo tendrá derecho a una pensión mensual, cuyo monto será equivalente al 35% del sueldo base.

ARTÍCULO 39º.

Se considerará inválido total a quien haya sufrido una disminución de su capacidad de ganancia, presumiblemente permanente, igual o superior a un 70%.

El inválido total tendrá derecho a una pensión mensual, equivalente al 70% de su sueldo base.

ARTÍCULO 40º.

Se considerará gran inválido a quien requiere del auxilio de otras personas para realizar los actos elementales de su vida.

En caso de gran invalidez, la víctima tendrá derecho a un suplemento de pensión, mientras permanezca en tal estado equivalente a un 30% de su sueldo base.

ARTÍCULO 41º.

Los montos de las pensiones se aumentarán en un 5% por cada uno de los hijos que le causen asignación familiar al pensionado, en exceso sobre dos, sin perjuicio de las asignaciones familiares que correspondan.

En ningún caso esas pensiones podrán exceder del 50% 100% o 140% del sueldo base, según sean por invalidez parcial, total o gran invalidez, respectivamente.

La cuantía de la pensión será disminuida o aumentada cada vez que se extinga o nazca el derecho a los suplementos a que se refiere el inciso primero de este artículo.

ARTÍCULO 42º.

Los organismos administradores podrán suspender el pago de las pensiones a quienes se nieguen a someterse a los exámenes, controles o prescripciones que les sean ordenados; o que rehúsen, sin causa justificada, a someterse a los procesos necesarios para su rehabilitación física y reeducación profesional que les sean indicados.

El interesado podrá reclamar de la suspensión ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

PÁRRAFO 5

Prestaciones por supervivencia

ARTÍCULO 43º.

Si el accidente o enfermedad produjere la muerte del afiliado, o si fallece el inválido pensionado, el cónyuge, sus hijos legítimos, naturales, ilegítimos o adoptivos, la madre de sus hijos naturales, así como también los ascendientes o descendientes que le causaban asignación familiar, tendrán derecho a pensiones de supervivencia en conformidad con las reglas de los artículos siguientes.

ARTÍCULO 44º.

La cónyuge superviviente mayor de cuarenta y cinco años de edad, o inválida de cualquiera edad, tendrá derecho a una pensión vitalicia equivalente al 50% de la pensión básica que habría correspondido a la víctima si se hubiere invalidado totalmente, o de la pensión básica que percibía en el momento de la muerte.

Igual pensión corresponderá a la viuda menor de cuarenta y cinco años de edad, por el período de un año, el que se prorrogará por todo el tiempo durante

el cual mantenga a su cuidado hijos legítimos que le causen asignación familiar. Si al término del plazo de su prórroga hubiere cumplido los cuarenta y cinco años de edad, la pensión se transformará en vitalicia. Cesará su derecho si contrajere nuevas nupcias.

Sin embargo, la viuda que disfrutare de pensión vitalicia y contrajere matrimonio tendrá derecho a que se le pague, de una sola vez, el equivalente a dos años de pensión.

ARTÍCULO 45º.

La madre de los hijos naturales del causante, soltera o viuda, que hubiere estado viviendo a expensas de éste hasta el momento de su muerte, tendrá también derecho a una pensión equivalente al 30% de la pensión básica que habría correspondido a la víctima si se hubiere invalidado totalmente o de la pensión básica que perciba en el momento de la muerte, sin perjuicio de las pensiones que correspondan a los demás derecho habientes.

Para tener derecho a esta pensión, el causante debió haber reconocido a sus hijos con anterioridad a la fecha del accidente o del diagnóstico de la enfermedad.

La pensión será concedida por el mismo plazo y bajo las mismas condiciones que señala el artículo anterior respecto de la pensión por viudez.

Cesará el derecho si la madre de los hijos naturales del causante que disfrute de pensión vitalicia, contrajere nuevas nupcias, en cuyo caso tendrá derecho también a que se le pague de una sola vez el equivalente a dos años de su pensión.

ARTÍCULO 46º.

El viudo inválido que haya vivido a expensas de la cónyuge afiliada, tendrá derecho a pensión en idénticas condiciones que la viuda inválida.

ARTÍCULO 47º.

Cada uno de los hijos del causante, menores de dieciocho años o mayores de esa edad, pero menores de 24 años, que sigan estudios regulares secundarios, técnicos o superiores, o inválidos de cualquiera edad, tendrán derecho a percibir una pensión equivalente al 20% de la pensión básica que habría correspondido a la víctima si se hubiere invalidado totalmente o de la pensión básica que percibía en el momento de la muerte.

ARTÍCULO 48º.

A falta de las personas designadas en las disposiciones precedentes, cada uno de los ascendientes y demás descendientes del causante que le causaban asignación familiar tendrán derecho a una pensión del mismo monto señalado en el artículo anterior.

Estos descendientes tendrán derecho a la pensión mencionada en el inciso anterior hasta el último día del año en que cumplieren dieciocho años de edad.

ARTÍCULO 49º.

Si los descendientes del afiliado fallecido carecieren de padre y madre, tendrán derecho a la pensión a que se refieren los artículos anteriores aumentada en un 50%.

En estos casos, las pensiones podrán ser entregadas a las personas o instituciones que los tengan a su cargo, en las condiciones que determine el reglamento.

ARTÍCULO 50º.

En ningún caso las pensiones por supervivencia podrán exceder, en su conjunto, del 100% de la pensión total que habría correspondido a la víctima si se hubiere invalidado totalmente o de la pensión total que percibía en el momento de la muerte, excluido el suplemento por gran invalidez, si lo hubiere.

Las reducciones que resulten de la aplicación del máximo señalado en el inciso anterior, se harán a cada beneficiario a prorrata de sus respectivas cuotas, las que acrecerán, también, proporcionalmente, dentro de los límites respectivos a medida que alguno de los beneficiarios deje de tener derecho a pensión o fallezca.

PÁRRAFO 6

Cuota mortuoria

ARTÍCULO 51º.

Derogado.

PÁRRAFO 7

Normas generales.

ARTÍCULO 52º.

Las prestaciones de subsidios, pensión y cuota mortuoria, que establece la presente ley, son incompatibles con las que contemplan los diversos regímenes previsionales. Los beneficiarios podrán optar entre aquéllas y éstas en el momento en que se les haga el llamamiento legal.

ARTÍCULO 53º.

El pensionado por accidente del trabajo o enfermedad profesional que cumpla la edad para tener derecho a pensión dentro del correspondiente régimen previsional, entrará en el goce de esta última de acuerdo con las normas generales pertinentes, dejando de percibir la pensión de que disfrutaba.

En ningún caso la nueva pensión podrá ser inferior al monto de la que disfrutaba, ni al 80% del sueldo base que sirvió para calcular la pensión anterior, amplificado en la forma que señalan los artículos 26 y 41, y su pago se

hará con cargo a los recursos que la respectiva institución de previsión social debe destinar al pago de pensiones de vejez.

Los pensionados por invalidez parcial que registren, con posterioridad a la declaración de invalidez, sesenta o más cotizaciones mensuales, como activos en su correspondiente régimen previsional, tendrán derecho a que la nueva pensión a que se refieren los incisos anteriores, no sea inferior al 100% del sueldo base mencionado en el inciso precedente.

ARTÍCULO 54º.

Los pensionados por accidentes o enfermedades profesionales deberán efectuar en el organismo previsional en que se encuentren afiliados las mismas cotizaciones que los otros pensionados, gozando, también, de los mismos beneficios por lo que respecta a atención médica, asignaciones familiares y demás que sean procedentes.

ARTÍCULO 55º.

Los organismos administradores aplicarán a las pensiones causadas por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales las disposiciones legales y resoluciones que sobre reajuste, revalorización y montos mínimos rijan en el régimen de pensiones de vejez a que pertenecía la víctima, beneficios que se concederán con cargo a los recursos del seguro contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

ARTÍCULO 56º.

El retardo de la entidad empleadora en el pago de las cotizaciones, no impedirá el nacimiento, en el trabajador, del derecho a las prestaciones establecidas en esta ley.

Los organismos administradores otorgarán al accidentado o enfermo las prestaciones respectivas, debiendo cobrar a la entidad empleadora las cotizaciones, más intereses y multas, en la forma que corresponda.

En los casos de siniestro en que se establezca el incumplimiento de la obligación de solicitar la afiliación por parte de un empleador, éste estará obligado a reembolsar al organismo administrador el total del costo de las prestaciones médicas y de subsidio que se hubieren otorgado y deban otorgarse a sus trabajadores sin perjuicio del pago de las cotizaciones adeudadas y demás sanciones legales que procedan.

ARTÍCULO 57º.

El reglamento determinará la forma en que habrán de concurrir al pago de las pensiones e indemnizaciones causadas por enfermedad profesional los distintos organismos administradores en que, desde la fecha de vigencia de esta ley, haya estado afiliado el enfermo.

En todo caso, las concurrencias se calcularán en relación con el tiempo de imposiciones existentes en cada organismo administrador y en proporción al monto de la pensión o indemnización fijada de acuerdo con las normas de este seguro.

El organismo administrador a que se encuentre afiliado el enfermo al momento de declararse su derecho a pensión o indemnización deberá pagar la totalidad del beneficio y cobrará posteriormente, a los de anterior afiliación, las concurrencias que correspondan.

TÍTULO VI

EVALUACIÓN, REVALUACIÓN Y REVISIÓN DE INCAPACIDADES

ARTÍCULO 58º.

La declaración, evaluación, reevaluación y revisión de las incapacidades permanentes serán de exclusiva competencia de los Servicios de Salud. Sin embargo, respecto de los afiliados a las Mutualidades, la declaración, evaluación, reevaluación y revisión de las incapacidades permanentes derivadas de accidentes del trabajo corresponderá a estas instituciones.

Las resoluciones de las Mutualidades que se dicten sobre las materias a que se refiere este artículo se ajustarán, en lo pertinente, a las mismas normas legales y reglamentarias aplicables a los otros administradores del seguro de esta ley.

ARTÍCULO 59º.

Las declaraciones de incapacidad permanente del accidentado o enfermo se harán en función de su incapacidad para procurarse por medio de un trabajo proporcionado a sus actuales fuerzas, capacidad y formación, una remuneración equivalente al salario o renta que gana una persona sana en condiciones análogas y en la misma localidad.

ARTÍCULO 60º.

Para los efectos de determinar las incapacidades permanentes, el reglamento las clasificará y graduará, asignando a cada cual un porcentaje de incapacidad oscilante entre un máximo y un mínimo.

El porcentaje exacto, en cada caso particular, será determinado por el médico especialista del Servicio de Salud respectivo o de las Mutualidades en los casos de incapacidades permanentes de sus afiliados derivadas de accidentes del trabajo, dentro de la escala preestablecida por el reglamento. El facultativo, al determinar el porcentaje exacto, deberá tener, especialmente, en cuenta, entre otros factores, la edad, el sexo y la profesión habitual del afiliado.

En los casos en que se verifique una incapacidad no graduada ni clasificada previamente, corresponderá hacer la valoración concreta al médico especialista del Servicio de Salud respectivo o de las Mutualidades, en su caso, sujetándose

para ello al concepto dado en el artículo anterior y teniendo en cuenta los factores mencionados en el inciso precedente.

ARTÍCULO 61º.

Si el inválido profesional sufre un nuevo accidente o enfermedad, también de origen profesional, procederá a hacer una reevaluación de la incapacidad en función del nuevo estado que presente.

Si la nueva incapacidad ocurre mientras el trabajador se encuentra afiliado a un organismo administrador distinto del que estaba cuando se produjo la primera incapacidad, será el último organismo el que deberá pagar, en su totalidad, la prestación correspondiente al nuevo estado que finalmente presente el inválido. Pero si el anterior organismo estaba pagando una pensión deberá concurrir al pago de la nueva prestación con una suma equivalente al monto de dicha pensión.

ARTÍCULO 62º.

Procederá, también, hacer una reevaluación de la incapacidad cuando a la primitiva le suceda otra u otras de origen no profesional.

Las prestaciones que corresponda pagar, en virtud de esta reevaluación, serán, en su integridad, de cargo del Fondo de Pensiones correspondiente a invalidez no profesional del organismo en que se encontraba afiliado el inválido. Pero si con cargo al seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se estaba pagando a tal persona una pensión periódica, este seguro deberá concurrir al pago de la nueva prestación con una suma equivalente al monto de dicha pensión.

ARTÍCULO 63º.

Las declaraciones de incapacidad serán revisables por agravación, mejoría o error en el diagnóstico y, según el resultado de estas revisiones, se concederá o

terminará el derecho al pago de las pensiones, o se aumentará o disminuirá su monto.

La revisión podrá realizarse, también, a petición del interesado, en la forma que determine el reglamento.

ARTÍCULO 64º.

En todo caso, durante los primeros ocho años contados desde la fecha de concesión de la pensión, el inválido deberá someterse a examen cada dos años. Pasado aquel plazo el organismo administrador podrá exigir nuevos exámenes en los casos y con la frecuencia que determine el reglamento.

El reglamento determinará los casos en que podrá prescindirse del examen a que se refieren las disposiciones precedentes.

Al practicarse la nueva evaluación se habrán de tener también en cuenta las nuevas posibilidades que haya tenido el inválido para actualizar su capacidad residual de trabajo.

TÍTULO VII

PREVENCIÓN DE RIESGOS PROFESIONALES

ARTÍCULO 65º.

Corresponderá al Servicio Nacional de Salud la competencia general en materia de supervigilancia y fiscalización de la prevención, higiene y seguridad de todos los sitios de trabajo cualesquiera que sean las actividades que en ellos se realicen.

La competencia a que se refiere el inciso anterior la tendrá el Servicio Nacional de Salud incluso respecto de aquellas empresas del Estado que, por aplicación de sus leyes orgánicas que las rigen, se encuentren actualmente exentas de este control.

Corresponderá, también, al Servicio Nacional de Salud la fiscalización de las instalaciones médicas de los demás organismos administradores, de la forma y condiciones como tales organismos otorguen las prestaciones médicas, y de la calidad de las actividades de prevención que realicen.

ARTÍCULO 66º.

En toda industria o faena en que trabajen más de veinticinco personas deberán funcionar uno o más Comités Paritarios de Higiene y Seguridad, que tendrán las siguientes funciones:

1. Asesorar e instruir a los trabajadores para la correcta utilización de los instrumentos de protección;
2. Vigilar el cumplimiento, tanto por parte de las empresas como de los trabajadores, de las medidas de prevención, higiene y seguridad;
3. Investigar las causas de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que se produzcan en la empresa;
4. Indicar la adopción de todas las medidas de higiene y seguridad que sirvan para la prevención de los riesgos profesionales;
5. Cumplir las demás funciones o misiones que le encomiende el organismo administrador respectivo.

El representante o los representantes de los trabajadores serán designados por los propios trabajadores.

El reglamento deberá señalar la forma como habrán de constituirse y funcionar estos Comités.

En aquellas empresas mineras, industriales o comerciales que ocupen a más de cien trabajadores, será obligatoria la existencia de un Departamento de Prevención de Riesgos Profesionales, el que será dirigido por un experto en prevención, el cual formará parte, por derecho propio, de los Comités Paritarios.

Las empresas estarán obligadas a adoptar y poner en práctica las medidas de prevención que les indique el Departamento de Prevención y/o el Comité Paritario; pero podrán apelar de tales resoluciones ante el respectivo organismo administrador, dentro del plazo de treinta días, desde que le sea notificada la resolución del Departamento de Prevención o del Comité Paritario de Higiene y Seguridad.

El incumplimiento de las medidas acordadas por el Departamento de Prevención o por el Comité Paritario, cuando hayan sido ratificadas por el respectivo organismo administrador, será sancionado en la forma que preceptúa el artículo 68.

Lo dispuesto en este artículo no se aplicará a las actividades a que se refiere el artículo 162 - A del Decreto Ley N° 2.200, de 1978.

ARTÍCULO 67°.

Las empresas o entidades estarán obligadas a mantener al día los reglamentos internos de higiene y seguridad en el trabajo y los trabajadores a cumplir con las exigencias que dichos reglamentos les impongan. Los reglamentos deberán consultar la aplicación de multas a los trabajadores que no utilicen los elementos de protección personal que se les haya proporcionado o que no cumplan las obligaciones que les impongan las normas, reglamentaciones o instrucciones sobre higiene y seguridad en el trabajo. La aplicación de tales multas se regirá por lo dispuesto en el párrafo I del Título III del Libro I del Código del Trabajo.

ARTÍCULO 68°.

Las empresas o entidades deberán implantar todas las medidas de higiene y seguridad en el trabajo que les prescriban directamente el Servicio Nacional de Salud o, en su caso, el respectivo organismo administrador a que se encuentren

afectas, el que deberá indicarlo de acuerdo con las normas y reglamentaciones vigentes.

El incumplimiento de tales obligaciones será sancionado por el Servicio Nacional de Salud de acuerdo con el procedimiento de multas y sanciones previsto en el Código Sanitario y en las demás disposiciones legales, sin perjuicio de que el organismo administrador respectivo aplique, además, un recargo en la cotización adicional en conformidad a lo dispuesto en la presente ley.

Asimismo, las empresas deberán proporcionar a sus trabajadores los equipos e implementos de protección necesarios, no pudiendo, en caso alguno, cobrarles su valor. Si no dieran cumplimiento a esta obligación, serán sancionados en la forma que preceptúa el inciso anterior.

El Servicio Nacional de Salud queda facultado para clausurar las fábricas, talleres, minas o cualquier sitio de trabajo que signifique un riesgo inminente para la salud de los trabajadores o de la comunidad.

ARTÍCULO 69º.

Cuando el accidente o enfermedades se deba a culpa o dolo de la entidad empleadora o de un tercero, sin perjuicio de las acciones criminales que procedan, deberán observarse las siguientes reglas:

- a) El organismo administrador tendrá derecho a repetir en contra del responsable del accidente, por las prestaciones que haya otorgado o deba otorgar, y
- b) La víctima y las demás personas a quienes el accidente o enfermedades cause daño podrán reclamar al empleador o terceros responsables del accidente, también las otras indemnizaciones a que tengan derecho, con arreglo a las prescripciones del derecho común, incluso el daño moral.

ARTÍCULO 70º.

Si el accidente o enfermedades ocurre debido a negligencia inexcusable de un trabajador, se le deberá aplicar una multa, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 68, aun en el caso de que él mismo hubiere sido víctima del accidente. Corresponderá al Comité Paritario de Higiene y Seguridad decidir si medió negligencia inexcusable.

ARTÍCULO 71º.

Los afiliados afectados de alguna enfermedad profesional deberán ser trasladados, por la empresa donde presten sus servicios, a otras faenas donde no estén expuestos al agente causante de la enfermedad.

Los trabajadores que sean citados para exámenes de control por los servicios médicos de los organismos administradores, deberán ser autorizados por su empleador para su asistencia, y el tiempo que en ello utilicen será considerado como trabajado para todos los efectos legales.

Las empresas que exploten faenas en que trabajadores suyos puedan estar expuestos al riesgo de neumoconiosis, deberán realizar un control radiográfico semestral de tales trabajadores.

TÍTULO VIII

DISPOSICIONES FINALES

PÁRRAFO 1

Administración delegada

ARTÍCULO 72º.

Las empresas que cumplan con las condiciones que señala el inciso siguiente del presente artículo, tendrán derecho a que se les confiera la calidad de administradoras delegadas del seguro, respecto de sus propios trabajadores, en

cuyo caso tomarán a su cargo el otorgamiento de las prestaciones que establece la presente ley, con excepción de las pensiones.

Tales empresas deberán ocupar habitualmente dos mil o más trabajadores; deben tener un capital y reservas superior a siete mil sueldos vitales anuales escala A) del departamento de Santiago y cumplir, además, los siguientes requisitos:

- a) Poseer servicios médicos adecuados, con personal especializado en rehabilitación;
- b) Realizar actividades permanentes y efectivas de prevención de accidentes y enfermedades profesionales;
- c) Constituir garantías suficientes del fiel cumplimiento de las obligaciones que asumen, ante los organismos previsionales, que hubieren delegado la administración, y
- d) Contar con el o los Comités Paritarios de Seguridad a que se refiere el artículo 66.

Los organismos administradores deberán exigir a las empresas que se acojan a este sistema un determinado aporte, cuya cuantía la fijarán de acuerdo con las normas que establezca el reglamento.

El monto de tales aportes será distribuido entre el Servicio Nacional de Salud y los demás organismos administradores delegantes, en la forma y proporciones que señale el reglamento.

ARTÍCULO 73º.

Los organismos administradores podrán también convenir con organismos intermedio o de base que éstos realicen por administración delegada alguna de sus funciones, especialmente las relativas a otorgamiento de prestaciones médicas, entrega de prestaciones pecuniarias u otras, en la forma y con los requisitos que señale el reglamento.

ARTÍCULO 74º.

Los servicios de las entidades con administración delegada serán supervigilados por el Servicio Nacional de Salud y por la Superintendencia de Seguridad Social, cada cual dentro de sus respectivas competencias.

ARTÍCULO 75º.

Las delegaciones de que trata el artículo 72 deberán ser autorizadas por la Superintendencia de Seguridad Social previo informe del Servicio Nacional de Salud.

PÁRRAFO 2

Procedimiento y recursos.

ARTÍCULO 76º.

La entidad empleadora deberá denunciar al organismo administrador respectivo, inmediatamente de producido, todo accidente o enfermedad que pueda ocasionar incapacidad para el trabajo o la muerte de la víctima. El accidentado o enfermo, o sus derechohabientes, o el médico que trató o diagnosticó la lesión o enfermedad, como igualmente el Comité Paritario de Seguridad, tendrán, también, la obligación de denunciar el hecho en dicho organismo administrador, en el caso de que la entidad empleadora no hubiere realizado la denuncia.

Las denuncias mencionadas en el inciso anterior deberán contener todos los datos que hayan sido indicados por el Servicio Nacional de Salud.

Los organismos administradores deberán informar al Servicio Nacional de Salud los accidentes o enfermedades que les hubieren sido denunciados y que hubieren ocasionado incapacidad para el trabajo o la muerte de la víctima en la forma y con la periodicidad que señale el reglamento.

ARTÍCULO 77°.

Los afiliados o sus derechohabientes, así como también los organismos administradores, podrán reclamar dentro del plazo de noventa días hábiles ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, de las decisiones de los Servicios de Salud o de las Mutualidades en su caso recaídas en cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico.

Las resoluciones de la Comisión serán apelables, en todo caso, ante la Superintendencia de Seguridad Social dentro del plazo de treinta días hábiles, la que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos precedentes, en contra de las demás resoluciones de los organismos administradores podrá reclamarse dentro del plazo de noventa días hábiles, directamente a la Superintendencia de Seguridad Social.

Los plazos mencionados en este artículo se contarán desde la notificación de la resolución, la que se efectuará mediante carta certificada o por los otros medios que establezcan los respectivos reglamentos. Si se hubiere notificado por carta certificada, el plazo se contará desde el tercer día de recibida la misma en el Servicio de Correos.

ARTÍCULO 77° bis.

El trabajador afectado por el rechazo de una licencia o de un reposo médico por parte de los organismos de los Servicios de Salud, de las Instituciones de Salud Previsional o de las Mutualidades de Empleadores, basado en que la afección invocada tiene o no tiene origen profesional, según el caso, deberá concurrir ante el organismo de régimen previsional a que esté afiliado, que no sea el que rechazó la licencia o el reposo médico, el cual estará obligado a cursarla de inmediato y a otorgar las prestaciones médicas o pecuniarias que

correspondan, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren, que establece este artículo.

En la situación prevista en el inciso anterior, cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar directamente en la Superintendencia de Seguridad Social por el rechazo de la licencia o del reposo médico, debiendo ésta resolver, con competencia exclusiva y sin ulterior recurso, sobre el carácter de la afección que dio origen a ella, en el plazo de treinta días contado desde la recepción de los antecedentes que se requieran o desde la fecha en que el trabajador afectado se hubiere sometido a los exámenes que disponga dicho Organismo, si éstos fueren posteriores.

Si la Superintendencia de Seguridad Social resuelve que las prestaciones debieron otorgarse con cargo a un régimen previsional diferente de aquel conforme al cual se proporcionaron, el Servicio de Salud, el Instituto de Normalización Previsional, la Mutualidad de Empleadores, la Caja de Compensación de Asignación Familiar o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, deberán reembolsar el valor de aquéllas al organismo administrador de la entidad que las solventó, debiendo este último efectuar el requerimiento respectivo. En dicho reembolso se deberá incluir la parte que debió financiar el trabajador en conformidad al régimen de salud previsional a que esté afiliado.

El valor de las prestaciones que, conforme al inciso precedente, corresponda reembolsar, se expresará en unidades de fomento, según el valor de éstas en el momento de su otorgamiento, con más el interés corriente para operaciones reajustables a que se refiere la ley N° 18.010, desde dicho momento hasta la fecha del requerimiento del respectivo reembolso, debiendo pagarse dentro del plazo de diez días, contados desde el requerimiento, conforme al valor que dicha unidad tenga en el momento del pago efectivo. Si dicho pago se efectúa con posterioridad al vencimiento del plazo señalado, las sumas adeudadas

devengarán el 10% de interés anual, que se aplicará diariamente a contar del señalado requerimiento de pago.

En el evento de que las prestaciones hubieren sido otorgadas conforme a los regímenes de salud dispuestos para las enfermedades comunes, y la Superintendencia de Seguridad Social resolviere que la afección es de origen profesional, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de Salud o la Institución de Salud Previsional 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. El plazo para su pago será de diez días, contados desde que se efectuó el reembolso. Si, por el contrario, la afección es calificada como común y las prestaciones hubieren sido otorgadas como si su origen fuere profesional, el Servicio de Salud o la Institución de Salud Previsional 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.

Para los efectos de los reembolsos dispuestos en los incisos precedentes, se considerará como valor de las prestaciones médicas el equivalente al que la entidad que las otorgó cobra por ellas al proporcionarlas a particulares.

ARTÍCULO 78º.

La Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales estará compuesta por:

- a) Dos médicos en representación del Servicio Nacional de Salud, uno de los cuales la presidirá;
- b) Un médico en representación de las organizaciones más representativas de los trabajadores;
- c) Un médico en representación de las organizaciones más representativas de las entidades empleadoras, y

d) Un abogado.

Los miembros de esta Comisión serán designados por el Presidente de la República, en la forma que determine el reglamento.

El mismo reglamento establecerá la organización y funcionamiento de la Comisión, la que, en todo caso, estará sometida a la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social.

PÁRRAFO 3

Prescripción y sanciones.

ARTÍCULO 79.

Las acciones para reclamar las prestaciones por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales prescribirán en el término de cinco años contado desde la fecha del accidente o desde el diagnóstico de la enfermedad. En el caso de la neumoconiosis, el plazo de prescripción será de quince años, contado desde que fue diagnosticada.

Esta prescripción no correrá contra los menores de dieciséis años.

ARTÍCULO 80º.

Las infracciones a cualquiera de las disposiciones de esta ley, salvo que tengan señalada una sanción especial, serán penadas con una multa de uno a veinticuatro sueldos vitales mensuales, escala A) del departamento de Santiago. Estas multas serán aplicadas por los organismos administradores.

La reincidencia será sancionada con el doble de la multa primeramente impuesta.

PÁRRAFO 4

Disposiciones varias.

ARTÍCULO 81º.

Fusionánse la actual Caja de Accidentes del Trabajo con el Servicio de Seguro Social, que será su continuador legal y al cual se transferirán el activo y pasivo de esa Caja.

El Fondo de Garantía que actualmente administra la Caja se transferirá, también, al Servicio de Seguro Social e ingresará al respectivo Fondo de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Los bienes muebles e inmuebles que la Caja de Accidentes del Trabajo tiene destinados a los servicios hospitalarios o médicos en general y a la prevención de riesgos profesionales, serán transferidos por el Servicio de Seguro Social al Servicio Nacional de Salud.

Las transferencias a que se refiere este artículo estarán exentas de todo impuesto, así como también del pago de los derechos notariales y de inscripción.

ARTÍCULO 82º.

El personal que trabaja en la Caja de Accidentes del Trabajo en funciones relacionadas con atención médica, hospitalaria y técnica de salud, higiene y seguridad industrial, pasará a incorporarse al Servicio Nacional de Salud. El resto del personal se incorporará a la planta del Servicio de Seguro Social. Con motivo de la aplicación de la presente ley, no se podrán disminuir remuneraciones, grados o categorías ni suprimir personal o alterarse el régimen previsional y de asignaciones familiares que actualmente tienen. Asimismo, mantendrán su representación ante el Consejo del organismo previsional correspondiente por un plazo de dos años.

El personal que trabaja en las Secciones de Accidentes del Trabajo y Administrativa de Accidentes del Trabajo en las Compañías de Seguros, será absorbido por el Servicio Nacional de Salud o el Servicio de Seguro Social, de acuerdo con las funciones que desempeñe, a medida que las Compañías de

Seguros empleadoras lo vaya desahuciando por terminación de los departamentos o secciones en que presta servicios. Estos personales serán incorporados a las plantas permanentes de ambos Servicios y continuarán recibiendo como remuneraciones el promedio de las percibidas durante el año 1967, con más un 15%, si la incorporación les fuere hecha durante 1968, o la cantidad anterior aumentada en el mismo porcentaje en que hubiere aumentado en 1969 el sueldo vital escala A) del departamento de Santiago, si la incorporación es hecha durante el curso del año 1969. En uno y otro caso, con el reajuste que habría correspondido además por aplicación de la Ley N° 7.295. El personal de la planta de Servicios Menores de la Caja de Accidentes del Trabajo, actualmente imponente del Servicio de Seguro Social, pasará a ser imponente de la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas.

ARTÍCULO 83°.

El Servicio de Minas del Estado continuará ejerciendo en las faenas extractivas de la minería las atribuciones que en materia de seguridad le fueron conferidas por la letra i) del artículo 2 del Decreto con Fuerza de Ley N° 152, de 1960, y por el Reglamento de Policía Minera aprobado por Decreto N° 185, de 1946, del Ministerio de Economía y Comercio y sus modificaciones posteriores.

Facúltase al Presidente de la República para modificar las plantas del Servicio Nacional de Salud o del Servicio de Seguro Social, con el objeto de incorporar en ellas a los personales a que se refieren este artículo y los anteriores.

ARTÍCULO 84°.

Los hospitales de la actual Caja de Accidentes del Trabajo ubicados en Santiago, Valparaíso, Coquimbo, Concepción, Temuco, Osorno y Valdivia, y la Clínica Traumatológica de Antofagasta, se mantendrán como Centros de Traumatología y Ortopedia, una vez fusionados estos dos Servicios.

Para los efectos de futuros concursos de antecedentes para optar a cargos médicos, de dentistas, farmacéuticos, administrativos o de cualquier otro en el Servicio Nacional de Salud o en el Servicio de Seguro Social, los años de antigüedad y la categoría de los cargos desempeñados en la Caja de Accidentes del Trabajo serán computados con el mismo valor en puntaje que actualmente se asignan a tales antecedentes en el Servicio Nacional de Salud y en el Servicio de Seguro Social.

Los antecedentes de los profesionales afectos a la Ley N° 15.076 que tengan acreditados ante la Caja de Accidentes del Trabajo y que por aplicación de la presente ley deban ingresar al Servicio Nacional de Salud, valdrán ante este último organismo en idéntica forma que si los hubieren acreditado ante él.

Los profesionales funcionarios se mantendrán en sus cargos de planta que tengan a la fecha de publicación de la presente ley, rigiéndose en lo futuro por las disposiciones del Estatuto Médico Funcionario.

ARTÍCULO 85°.

Reemplázase el artículo transitorio N° 3 de la Ley N° 8.198, por el siguiente:

"ARTÍCULO 3°. Transitorio. Los aparatos y equipos de protección destinados a prevenir los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y los instrumentos científicos destinados a la investigación y medición de los riesgos profesionales que el Servicio Nacional de Salud indique, así como también los instrumentos quirúrgicos, aparatos de rayos X y demás instrumentales que sean indicados por dicho Servicio, serán incluidos en las listas de importación permitida del Banco Central de Chile y de la Corporación del Cobre, y estarán liberados de depósitos, de derechos de internación, de cualquier otro gravamen que se cobre por las Aduanas y de los otros impuestos a las importaciones, a menos que ellos se fabriquen en el país en condiciones favorables de calidad y precio".

ARTÍCULO 86°.

Sustitúyese en el inciso primero del artículo 62 de la Ley N° 16.345, la frase "uno por mil", por "dos por mil".

ARTÍCULO 87°.

La Superintendencia de Seguridad Social podrá aplicar a las Compañías de Seguros que no den completo y oportuno cumplimiento a las disposiciones de esta ley, las sanciones establecidas en la Ley N° 16.395.

ARTÍCULO 88°.

Los derechos concedidos por la presente ley son personalísimos e irrenunciables.

ARTÍCULO 89°.

En ningún caso las disposiciones de la presente ley podrán significar disminución de derechos ya adquiridos en virtud de otras leyes.

ARTÍCULO 90°.

Deróganse el Título II del Libro II del Código del Trabajo, la Ley N° 15.477, y toda otra norma legal o reglamentaria contraria a las disposiciones contenidas en la presente ley.

ARTÍCULO 91°.

La presente ley entrará en vigencia dentro del plazo de tres meses contado desde su publicación en el Diario Oficial.

TÍTULO IX

ARTÍCULO 92º.

Reemplázase el inciso segundo del artículo 32 de la Ley N° 6.037, por los siguientes:

"La pensión de montepío se difiere el día del fallecimiento.

En caso de pérdida o naufragio de una nave, de muerte por sumersión o por otro accidente marítimo o aéreo, si no ha sido posible recuperar los restos del imponente, podrá acreditarse el fallecimiento, para todos los efectos de esta ley, con un certificado expedido por la Dirección del Litoral y de Marina Mercante o la Dirección de Aeronáutica, según proceda, que establezca la efectividad del hecho, la circunstancia de que el causante formaba parte de la tripulación o del pasaje y que determine la imposibilidad de recuperar sus restos, y que permita establecer que el fallecimiento se ha producido a consecuencia de dicha pérdida, naufragio o accidente.".

ARTÍCULO 93º.

Agrégase el siguiente inciso a continuación del inciso primero del artículo 33 de la Ley N° 6.037:

"El padre y la madre del imponente, por los cuales éste haya estado percibiendo asignación familiar, concurrirán en el montepío, conjuntamente con la cónyuge y los hijos, con una cuota total equivalente a la que corresponda a un hijo legítimo".

ARTÍCULO 94º.

Introdúcense las siguientes modificaciones al artículo 30 de la Ley N° 10.662:

a) Intercálase a continuación de la palabra "sumersión", suprimiendo la coma (,), la siguiente frase seguida de una coma (,): "u otro accidente marítimo o aéreo", y

b) Intercálase después de la palabra "Mercante" la siguiente frase: "o la Dirección de Aeronáutica, según proceda".

ARTÍCULO 95º.

Aclárase que, a contar desde la fecha de vigencia de la Ley N° 15.575, el fallecimiento de cualquiera de los beneficiarios ha estado y está incluido entre las causales que dan lugar al acrecimiento de montepío contemplado en el inciso segundo del artículo 33 de la Ley N° 6.037.

ARTÍCULO 96º.

Agrégase el siguiente inciso al artículo 40 de la Ley N° 15.386:

"Gozarán también del beneficio de desahucio establecido por el presente artículo los beneficiarios de montepío del imponente fallecido sin haberse acogido al beneficio de jubilación. El desahucio se distribuirá en este caso en el orden y proporción que establecen los artículos 30 y 33 de la Ley N° 6.037".

ARTÍCULO 97º.

La modificación del artículo 40 de la Ley N° 15.386 ordenada por el artículo precedente regirá a contar desde el 1 de enero de 1967.

ARTÍCULO 98º.

Los beneficiarios de montepío de los imponentes de la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional y de la Sección Tripulantes de Naves y Obreros Marítimos de la misma, desaparecidos en el naufragio de la nave "Santa Fe", tendrán derecho a optar a la adjudicación de viviendas que pueda tener disponible la institución, sin sujeción al sistema de puntaje, establecido en el Reglamento General de Préstamos Hipotecarios para las instituciones de previsión regidas por el Decreto con Fuerza de Ley N° 2, de 1959, siempre que el causante no hubiese obtenido de la institución un beneficio similar, o un

préstamo hipotecario destinado a la adquisición, construcción o terminación de viviendas.

La adjudicación se hará a los beneficiarios en igual proporción a la que les corresponda en el montepío respectivo.

El precio de venta se cancelará en conformidad a las disposiciones del Decreto con Fuerza de Ley N° 2, de 1959.

ARTÍCULO 99º.

Facúltase a los Consejos de la Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional y de la Sección Tripulantes de Naves y Obreros Marítimos para condonar los saldos de las deudas hipotecarias que hubiesen tenido con la institución, al 30 de septiembre de 1967, los imponentes desaparecidos en el naufragio de la nave "Santa Fe", siempre que dichas deudas no hayan estado afectas a seguro de desgravamen.

ARTÍCULO 100º.

Sin perjuicio de lo dispuesto por los artículos 91 y 96, las disposiciones de los artículos 92, 93, 94, 95, 97 y 98 entrarán en vigencia a contar desde la publicación de esta ley en el Diario Oficial.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

ARTÍCULO 1º.

Las personas que hubieren sufrido accidente del trabajo o que hubieren contraído enfermedad profesional con anterioridad a la fecha de la presente ley, y que a consecuencia de ello hubieren sufrido una pérdida de su capacidad de ganancia, presumiblemente permanente, de 40% o más, y que no disfruten de otra pensión, tendrán derecho a una pensión asistencial que se determinará en la forma que este artículo establece.

Los interesados a que se refiere el inciso anterior entrarán en el goce de sus respectivas pensiones desde el momento del diagnóstico médico posterior a la presentación de la solicitud respectiva.

También tendrán derecho a pensión asistencial las viudas de ex pensionados de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales que hubieren fallecido antes de la vigencia de la presente ley y las viudas de los actuales pensionados por la misma causa que fallezcan en el futuro, siempre que no disfruten de otra pensión. La pensión se devengará desde la fecha de la respectiva solicitud.

Las pensiones a que se refiere este artículo se otorgarán por el Servicio de Seguro Social, y su monto será fijado por el Consejo Directivo del mismo, y no podrá ser inferior al 50% de las pensiones mínimas que correspondan a los accidentados o a sus viudas, de acuerdo con la presente ley, ni exceder del 100% de las mismas.

No obstante, las personas a que se refiere el inciso primero que hubieren continuado en actividad y se encuentren a la fecha de la publicación de la presente ley como activos en algún régimen previsional, tendrán derecho a que el monto de la pensión que les corresponda no sea inferior al 30% del sueldo base determinado en la forma preceptuada por la Ley N° 10.383, ni superior al 70% de dicho sueldo base.

El Consejo Directivo del Servicio de Seguro Social podrá destinar para el financiamiento de este beneficio hasta el 5% del ingreso global anual del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Para este efecto, los demás organismos administradores, con excepción de las Mutualidades de Empleadores, deberán traspasar al Servicio de Seguro Social los fondos que correspondan a un porcentaje idéntico al determinado por el Servicio.

Un reglamento que dictará el Presidente de la República fijará las normas y demás requisitos para el otorgamiento de estos beneficios; como, también, la forma y condiciones en que podrán tener derecho a otros beneficios previsionales en sus calidades de pensionados del Servicio de Seguro Social.

Concédese el plazo de un año, contado desde la fecha de vigencia de la presente ley o desde la fecha del fallecimiento del causante en el caso de los que fallezcan en el futuro, para acogerse a los beneficios que otorga el presente artículo.

El derecho a los beneficios previstos en este artículo es incompatible con el goce de cualquiera otra pensión.

ARTÍCULO 2º.

El Departamento de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales del Servicio de Seguro Social, que se crea por el inciso segundo del artículo 9 de la presente ley, tendrá como jefe al funcionario que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley tenga el carácter de Vicepresidente de la Caja de Accidentes del Trabajo, quien, para todos los efectos legales, conservará los derechos y prerrogativas inherentes a su calidad actual.

ARTÍCULO 3º.

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 82 de la presente ley, y dentro del plazo de treinta días contado desde su publicación, las Compañías de Seguros entregarán a la Superintendencia de Seguridad Social una nómina del personal de sus secciones de accidentes del trabajo y de los empleados de departamentos o secciones administrativas que estaban realizando funciones relacionadas con accidentes del trabajo al 31 de diciembre de 1966 y que las Compañías se dispongan a despedir con motivo de la aplicación de la presente ley.

Corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social la calificación definitiva de las mencionadas nóminas, y en especial determinar si el personal incluido en ellas ha desempeñado o no las funciones a que se refiere el inciso anterior. Estas decisiones no serán susceptibles de recurso alguno.

La Superintendencia de Seguridad Social, para la determinación de las rentas de estos personales, a que se refiere el inciso segundo del artículo 82, no considerará los aumentos que les hubieren concedido durante el curso del año 1967, salvo los que hubieren sido concedidos por las leyes sobre reajustes, o por convenios que hubieren afectado a la totalidad de los empleados de la respectiva compañía, o por ascenso.

ARTÍCULO 4º.

Las garantías constituidas en conformidad al artículo 22 de la Ley N° 4.055, continuarán vigentes y se entenderán hechas, para todos los efectos legales, ante el Servicio de Seguro Social.

No obstante, los patronos podrán rescatar la obligación correspondiente, pagando a dicho Servicio el capital representativo de las respectivas pensiones.

ARTÍCULO 5º.

Las compañías que contraten seguros de accidentes del trabajo deberán atender, hasta su término, los contratos vigentes y continuar sirviendo las pensiones, pero no podrán celebrar contratos nuevos que cubran estas contingencias ni renovar los vigentes.

Las Compañías de Seguros garantizarán con hipoteca o cualquiera otra caución suficiente, a favor del Servicio de Seguro Social, calificada por este Servicio, el pago de las pensiones, hasta su extinción.

ARTÍCULO 6º.

Los empleadores que estén asegurados en la Caja de Accidentes del Trabajo, en compañías privadas, estarán exentos de la obligación de hacer las cotizaciones establecidas en esta ley hasta el término de los contratos respectivos.

Transcurrido un año, contado desde la vigencia de la presente ley, las entidades empleadoras deberán efectuar en los organismos administradores que correspondan la totalidad de las cotizaciones que resulten por aplicación de la presente ley. Los trabajadores cuyos empleadores estén asegurados a la fecha de la vigencia de la presente ley en alguna compañía mercantil, tendrán los derechos establecidos en la presente ley en caso que durante el plazo de vigencia de las respectivas pólizas se accidenten. Asimismo, los trabajadores cuyos empleadores a la fecha de la vigencia de la presente ley hubieren estado asegurados en la Caja de Accidentes del Trabajo o en alguna Mutualidad, tendrán también derecho, desde la vigencia misma de la presente ley, a los beneficios en ella consultados, considerándolos, para todos los efectos derivados de la aplicación de la presente ley, como afiliados, a partir desde su vigencia, en el Servicio de Seguro Social o en la Caja de Previsión respectiva, o en la Mutualidad de que se trate.

ARTÍCULO 7º.

Las rebajas a que se refiere el artículo 16 sólo podrán comenzar a otorgarse después de un año contado desde la promulgación de la presente ley.

Además, el Presidente de la República queda facultado para prorrogar el plazo anterior hasta por otro año más.

ARTÍCULO 8º.

El personal que actualmente se desempeña a contrata en la Caja de Accidentes del Trabajo deberá ser encasillado en la planta en las mismas condiciones establecidas en el inciso primero del artículo 82 de la presente ley.

ARTÍCULO 9º.

El personal de la Caja de Accidentes del Trabajo que a la fecha de vigencia de la presente ley desempeñe de hecho las funciones de auxiliar de enfermería

podrá obtener dicho título, previo examen de competencia rendido ante una comisión designada por el Director del Servicio Nacional de Salud, sin que para ello se necesiten otros requisitos.

Y por cuanto he tenido a bien aprobarlo y sancionarlo; por tanto, promúlguese y llévese a efecto como ley de la República.

Santiago, veintitrés de enero de 1968

ANEXO N°4

LEY N° 19.345

**“DISPONE APLICACION DE LA LEY N° 16.744, SOBRE SEGURO SOCIAL
CONTRA RIESGOS DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES
PROFESIONALES, A TRABAJADORES DEL SECTOR PUBLICO QUE
SEÑALA”**

Publicada el 7 de Noviembre de 1994

ARTÍCULO 1º.

Los trabajadores de la Administración Civil del estado, centralizada y descentralizada, de las Instituciones de Educación Superior del Estado y de las Municipalidades, incluido el personal traspasado a la administración municipal de conformidad con lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N° 13.063, de 1980, del Ministerio del Interior, que hubiere optado por mantener su afiliación al régimen provisional de los empleados públicos; los funcionarios de la Contraloría General de la República, del Poder Judicial, y del Congreso Nacional, a quienes no se les aplique en la actualidad la ley N° 16.744, quedarán sujetos al seguro contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a que se refiere este último texto legal. (Nota: Reglamentado por el D.S. N° 168, de 1996, del Ministerio del Trabajo y previsión Social.)

Lo dispuesto en el inciso anterior no será aplicable al personal afecto a las disposiciones relativas a accidentes en actos de servicio y enfermedades profesionales contenidas en el decreto con fuerza de ley N° 1, de la Subsecretaría de Guerra, en el decreto con fuerza de ley N° 2, del Ministerio del Interior, ambos de 1968, en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 1980, de la Subsecretaría de Investigaciones y en las leyes N° 18.948 y 18.961.

ARTÍCULO 2º.

A las entidades empleadoras de los trabajadores a que se refiere el inciso primero del artículo anterior que optaren por adherirse a las Mutualidades de Empleadores señaladas en la ley N° 16.744 no les será aplicable lo dispuesto en los incisos primero letra e) y tercero del artículo 12 del citado cuerpo legal.

Asimismo, lo dispuesto en la letra e) del inciso primero y en el inciso tercero del artículo 12 de la ley N° 16.744, no se aplicará a los empleadores del sector privado adheridos a una Mutualidad por las obligaciones contraídas por ésta derivadas de prestaciones que deban otorgarse a los trabajadores a que se refiere el inciso primero del artículo 1º de la presente ley.

Sin perjuicio de lo anterior, respecto de sus trabajadores, las entidades empleadoras referidas en el inciso primero del artículo 1º de esta ley serán subsidiariamente responsables del otorgamiento de las prestaciones a que se refiere la ley N° 16.744.

En el evento de que las entidades empleadoras a que se refiere el inciso primero del artículo 1 L' de la presente ley opten por adherirse a este sistema de mutualidades, no podrán integrar su administración ni elegir a sus administradores.

ARTÍCULO 3º.

La adhesión de las entidades empleadoras de los trabajadores a que se refiere el inciso primero del artículo 1º de esta ley, a las Mutualidades de la ley N° 16.744, requerirá autorización previa del Ministerio respectivo. La afiliación podrá efectuarse en forma separada por cada entidad empleadora o conjuntamente por dos o más de ellas.

En todo caso, para efectuar la adhesión a que se refiere el inciso anterior, será obligatorio que la entidad empleadora consulte previamente a las respectivas Asociaciones de Funcionarios a nivel regional.

En todo caso, para efectuar la adhesión a que se refiere el inciso anterior, será obligatorio que la entidad empleadora consulte previamente a las respectivas Asociaciones de Funcionarios a nivel regional.

En caso que la adhesión se efectúe en forma conjunta por dos o más entidades empleadoras, ella requerirá, además de la autorización previa indicada en el inciso primero, acuerdo de los respectivos Jefes Superiores. Si no se produjera acuerdo, resolverá sobre la materia el o los Ministros de los cuales dependen o a través de los cuales se relacionen con el Ejecutivo.

Las citadas entidades empleadoras, en sus respectivas regiones deberán afiliar a la totalidad de sus trabajadores a una misma mutualidad, incluidos aquellos que con anterioridad a la vigencia de este cuerpo legal se encontraban afectos a la ley N° 16.744.

En el evento que la adhesión se efectúe en conjunto por dos o más Órganos, Servicios o entidades Empleadoras, ellos serán considerados como un solo

empleador para los efectos de la aplicación de la cotización adicional diferenciada.

No se requerirá la autorización a que se refiere el inciso primero de este artículo para la adhesión a las Mutualidades, respecto de las siguientes entidades:

- a) Congreso Nacional, para lo cual bastará en acuerdo de los Presidentes de ambas Cámaras del Congreso.
- b) Poder Judicial, en que la resolución corresponderá a la Corte Suprema.
- c) Municipalidades, en que la resolución del Alcalde requerirá el acuerdo del Consejo respectivo.

ARTÍCULO 4º.

Durante el período de incapacidad temporal derivada de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, el trabajador accidentado o enfermo continuará gozando del total de sus remuneraciones. Sin perjuicio de ello, el respectivo organismo administrador de la ley N° 16.744 deberá reembolsar a la entidad empleadora una suma equivalente al subsidio que le habría correspondido, conforme con lo dispuesto en el artículo 30 del citado cuerpo legal, incluidas las cotizaciones provisionales.

El organismo administrador deberá efectuar dicho reembolso dentro de los diez primeros días del mes siguiente a aquel en que se haya ingresado la presentación de cobro respectiva. Las cantidades que no se paguen oportunamente, se reajustarán en el mismo porcentaje en que hubiere variado el Índice de Precios al Consumidor, determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el mes anterior a aquél en que debió efectuarse el pago y el

mes precedente a aquel en que efectivamente se realice y devengarán interés corriente.

El derecho de la entidad empleadora a impetrar el reembolso a que se refiere el presente artículo prescribirá en el plazo de seis meses, contado desde la fecha de pago de la respectiva remuneración mensual.

ARTÍCULO 5º.

En el evento de que un trabajador en actual servicio, de aquéllos a que se refiere el inciso primero del artículo 12 de esta ley, sufiere un accidente del trabajo o una enfermedad profesional a partir de la vigencia de esta ley que lo incapacitara en un porcentaje igual o superior a un 70% o que le causare la muerte, la pensión mensual que le correspondiera conforme a la ley NL' 16.744 no podrá ser de un monto inferior a la que le hubiere correspondido percibir en las mismas circunstancias de haberse aplicado las normas por las que se regía en esta materia con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley.

Para estos efectos, el organismo administrador efectuará los cálculos respectivos, debiendo constituir la reserva técnica para el pago de la pensión que resulte de aplicar la ley N° 16.744, y pagar la pensión que resulte mayor.

En el evento que la pensión resultante fuere de un monto mayor que la de la ley N° 16.744, la diferencia será de cargo fiscal.

La Tesorería General de la República, a requerimiento del respectivo organismo administrador enterará mensualmente la aludida diferencia y sus reajustes dentro de los diez primeros días del mes correspondiente al del pago de la

pensión. En cada oportunidad en que varíe el monto de la pensión, el organismo administrador deberá efectuar el respectivo requerimiento.

Las cantidades que no se enteren oportunamente, se reajustarán en el mismo porcentaje en que hubiere variado el Índice de Precios al Consumidor, determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas, entre el mes anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el mes precedente a aquel en el que efectivamente se realice y devengarán interés corriente.

El derecho del organismo administrador a impetrar el citado pago prescribirá en el plazo de doce meses, contado desde la fecha de la resolución por la cual se haya otorgado la pensión o desde la fecha en que hubiere variado el monto de la misma, según el caso.

ARTÍCULO 6º.

El Reglamento que señala el artículo 66 de la ley N° 16.744 establecerá la forma como habrán de constituirse y funcionar, en las entidades empleadoras señaladas en el inciso primero del artículo 1º de la presente ley, los Departamentos de Prevención de Riesgos Profesionales y los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad.

ARTÍCULO 7º.

Los parlamentarios afiliados a un régimen provisional de pensiones estarán afectos a la ley N° 16.744, sobre seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, en los términos previstos en la presente ley y sin requerir la autorización señalada en el inciso primero de su artículo 3º.

Las cotizaciones destinadas al financiamiento del referido seguro serán de cargo del Senado y de la Cámara de Diputados, según corresponda y se efectuarán sobre la base de la respectiva dieta sujeta a las normas sobre límites de imponibilidad. Corresponderá al Presidente de cada una de ellas solicitar su adhesión a las mutualidades de empleadores de la ley N° 16.744.

ARTÍCULO 8º.

Sin perjuicio de las facultades de la Contraloría General de la República, corresponderá exclusivamente a la Superintendencia de Seguridad Social la interpretación de esta ley, impartir las instrucciones necesarias para su aplicación y fiscalizar la observancia de sus disposiciones.

ARTÍCULO 9º.

El mayor gasto que represente la aplicación de esta ley se financiará con cargo al ítem respectivo de los presupuestos vigentes de las entidades empleadoras correspondientes y del Senado y la Cámara de Diputados, en su caso.

ARTÍCULO 10º.

Esta ley entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a aquél en que se cumplan 90 días contados desde su publicación.

ARTÍCULO 11º.

Cada vez que en esta ley se utilizan los vocablos ,”trabajadores” o ,”trabajador”, se entenderá que comprenden a los trabajadores, personal y funcionarios a que se refiere el inciso primero de su artículo 1º.

Santiago, 26 de Octubre de 1994.

ANEXO N° 5

CIRCULAR N° 71 Superintendencia de Isapres. **CIRCULAR N° 2067 Superintendencia de Seguridad Social.**

“IMPARTE INSTRUCCIONES A LAS UNIDADES DE LICENCIAS MEDICAS, A LAS COMISIONES DE MEDICINA PREVENTIVA E INVALIDEZ DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y A LAS ISAPRES SOBRE LA FORMA EN QUE DEBEN EMITIR LAS RESOLUCIONES QUE RECAEN SOBRE LICENCIAS MÉDICAS”.

Santiago, 31 de julio de 2003

Las Superintendencias de Seguridad Social y de Instituciones de Salud Previsional, en ejercicio de sus facultades legales, han estimado pertinente impartir las siguientes instrucciones:

I. RESOLUCIONES DE LAS UNIDADES DE LICENCIAS MÉDICAS, DE LAS COMPIN Y DE LAS ISAPRES QUE RECAEN SOBRE LICENCIAS MÉDICAS

El artículo 16 del D.S. N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud dispone que la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo o cambiarlo de total a parcial y viceversa. La resolución o pronunciamiento respectivo se estampará en el mismo formulario de licencia y se dejará constancia de los fundamentos tenidos en vista para adoptar la medida.

Habiéndose constatado que las resoluciones no siempre cumplen con la normativa antes citada, y con el objeto de evitar que ellas no se basten a sí

mismas, ya sea por no señalar claramente los fundamentos del rechazo o modificación, o por ser ilegibles, se ha estimado necesario reiterar y complementar las instrucciones impartidas sobre la materia:

1. La resolución que recae sobre una licencia médica debe constar por escrito en el formulario, con firma y timbre autorizados, dejándose constancia de los fundamentos y antecedentes tenidos a la vista para su emisión.
2. La resolución deberá ser escrita con letra imprenta clara y legible y, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 26 del D.S. N° 3, se estampará en el formulario de licencia bajo la firma del profesional respectivo de la Unidad de Licencias Médicas, del Presidente de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez o del profesional designado por la ISAPRE, en su caso.

Excepcionalmente, las ISAPRES, de acuerdo a lo establecido en el Ord. Circular N° 1C/23 de 14 de junio de 2002 de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, podrán utilizar el timbre que contenga la expresión “Autorizada por Contraloría Médica”, como medio alternativo a la firma del médico designado para emitir el pronunciamiento de que se trate, siempre que este último consista en la aprobación pura y simple de la licencia médica en cuestión.

No obstante lo anterior, tratándose de licencias médicas maternas y por enfermedad grave del hijo menor de un año, cualquiera sea la resolución que se adopte a su respecto, éstas deberán ser siempre emitidas y firmadas por el médico contralor designado por las ISAPRES.

3. En la Sección B del actual Formulario de Licencia Médica se debe estampar obligatoriamente la resolución adoptada, debiendo completarse en forma íntegra todas las menciones que contiene dicha sección, tal como lo instruyeran las Superintendencias de Seguridad Social y de Instituciones de Salud

Previsional, mediante Circular N° 2020 y Circular N° 68, respectivamente, ambas de 27 de septiembre de 2002.

Dicha sección B consta de las siguientes menciones:

- a) Nombre del Servicio de Salud o ISAPRE;
 - b) Número de la resolución que recae sobre la licencia médica
 - c) Establecimiento;
 - d) Código del Establecimiento;
 - e) Tipo de Licencia;
 - f) Fecha de inicio y término del reposo;
 - g) Número de días que se autorizan por la licencia;
 - h) Código del Diagnóstico. Para tales efectos, y de acuerdo a lo instruido por el Ministerio de Salud, deberá utilizarse la codificación internacional de la O.M.S. denominada C.I.E. 10;
 - i) Indicar si es primera licencia o una continuación y en este último caso, señalar el número de días previos autorizados;
 - j) Indicar qué resolución se adoptó respecto de la licencia, llenando el casillero con el número correspondiente
- 1 = Autorízase
2 = Recházase
3 = Amplíase

4 = Redúcese

5 = Pendiente de Resolución

k) Corresponde estampar el N° 5 = Pendiente de Resolución, cuando la Unidad de Licencias Médicas o la COMPIN, según corresponda, han prorrogado el plazo de que disponen para emitir el pronunciamiento pertinente, por requerir un mayor estudio de los antecedentes.

l) Las ISAPRES no podrán utilizar el N° 5 = Pendiente de Resolución, para pronunciarse respecto de una licencia médica, toda vez que la normativa vigente no contempla la posibilidad que éstas puedan ampliar el plazo de 3 días de que disponen para emitir dicho pronunciamiento.

m) En cuanto al casillero “Redictamen”, si la entidad encargada de pronunciarse respecto de la licencia médica modifica la resolución primitiva, sea de oficio o a petición de parte, deberá indicarlo marcando con una X el casillero existente al lado izquierdo de la palabra “Redictamen”.

n) El rechazo de una licencia médica debe fundarse en una causal contemplada en las normas legales y reglamentarias. Para estos efectos, en el formulario de licencia médica hay un casillero para indicar la causa del rechazo, el cual debe llenarse con el número que corresponda: 1 = Reposo injustificado - 2 = Diagnóstico irrecuperable - 3 = Fuera de plazo - 4 = Incumplimiento del reposo - 5 = Otro (especificar).

o) En relación a la causal de rechazo indicada con el N° 2, esto es “Diagnóstico irrecuperable”, se deberá tener presente que no basta que la patología tenga una naturaleza crónica o irrecuperable para rechazar la licencia médica, debiendo analizarse en cada caso, si al término del reposo la persona va a estar o no en condiciones de reintegrarse al trabajo. Existiendo la

posibilidad de reintegro laboral, la licencia debe ser autorizada.

p) Si la causa de rechazo no corresponde a las señaladas en los números 1 al 4, se deberá estampar en el casillero respectivo el N° 5, que corresponde a otras causales de rechazo, e indicar claramente cuál es la causal que se invoca, la que, en todo caso, debe estar contemplada en la normativa legal y reglamentaria vigente, como podría ser el caso, entre otras, de la existencia de enmendaduras; adulteración o falsificación; realización de trabajo remunerado o no; no tener calidad de trabajador.

q) Cualquiera sea la causal o causales invocadas, en la resolución deberá indicarse el fundamento de su aplicación.

Ejemplos

i. Si la licencia médica se rechaza por incumplimiento del reposo, en la fundamentación se deberá anexar copia del acta de la visita domiciliaria, dejando constancia de ello en la resolución. En el acta se deberá indicar el lugar en que se efectuó la visita, día y hora de la misma, fundamentos por los cuales se concluyó que el trabajador no estaba en el domicilio cumpliendo el reposo, nombre de la persona que atendió, en su caso, y nombre, Rut y firma del funcionario que realizó la diligencia e indicación de la empresa externa a la que pertenece, cuando corresponda.

ii. Si la licencia se rechazó por la causal "Otros", por haber sido el trabajador sorprendido realizando una actividad laboral, se deberá indicar qué trabajo realizó y la forma como se tomó conocimiento del hecho.

iii. Si la licencia se rechazó por la causal "Otros", sin vínculo laboral, se deberá indicar los fundamentos por los cuales se ha llegado a esa conclusión. Si la falta de vínculo laboral se funda en la calidad de socio que el trabajador tiene

respecto de la entidad empleadora, deberá indicarse claramente si es mayoritario y si tiene o no la administración y uso de la razón social.

Se hace presente que la causal de rechazo que se debe invocar es la “falta de vínculo laboral”, debidamente fundamentada en los términos indicados precedentemente, no siendo procedente el rechazo de una licencia médica basado sólo en una duda respecto a la existencia de la mencionada relación laboral.

r) En aquellos casos en que la fundamentación de la causal de rechazo o modificación no pueda incluirse en forma íntegra en la línea establecida para ello en el formulario de la licencia, deberá dejarse constancia de que se extenderá un documento separado, que se entiende forma parte de la resolución, debiendo anexarse al formulario de licencia médica.

s) Al notificar al trabajador y al empleador la resolución que autorice, rechace o modifique la licencia médica, conjuntamente con remitirle fotocopia de la sección B de la licencia, se le deberá adjuntar fotocopia del documento anexo en que se fundamentó la resolución y del acta de visita, en su caso.

t) A petición del trabajador, las Unidades de Licencias Médicas, las COMPIN, las CCAF y las ISAPRES, en su caso, deberán proporcionar a éste copia íntegra de la licencia médica.

u) En los casos de trabajadores adscritos a FONASA, cuyos empleadores se encuentran, a su vez, afiliados a una C.C.A.F., el cumplimiento de las instrucciones de las letras s) y t) precedentes, deberá efectuarla la Unidad de Licencias Médicas, la COMPIN o la C.C.A.F., dependiendo de cual de éstas haya asumido la obligación de notificar al trabajador y al empleador.

v) Si la notificación la realiza la C.C.A.F., la COMPIN deberá remitir a aquélla todos los antecedentes necesarios para el cumplimiento de lo instruido en las letras s) y t), entre ellos, la licencia médica original, el documento anexo en que se señalaron los fundamentos de la resolución, si existiere, y el acta de la visita domiciliaria, en su caso.

II. RESOLUCIONES DE LA COMPIN QUE RESUELVEN APELACIONES EN CONTRA DE PRONUNCIAMIENTOS DE UNA ISAPRE

A las COMPIN les corresponde pronunciarse respecto de los reclamos que se presenten en contra de las resoluciones emitidas por las ISAPRES, en caso de rechazo, modificación o autorización de una licencia médica.

El pronunciamiento debe emitirse mediante una resolución, la que se debe notificar al trabajador, al empleador y, en su caso, a la respectiva ISAPRE.

Dicha resolución debe emitirse en forma clara y legible, y firmarse por el Presidente de la COMPIN o por el Secretario de la misma.

En ella se deberán señalar claramente los fundamentos tenidos en consideración para emitir el pronunciamiento, ya sea que se rechace o acoja total o parcialmente la apelación.

Si la COMPIN no admite la apelación a trámite por estimar que ésta se presentó fuera del plazo de 15 días hábiles contados desde la recepción de la carta certificada en que la ISAPRE notificó el rechazo, modificación, o aprobación, deberá indicar claramente la fecha en que el interesado recibió la citada carta y la fecha en que se ingresó la apelación.

Conforme con lo establecido en la Circular N° 67 de 7 de junio de 2002, de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, las ISAPRES podrán resolver en primera instancia los reclamos que se derivan a la COMPIN, de acuerdo a nuevos antecedentes que le presente el afiliado. En estos casos, el plazo de apelación ante la COMPIN debe contarse desde la recepción del pronunciamiento definitivo de la ISAPRE.

En todo caso, de la resolución que dicte la COMPIN se podrá apelar ante la Superintendencia de Seguridad Social. Recibida una apelación, la Superintendencia podrá solicitar informe a los Organismos involucrados, los que deberán remitir la información solicitada dentro del plazo establecido en el Título IV de la presente Circular.

Vencido este plazo la Superintendencia de Seguridad Social podrá resolver con los antecedentes que tenga a la vista.

La interposición de la señalada apelación no suspenderá los efectos de lo resuelto por la COMPIN.

III. SERVICIOS DEPENDIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS TRASPASADOS AL SECTOR MUNICIPAL – EMISIÓN OPORTUNA DE LAS LICENCIAS MEDICAS.

La Superintendencia de Seguridad Social, al conocer de reclamos en contra de resoluciones que han rechazado licencias médicas por presentación fuera de plazo, ha constatado que en determinados casos el incumplimiento de dicho plazo se produce por la demora de los Hospitales y Consultorios en emitir y entregar las respectivas licencias.

Para evitar que estas situaciones ocurran, se solicita a los Directores de los Servicios de Salud, que impartan las instrucciones a todos los establecimientos de su dependencia y también a los municipalizados, para que cuando atiendan a un trabajador que amerita reposo, se le extienda y entregue de inmediato la correspondiente licencia médica, de modo que pueda ser tramitada oportunamente.

En todo caso, de producirse un atraso en la emisión de licencias médicas de pacientes hospitalizados, ellas deberán autorizarse por existir una causal de fuerza mayor o caso fortuito ajeno a la responsabilidad del trabajador.

IV. PLAZOS PARA RESPONDER LAS PETICIONES DE INFORME QUE HAGA LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL.

Cuando la Superintendencia de Seguridad Social conozca de reclamos en contra de resoluciones emitidas por las Unidades de Licencias Médicas o de una COMPIN sobre licencias médicas de afiliados a FONASA, o resoluciones de una COMPIN recaídas en reclamos respecto de resoluciones sobre licencias médicas de afiliados a ISAPRES, las COMPIN, C.C.A.F. e ISAPRES de la Región Metropolitana dispondrán de un plazo de 10 días hábiles para proporcionar los antecedentes requeridos y de 15 días hábiles en caso de las demás Regiones. Dicho plazo comenzará a correr desde la fecha en que el oficio en que se requieren los antecedentes sea despachado por esta Superintendencia. De no proporcionarse los antecedentes dentro del plazo citado, se procederá a resolver la situación con los antecedentes de que se disponga.

Las instrucciones de este número modifican en lo que se refiere a licencias médicas, los plazos para emitir los informes de la Circular N° 1971, de 18 de

febrero de 2002, de la Superintendencia de Seguridad Social la que se reitera para otras materias.

V. VIGENCIA

Las presentes instrucciones entrarán en vigencia el 11 de agosto de 2003

ANEXO N° 6

CIRCULAR N° 68. SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES
CIRCULAR N° 2020 SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

**“IMPARTE INSTRUCCIONES RESPECTO DEL USO DEL NUEVO
FORMULARIO DE LICENCIA MÉDICA A CONTAR DEL 1° DE OCTUBRE DE
2002”**

INDICE

1. FORMULARIO DE LICENCIA MÉDICA.....página 3
2. TIPOS DE LICENCIAS MÉDICAS.....página 3
3. NORMATIVA APLICABLE.....página 4
4. PERSONAS FACULTADAS PARA EMITIR LICENCIAS
MÉDICAS.....página 4

5. DESCRIPCIÓN DEL FORMULARIO DE LICENCIA
MÉDICA.....página 4

6. MENCIONES QUE DEBE CONSIGNAR EL PROFESIONAL
EN LA LICENCIA MÉDICA..... página 4

7. MENCIONES QUE DEBE CONSIGNAR EL EMPLEADOR
O TRABAJADOR INDEPENDIENTE EN LA LICENCIA
MÉDICA..... página 6

8. MENCIONES QUE DEBE CONSIGNAR EN LA LICENCIA
MÉDICA LA COMPIN, LA UNIDAD DE LICENCIAS
MEDICAS O LA ISAPRE.....página 7

9. FORMALIDAD DEL PRONUNCIAMIENTO DE LA
COMPIN, DE LA UNIDAD DE LICENCIAS MEDICAS O
DE LA ISAPRE..... página 8

Santiago, 27 Septiembre 2002.

En el Diario Oficial de 27 de septiembre de 2002, se publicó la Resolución Exenta N° 790, del Ministerio de Salud, que aprobó el Nuevo Formulario de Licencia Médica, impreso en la Casa de Moneda de Chile.

El Nuevo Formulario es de utilización obligatoria para las licencias médicas que se emitan a contar del 1° de octubre de 2002.

En consecuencia, las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), las Unidades de Licencias Médicas de los Servicios de Salud, las Isapres y las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, no podrán tramitar licencias médicas emitidas a contar del 1° de octubre de 2002, que se hayan extendido en el antiguo Formulario. En este caso, deberán devolverla inmediatamente al portador de la misma, previamente fechada y timbrada, para que quede constancia de la gestión, con el objeto de que se reingrese a la brevedad una licencia médica de reemplazo, emitida en el Nuevo Formulario de Licencia Médica.

Las licencias médicas que hasta el 30 de septiembre de 2002 se emitan en el antiguo formulario, vigente hasta esa data, deberán ser admitidas a tramitación por las COMPIN, por las Unidades de Licencias Médicas de los Servicios de Salud, las Isapres y las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, aun cuando sean ingresadas a trámite una vez que haya entrado en vigencia el nuevo formulario.

1. FORMULARIO DE LICENCIA MÉDICA

Es un documento que puede ser extendido por un médico cirujano, cirujano-dentista o matrona, mediante el cual el profesional certifica que un trabajador se encuentra incapacitado temporalmente para trabajar, prescribiendo reposo total o parcial, por un lapso determinado.

Una vez que la licencia médica ha sido autorizada por la entidad que corresponda, esto es, la Unidad de Licencias Médicas de los Servicios de Salud, la COMPIN o la Isapre, según sea el caso, puede dar derecho al pago de un subsidio por incapacidad laboral (SIL) si se cumplen los demás requisitos establecidos en la normativa vigente.

2. TIPOS DE LICENCIAS MÉDICAS

Las licencias médicas pueden tener su origen en una enfermedad o accidente común, en la maternidad, o en un accidente del trabajo o enfermedad profesional.

En consecuencia, las licencias médicas pueden tener su origen en alguna de las siguientes causas específicas:

- 1 = Enfermedad o accidente común
- 2 = Prórroga medicina preventiva
- 3= Licencia maternal pre y postnatal
- 4= Enfermedad grave hijo menor de 1 año
- 5= Accidente del trabajo o del trayecto
- 6= Enfermedad profesional
- 7= Patología del embarazo.

3. NORMATIVA APLICABLE

La tramitación de las licencias médicas se rige por el D.S. N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, que contiene el reglamento sobre autorización de licencias médicas, quedando solamente excluidas de la aplicación de dicho reglamento las licencias médicas que se otorgan en virtud de la Ley N° 16.744, a los trabajadores de empresas afiliadas a Mutualidades de Empleadores, cuando se les otorga reposo por incapacidad laboral ocasionado por un accidente del trabajo o enfermedad profesional, caso en el cual emiten lo que se denomina “orden de reposo”.

4. PERSONAS FACULTADAS PARA EMITIR LICENCIAS MÉDICAS

Están facultados para emitir licencias médicas:

- Médicos cirujanos,
- Cirujano-dentista,
- Matrona, en caso de embarazo y parto normal.

5. DESCRIPCIÓN DEL FORMULARIO DE LICENCIA MÉDICA

A partir del 1° de octubre de 2002, el profesional autorizado para emitir licencias médicas deberá utilizar al efecto el formulario aprobado por el Ministerio de Salud mediante la Resolución Exenta N° 790, publicada en el Diario Oficial del 27 de septiembre de 2002.

El aludido formulario de licencia médica lleva en su extremo superior derecho un número correlativo y consta de tres hojas, confeccionadas en papel autocopiativo.

La primera hoja contiene, en su anverso, dos secciones A y B y en su reverso, una sección C.

La segunda hoja es autocopiativa, corresponde a la primera parte de la sección A y es el comprobante que el empleador debe entregar al trabajador con su firma, timbre y fecha.

La tercera hoja es autocopiativa de la sección A y constituye el recibo para el profesional.

6. MENCIONES QUE DEBE CONSIGNAR EL PROFESIONAL EN LA

LICENCIA MÉDICA

El profesional deberá completar, en forma manuscrita, con letra imprenta, clara y legible, únicamente la sección A del formulario.

A.1.	Identificación del trabajador o trabajadora (nombre completo, run, edad y sexo). Fecha de emisión de la licencia; Fecha de inicio del reposo; Días de duración de la licencia en números y en palabras. Para efectos de la duración del reposo se considerarán días corridos, debiendo incluirse los días sábados, domingos y festivos;
------	--

A.2.	Identificación del hijo, en caso de licencia médica por enfermedad grave del hijo menor de un año y post natales (nombre completo, fecha de nacimiento y run).
A.3	<p>Tipo de licencia, registrando, del 1 al 7, el número que corresponda según lo instruido en el punto 2 de la presente Circular;</p> <p>Recuperabilidad de la capacidad para trabajar;</p> <p>Circunstancia de haberse iniciado trámite de invalidez;</p> <p>Indicación de tratarse de un accidente del trayecto o no;</p> <p>Fecha y hora del accidente del trabajo o del trayecto;</p> <p>Fecha de la concepción, para licencias tipo 3 y 7.</p>
A.4.	<p>Características del reposo, según sea total o parcial y, en el último caso, si es de mañana, tarde o noche. Las licencias pre y post natales y por enfermedad grave del hijo menor de un año, sólo podrán ser por reposo total;</p> <p>Lugar de reposo, indicando que se deberá cumplir en su domicilio, hospital u otro domicilio y, en este último caso, el motivo del cambio de domicilio de reposo, su dirección y teléfono, incluyendo teléfono de contacto.</p>
A.5.	Identificación completa del profesional otorgante;
A.6.	Diagnóstico principal y otros diagnósticos incluyendo los antecedentes clínicos y exámenes de apoyo diagnóstico (fecha de la intervención quirúrgica u otros procedimientos, complicaciones de las patologías, entre otros).

El profesional deberá suscribir el formulario de licencia médica, hacerlo firmar por el trabajador, doblar la parte inferior de la primera hoja en el lugar que se encuentra señalado con línea discontinua en los márgenes y sellarlo con la cinta adhesiva que se encuentra ubicada en la última página del talonario.

Posteriormente, deberá retirar la tercera hoja correspondiente al recibo para el profesional y entregar al trabajador la primera y segunda hojas.

Si el trabajador tuviere más de un empleador, el profesional deberá extender un formulario para cada uno de ellos.

7. MENCIONES QUE DEBE CONSIGNAR EL EMPLEADOR O

TRABAJADOR INDEPENDIENTE EN LA LICENCIA MÉDICA

El empleador deberá completar en forma manuscrita con letra imprenta, clara y legible la sección C del formulario.

C1 Identificación completa del empleador o trabajador independiente;

Indicación de la actividad laboral del trabajador y su ocupación;

C2 Identificación del régimen previsional del trabajador;

Calidad del trabajador;

Fecha de primera afiliación a una entidad previsional;

Fecha de contrato de trabajo;

Tipo entidad pagadora del subsidio;

Nombre entidad pagadora del subsidio;

C3 Informe de remuneraciones imponibles, rentas y/o subsidios, consignando la información correspondiente a los meses anteriores a la fecha de la incapacidad, excepto las remuneraciones ocasionales o que correspondan a un período superior a un mes;

En caso de licencias maternales deberá completarse, además, el cuadro complementario;

Porcentaje de Desahucio, en el caso de los funcionarios públicos que mantienen el régimen de la ex Caja Nacional de Empleados Públicos, entre otros;

Remuneración imponible total del mes anterior al inicio de la licencia médica, con el tope de las 60 U.F.;

C4 Indicar si el trabajador ha tenido licencias médicas anteriores en los últimos 6 meses, en caso afirmativo, consignar la información correspondiente;

El empleador y el trabajador independiente deberán suscribir el formulario de licencia médica, consignando su nombre. El empleador, además, deberá estampar su timbre.

1. MENCIONES QUE DEBE CONSIGNAR EN LA LICENCIA MÉDICA LA

COMPIN, LA UNIDAD DE LICENCIAS MEDICAS O LA ISAPRE

La COMPIN o la Unidad de Licencias Médicas del Servicio de Salud, según corresponda, o la Isapre deberá completar, cuando corresponda, en forma manuscrita con letra imprenta, clara y legible la sección B del formulario.

- Nombre del servicio de salud o Isapre;
- Establecimiento;
- Código del establecimiento;
- Número de la resolución;
- Tipo de licencia, fecha de inicio y término y número de días autorizados;
- Código de diagnóstico;
- Si se trata de una primera licencia médica o de una continuación y, en este último caso, el número de días previos;
- La resolución que recae sobre la licencia médica;
- Causales de rechazo;
- Características del reposo según sea total o parcial y, en el último caso, si es de mañana, tarde o noche;
- Si la licencia autorizada da o no derecho a subsidio por incapacidad laboral, especificándose, si el subsidio es de cargo del empleador;
- Especificar causa de modificación o rechazo;
- En caso de quedar pendiente de resolución, especificar los motivos;
- Fecha de recepción del formulario y fecha de emisión de la resolución;
- Fecha del Redictamen;
- Nombre, timbre y firma del médico autorizado;
- Registro de Colegio Médico.

9. FORMALIDAD DEL PRONUNCIAMIENTO DE LA COMPIN, DE LA

UNIDAD DE LICENCIAS MÉDICAS O DE LA ISAPRE

El pronunciamiento o resolución que dicte la COMPIN, la Unidad de Licencias Médicas del Servicio de Salud, cuando corresponda, o la Isapre deberá consignarse en el formulario de la licencia médica, numerarse y ser firmado por el profesional autorizado, expresándose claramente la resolución adoptada.

En caso de modificación, reducción o rechazo de la licencia médica, las referidas instituciones deberán remitir al trabajador fotocopia de la sección B del formulario de licencia médica.

Se instruye dar la mayor difusión de las presentes instrucciones.

Adjunto a la presente circular se acompaña un ejemplar anulado del nuevo formulario de licencia médica.

ANEXO N° 7

“PROYECTO DE LEY SOBRE RACIONALIZACIÓN DE SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD LABORAL Y LICENCIAS MÉDICAS”.

ARTÍCULO 1º.

Modifícase el Código del Trabajo en el siguiente sentido:

1) Reemplázase, en el inciso primero del artículo 199, la oración que comienza con las palabras “Cuando la salud” y finaliza con la palabra “determine” por la siguiente: “Cuando la salud de un niño menor de un año requiera atención con motivo de enfermedad grave, debidamente acreditada mediante licencia médica otorgada por el médico tratante, la madre trabajadora tendrá derecho al permiso y subsidio que establece el artículo anterior, por el período que se autorice. Para los efectos de este artículo, se entenderá por enfermedad grave del niño menor de un año a aquella condición que ponga en riesgo la vida del niño o que comprometa su crecimiento y desarrollo al punto de significar un riesgo evidente de minusvalía en las etapas posteriores de su ciclo vital. Dicha enfermedad grave debe requerir el cuidado directo de la madre a efectos de minimizar los riesgos señalados. El médico tratante, al otorgar la respectiva licencia médica, deberá detallar el diagnóstico, su carácter de grave, la necesidad de cuidado directo de la madre y los procedimientos para llegar a él, los cuales deberán corresponder a los protocolos definidos por resolución conjunta de los Ministerios de Salud y del Trabajo y Previsión Social.”.

2) Reemplázase el artículo 479, por el siguiente:

“Artículo 479.- Las personas que incurran en falsedad en la solicitud u otorgamiento de licencias médicas, declaraciones de invalidez, certificados, permisos o estados de salud, en falsificación de éstos o en uso malicioso de ellos, serán sancionadas con las penas previstas en el artículo 202 del Código Penal.”.

ARTÍCULO 2º.

Modifícase el Decreto con Fuerza de Ley N° 150, de 1981, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, del siguiente modo:

1) En el artículo 22, elimínase la palabra “exclusivamente”.

2) En el artículo 24:

a) Agrégase en el inciso primero, luego de la palabra “asignaciones”, la frase “y de subsidios que correspondan a reposos maternales por descanso pre y post natal y permisos por enfermedad grave del niño menor de un año”.

b) Agrégase, a continuación del inciso quinto, los siguientes incisos sexto, séptimo y octavo, pasando el actual inciso sexto a ser noveno:

“El monto a traspasar a cada organismo administrador por los subsidios que correspondan a los permisos por enfermedad grave del niño menor de un año se determinará, para cada mes del año calendario, mediante la sumatoria, para todas las mujeres con derecho al subsidio por enfermedad grave del niño menor de un año, del subsidio diario que le correspondería conforme a la ley multiplicado por el número de días en que tiene derecho al subsidio durante dicho mes, multiplicado por el factor de ajuste calculado conforme al inciso siguiente.

El factor de ajuste será el que resulte de la división del número total de días utilizados durante el año calendario anterior por concepto del subsidio por enfermedad grave del niño menor de un año en el conjunto de organismos

administradores, por el número total de días, dentro del mismo año calendario anterior, en que las madres de niños menores de un año afiliadas al conjunto de organismos administradores podrían haber utilizado dicho subsidio. La Superintendencia de Seguridad Social podrá establecer factores de ajuste diferenciados según la remuneración imponible de las mujeres beneficiarias del subsidio, siempre que exista evidencia empírica que demuestre que dicha variable influye en el promedio de días utilizados de subsidio por cada año. La determinación del o los factores de ajuste se hará mediante resolución de la Superintendencia de Seguridad Social, visada por el Ministerio de Hacienda.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los dos incisos precedentes, el monto a traspasar a los organismos administradores deberá ser incrementado en el mismo monto de las cotizaciones que deban efectuar los subsidiados en conformidad a lo establecido en el artículo 22 del decreto con fuerza de ley N° 44 de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.”.

c) Agréganse, a continuación del actual inciso sexto, que ha pasado a ser noveno, los siguientes incisos décimo, undécimo y duodécimo, nuevos:

“Aquellos organismos administradores que informen que lo gastado efectivamente en el pago de los subsidios que correspondan a permisos por enfermedad grave del niño menor de un año, al finalizar el año calendario, es inferior a lo destinado en el Presupuesto respectivo, deberán restituir al Fondo el cincuenta por ciento de dichos recursos no utilizados.

Por el contrario, si lo gastado efectivamente en el pago de los subsidios que correspondan a permisos por enfermedad grave del niño menor de un año es superior a lo destinado en el Presupuesto respectivo, al finalizar el año calendario, los organismos administradores tendrán derecho a un aporte correspondiente al cincuenta por ciento del exceso en el gasto proyectado, mientras que el restante cincuenta por ciento será de cargo suyo.

Mediante resolución conjunta de los Ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Salud se establecerán protocolos estandarizados para fijar los

procedimientos de evaluación de las licencias médicas por enfermedad grave del niño menor de un año. En caso que el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional no den cumplimiento a los protocolos o las instrucciones que se dicten al efecto, la Superintendencia de Seguridad Social deberá aplicar las sanciones establecidas en el inciso primero del artículo 57 de la ley N° 16.395, respecto de las Instituciones de Salud Previsional e instruir los sumarios administrativos que correspondan respecto del Fondo Nacional de Salud, conforme lo establece el artículo 48 de la misma ley.”.

ARTÍCULO 3º.

Modifícase la ley N° 16.395 del siguiente modo:

- 1) Sustitúyese el artículo 57 por el siguiente:

“Artículo 57.- Sin perjuicio de las facultades que corresponden a la Superintendencia de Seguridad Social, en virtud de lo prescrito en los artículos anteriores, facúltasela para aplicar a los administradores, representantes, gerentes, directores, ejecutivos y trabajadores de sus instituciones fiscalizadas y de aquellas que administren regímenes fiscalizados por la Superintendencia, que incurrieren en infracción a las leyes, reglamentos, estatutos y demás normas de seguridad social, o en incumplimiento de las instrucciones y resoluciones que les imparta la Superintendencia, multas de hasta 1.000 unidades de fomento, al valor vigente al momento del pago de la multa, las que podrán elevarse al doble en caso de reincidencia dentro del año calendario.

En caso que el profesional habilitado para otorgar licencias médicas, por negligencia grave o con la intención manifiesta de permitir obtener beneficios pecuniarios de la seguridad social, emita las respectivas licencias sin fundamento médico y éstas fueren rechazadas por disponer reposo injustificado y/o por no acompañar los exámenes, si éstos correspondieren, la Superintendencia de Seguridad Social, de oficio o a petición del Fondo Nacional

de Salud o de una Institución de Salud Previsional, aplicará las siguientes sanciones:

1) Suspensión por 30 días para otorgar licencias médicas y una multa a beneficio fiscal de 10 Unidades Tributarias Mensuales.

2) Suspensión por 90 días para otorgar licencias médicas y una multa a beneficio fiscal de 25 Unidades Tributarias Mensuales, en caso de reincidencia dentro del período de tres años contados desde la fecha de inicio de la primera suspensión.

3) Suspensión por 120 días para otorgar licencias médicas y una multa a beneficio fiscal de 50 Unidades Tributarias Mensuales, en caso de segunda reincidencia dentro del período de tres años contados desde la fecha de inicio de la primera suspensión.

4) Suspensión por un año para otorgar licencias médicas y una multa a beneficio fiscal de 100 a 300 Unidades Tributarias Mensuales, en caso de tercera reincidencia dentro del período de tres años contados desde la fecha de inicio de la primera suspensión.

La resolución que aplique la sanción deberá ser fundada y dictada previo informe del médico afectado, el cual tendrá diez días hábiles desde su notificación para remitir dicho informe a la Superintendencia. Transcurrido dicho plazo, la Superintendencia resolverá de plano la procedencia de la sanción. La solicitud de informe y la resolución deberán ser notificadas por carta certificada.

El profesional habilitado que haya sido sancionado conforme a lo establecido en el inciso segundo de este artículo será responsable solidariamente de la devolución de todas las prestaciones pecuniarias que el trabajador beneficiado por la respectiva licencia médica deba efectuar a la Institución de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud, en su caso.

De estas sanciones, el profesional habilitado podrá recurrir de reposición en un plazo de 5 días hábiles, contados desde su notificación personal o por carta certificada; si la notificación se hace por carta certificada, el plazo señalado

empezará a correr desde el tercer día siguiente al despacho de la carta. El recurso deberá impetrarse ante la Superintendencia de Seguridad Social, la cual estará facultada para requerir todos los antecedentes respectivos al organismo administrador. Para que el recurso sea acogido a tramitación, el profesional médico deberá acompañar los antecedentes justificantes de dicho recurso.

La Institución de Salud Previsional o el Fondo Nacional de Salud, en su caso, deberá tomar conocimiento de las sanciones aplicadas por la Superintendencia de Seguridad Social, la que informará de dichas sanciones en la forma en que se determine en el reglamento.”.

2) Sustitúyese el artículo 58 por el siguiente:

“Artículo 58.- En contra de las medidas disciplinarias que adopte el Superintendente y de la resolución que deniegue la reposición a que se refiere el artículo anterior, el interesado podrá reclamar, dentro de los quince días hábiles siguientes a su notificación, ante la Corte de Apelaciones que corresponda, la que deberá pronunciarse en cuenta sobre la admisibilidad del reclamo y si éste ha sido interpuesto dentro del término legal. Admitido el reclamo, la Corte dará traslado por quince días hábiles a la Superintendencia. Evacuado el traslado la Corte ordenará traer los autos "en relación", agregándose la causa en forma extraordinaria a la tabla del día siguiente, previo sorteo de Sala cuando corresponda. Si el tribunal no decretare medidas para mejor resolver, dictará sentencia dentro del plazo de treinta días, y si las ordenare, en el plazo de diez días de evacuadas ellas.

Para reclamar contra resoluciones que impongan multas, deberá consignarse, previamente, en la cuenta del tribunal, una cantidad igual al veinte por ciento del monto de dicha multa, que no podrá exceder de cinco unidades tributarias mensuales, conforme al valor de éstas a la fecha de la resolución reclamada, la que se imputará a la multa si se declara inadmisibile o se rechaza el recurso. En los demás casos, la consignación será equivalente a cinco

unidades tributarias mensuales, vigentes a la fecha de la resolución reclamada, destinándose también a beneficio fiscal, en caso de inadmisibilidad o rechazo del recurso.

La resolución que expida la Corte de Apelaciones será apelable en el plazo de cinco días, recurso del que conocerá en cuenta una Sala de la Corte Suprema, sin esperar la comparecencia de las partes, salvo que estime traer los autos "en relación".

Las resoluciones de la Superintendencia constituirán título ejecutivos y les será aplicable lo dispuesto en el artículo 174 del Código de Procedimiento Civil.

La notificación de la interposición del recurso no suspende los efectos de lo ordenado por la Superintendencia, sin perjuicio de la facultad del tribunal para decretar una orden de no innovar. Las resoluciones que apliquen multa sólo deberán cumplirse una vez ejecutoriada la resolución respectiva.”.

3) Reemplázase el artículo 59 por el siguiente:

“Artículo 59.- En caso que el profesional otorgante fuere un funcionario público sujeto al Estatuto Administrativo, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Estatuto del Personal de las Fuerzas Armadas, Estatuto del Personal de Carabineros de Chile, Estatuto Administrativo de Funcionarios Municipales, y el Estatuto para los medico-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas u otra norma estatutaria que haga aplicable el Estatuto Administrativo, la imposición de la sanción señalada en el número 4) del inciso segundo del artículo 57, se considerará una vulneración al principio de probidad administrativa al tenor de lo señalado en los artículos 52 y siguientes de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y de los artículos 119 de la Ley N° 18.834; 48 letra b) de la ley N° 19.378, 249 letra c) del D.F.L. N° 1 del Ministerio de Defensa Nacional, de 1997; 109 letra c) del Decreto Supremo N° 412 del Ministerio de Defensa Nacional, de 1991 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.F.L. N° 2 del Ministerio del Interior, de 1968; 123 de la ley

N° 18.883 y el artículo 1° de la ley N° 15.076 en relación con el artículo 119 de la Ley N° 18.834, respectivamente.

4) Sustitúyese en el inciso primero del artículo 60, el guarismo “58” por “57”.

ARTÍCULO 4°.

Modifícase la Ley N° 18.418 del siguiente modo:

1) Sustitúyese, en el inciso tercero del artículo 1°, el guarismo “182” por “196” y la expresión “respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar” por “Fondo Nacional de Salud”.

2) Sustitúyese, en el inciso primero del artículo 2°, la expresión “respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar” por “Fondo Nacional de Salud”.

ARTÍCULO 5°.

Modifícase la ley N° 18.933, del siguiente modo:

1) En el artículo 35:

a) Reemplázase, en el inciso segundo, la frase “Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente al domicilio que fije en el contrato”, por la siguiente: “Superintendencia de Seguridad Social” y la palabra “Comisión” por “Superintendencia”.

b) Reemplázase, en el inciso tercero, la expresión “Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez”, por la siguiente: “Superintendencia de Seguridad Social”.

c) Reemplázase, en el inciso cuarto, la expresión “Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez”, por la siguiente: “Superintendencia de Seguridad Social”.

d) Intercálase, en el inciso quinto, entre las palabras “Superintendencia” y “la”, lo siguiente: “de Instituciones de Salud Previsional”.

2) En el artículo 37:

a) Reemplázase, en el inciso tercero, la frase “Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez correspondiente” por “Superintendencia de Seguridad Social, en única instancia”.

b) Agrégase, en el inciso final, a continuación de la palabra “Superintendencia” la expresión: “de Instituciones de Salud Previsional”.

ARTÍCULO 6º.

Modifícase el Decreto con Fuerza de Ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, del siguiente modo:

1) Reemplázase en el inciso primero del artículo 8º la expresión “tres meses calendario más próximos al mes en que se inicia la licencia” por “cinco meses contados desde el mes anteprecedente al mes que se inicia la licencia médica. Si dentro de dicho período sólo se registraren cuatro o tres meses con remuneraciones y/o subsidios, dicho promedio se obtendrá dividiendo por el respectivo número de meses. En caso que se registraren sólo dos meses con remuneraciones y/o subsidios, el promedio se calculará dividiendo por tres la suma de estas dos remuneraciones y/o subsidios y la del mes precedente al inicio de la licencia, debiendo el empleador acreditar al organismo pagador del subsidio el pago de las cotizaciones correspondientes a dicho período.”.

2) Reemplázase el artículo 14, por el siguiente:

“Artículo 14.- Los subsidios se devengarán desde el tercer día de la correspondiente licencia médica, con excepción de los subsidios por descanso pre y postnatal que se devengarán desde el primer día de la respectiva licencia.”.

3) Derógase el artículo 24.

ARTÍCULO 7º.

Modifícase la Ley N° 18.833, del siguiente modo:

- 1) Suprímese, en el numeral 2) del inciso primero del artículo 19, la frase “y por incapacidad laboral”.
- 2) Suprímese el numeral 4) del inciso primero del artículo 19.
- 3) Derógase el artículo 27.

ARTÍCULO 8º.

Agrégase, en el inciso primero del artículo 27 del decreto ley N° 2.763, de 1979, a continuación de la letra c), la siguiente letra d), nueva, pasando las actuales d) y e), a ser e) y f), respectivamente:

“d) Autorizar, rechazar o modificar las licencias médicas y pagar los subsidios por incapacidad laboral a los afiliados de la ley N° 18.469, velando por el correcto uso de este beneficio. Si el Fondo rechaza o modifica la licencia médica, el cotizante podrá recurrir ante la Superintendencia de Seguridad Social, en la forma y condiciones que señale el reglamento. El mismo derecho tendrá el empleador respecto de las licencias que haya autorizado el Fondo. Todo ello, sin perjuicio de los demás recursos que correspondan conforme a lo establecido en la ley N° 19.880.”.

ARTÍCULO 9º.

Modifícase la ley N° 18.469, del siguiente modo:

- 1) Sustitúyese, en el artículo 20, la expresión “respectivo Servicio de Salud, Caja de Compensación de Asignación Familiar” por “Fondo Nacional de Salud”.
- 2) Reemplázase en el inciso tercero del artículo 24 la frase “deben efectuar los Servicios de Salud” por “debe efectuar el Fondo Nacional de Salud”.

ARTÍCULO 10.

Modifícase el artículo 77 bis de la ley N° 16.744, del siguiente modo:

- 1) En el inciso primero, agréguese a continuación de “Servicios de Salud”, la expresión “del Fondo Nacional de Salud,”.

2) Sustitúyese, en el inciso tercero, la expresión “la Caja de Compensación de Asignación Familiar” por la expresión: “el Fondo Nacional de Salud”.

3) En el inciso quinto, elimínase la expresión “, el Servicio de Salud” que sigue a la expresión “el Fondo Nacional de Salud”; y reemplázase la expresión “o la Institución de Salud Previsional que efectuó el reembolso”, por la siguiente: “el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional que efectuó el reembolso”.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

ARTÍCULO 1º.

Lo dispuesto en el artículo 2º N° 2 letra b) y letra c) de esta ley, comenzará a regir el primer día del mes siguiente a la publicación de la misma y sólo se aplicará para los trabajadores cuyos hijos nazcan con posterioridad a dicha fecha, permaneciendo vigente la norma actual respecto de los demás trabajadores.

ARTÍCULO 2º.

Para los efectos de la determinación del factor de ajuste establecido en el artículo 2º N° 2 letra b), durante el primer año de aplicación de dicho artículo, se considerará un factor de ajuste equivalente a 0,125.

ARTÍCULO 3º.

Lo dispuesto en los artículos 4º, 6º N° 3, 7º, 9º y 10º de esta ley, comenzará a regir a contar del primer día del mes siguiente a la fecha de entrada en vigencia de la misma.

ARTÍCULO 4º.

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 4 de esta ley, las Cajas de Compensación de Asignación Familiar y los Servicios de Salud deberán mantener el pago de los subsidios cuya licencia médica asociada haya sido presentada con anterioridad a la publicación de esta ley, rigiendo, respecto de dichos subsidios, la normativa vigente al inicio de los mismos.

ARTÍCULO 5º.

Para los efectos de lo dispuesto en el Artículo 6 N° 3 de esta ley, mientras las Cajas de Compensación de Asignación Familiar, de acuerdo al artículo precedente, deban continuar pagando subsidios de incapacidad laboral y maternales, traspasarán al Fondo Nacional de Salud los superávits que se produzcan en la administración de tales regímenes y éste cubrirá el déficit que resulte de tal administración.

ARTÍCULO 6º.

Para efectos de lo dispuesto en el artículo 6 N° 1 de esta ley, la base de cálculo para la determinación del subsidio será la vigente al momento de producirse el embarazo.”.

ANEXO N° 8

DECRETO SUPREMO N° 3

“APRUEBA REGLAMENTO DE AUTORIZACIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS POR LOS SERVICIOS DE SALUD E INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL”

I DISPOSICIONES PRELIMINARES

ARTÍCULO 1º

Para los efectos de este reglamento, se entiende por licencia médica el derecho que tiene el trabajador de ausentarse o reducir su jornada de trabajo, durante un determinado lapso de tiempo, en cumplimiento de una indicación profesional certificada por un médico-cirujano, cirujano-dentista o matrona, reconocida por su empleador en su caso y autorizada por un Servicio de Salud, o Institución de Salud Previsional según corresponda, durante cuya vigencia podrá gozar de subsidio especial con cargo a la entidad de previsión, institución o fondo especial respectivo, o de la remuneración regular de su trabajo o de ambas en la proporción que corresponda.

ARTÍCULO 2º

Las normas de este reglamento serán aplicadas a la tramitación de todas las licencias médicas que den origen a los beneficios sobre protección de riesgos de enfermedad e incapacidad temporal reguladas en las leyes N° S. 6.174, 16.744, 18.469. Decreto con fuerza de ley N° 338 de 1960 y Código del Trabajo aprobado por la ley N° 18.620, cuya autorización corresponda a los Servicios de

Salud y a las Instituciones de Salud Previsional, en adelante indistintamente ISAPRE.

La tramitación y autorización de las licencias de los trabajadores dependientes no afiliados a una ISAPRE, corresponderá al Servicio de Salud en cuyo territorio quede ubicado el lugar de desempeño del trabajador.

Si el trabajador presta servicios a dos o más empleadores, estando su lugar de desempeño ubicado en territorios correspondientes a distintos Servicios de Salud, deberá obtener diferentes certificaciones de licencias para ser presentadas, en original, en cada uno de esos Servicios. Sin embargo, si la certificación no tiene por objeto el otorgamiento de una licencia o reposo, sino otros efectos o beneficios, ella deberá presentarse al Servicio de Salud en cuyo territorio se encuentre ubicado el lugar de trabajo en que éste posea mayor antigüedad funcionarias o laboral; si en todos ellos contara con la misma antigüedad, al Servicio en cuyo territorio el interesado cumple una jornada de trabajo mayor.

En caso de trabajadores dependientes afiliados a una ISAPRE, la tramitación y autorización de las licencias corresponderá a la oficina de la ISAPRE en la cual suscribió su contrato el trabajador o en aquella oficina de la misma institución más cercana al lugar donde presta sus servicios el trabajador, a elección de este último.

Este reglamento no se aplicará a la tramitación y autorización de las licencias ni al pago de subsidios que corresponda a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de trabajadores afiliados a Mutualidades de Empleadores, constituidas de acuerdo con la Ley N° 16.744, sin perjuicio de lo establecido en el párrafo segundo de la letra f) del artículo 30.

Con todo, esas Mutualidades de Empleadores deberán proporcionar al Servicio de Salud que corresponda, los datos y antecedentes que éste les requiera, respecto de la atención médica y beneficios concedidos a sus afiliados, según las instrucciones que imparta el Ministerio de Salud en la materia.

Por resolución del Ministerio de Salud podrá radicarse la tramitación y visación de las licencias de los trabajadores afiliados a una Caja de Compensación de Asignación Familiar en la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez de uno de los Servicios de Salud existentes en la Región en cuyo territorio esté ubicado el lugar de desempeño del trabajador. En la resolución correspondiente se establecerán las modalidades a que se sujetará la tramitación de las licencias y los datos e informaciones que la Caja de Compensación deberá proporcionar acerca de los beneficios otorgados a sus afiliados, en el caso de las licencias de los trabajadores afiliados a esas Cajas de Compensación, cualquiera que sea la autoridad del Servicio de Salud respectivo, competente para autorizarlas, el Ministerio de Salud, mediante resolución, podrá establecer las modalidades a que se sujetará su tramitación, así como los datos e informaciones que la Caja de Compensación que corresponda deberá proporcionar a los Servicios de Salud acerca de los beneficios otorgados a sus afiliados.

ARTÍCULO 3º

Tratándose de trabajadores independientes, no afiliados a ISAPRE, el conocimiento y autorización de las licencias corresponderá al Servicio en cuyo territorio este ubicado el domicilio de aquellos.

Si el trabajador independiente estuviere afiliado a una ISAPRE el conocimiento y autorización de la licencia corresponderá a la oficina de la ISAPRE del lugar en que se celebró el contrato, o bien, a la del domicilio del trabajador, a elección de este último.

ARTÍCULO 4º

En los Servicios de Salud las licencias médicas serán autorizadas por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez a que se refiere el artículo 217 del decreto supremo N° 42 de 1986, del Ministerio de Salud, que aprobó el

Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, o por las Unidades de Licencias Médicas a que se refiere el artículo 18 de este Reglamento.

Se materializará en un formulario especial, que registrará todas las certificaciones, resoluciones y autorizaciones que procedan, el que será aprobado por resolución del Ministerio de Salud.

II Del Otorgamiento de las Licencias

ARTÍCULO 5º

La licencia médica, es un acto médico administrativo en el que intervienen el beneficiario, el profesional que certifica, el Servicio de Salud o ISAPRE competente, el empleador y la entidad previsional o la Caja de Compensación de Asignación Familiar en su caso.

Se materializará en un formulario especial, que registrará todas las certificaciones, resoluciones y autorizaciones que procedan.

Las licencias de los trabajadores regidos por el D.F.L. Nº 338, de 1960, serán concedidas por resolución del Servicio a que el funcionario pertenece.

ARTÍCULO 6º

La dolencia que afecta al trabajador, y el reposo necesario para su recuperación deberán certificarse por un médico-cirujano, cirujano-dentista o matrona, esta última en caso de embarazo y parto normal.

Los profesionales mencionados, considerando la naturaleza y gravedad de la afección, el tipo de incapacidad que esta produzca y la duración de la jornada de trabajo del paciente, podrán prescribir reposo total o parcial.

Sin embargo, en los casos de licencia por descanso maternal y por enfermedad grave del hijo menor de un año solo podrán ordenar reposo total.

La licencia médica que prescribe reposo total confiere al trabajador el derecho a ausentarse de su trabajo durante el tiempo que ella misma determina.

La orden de reposo parcial confiere al trabajador el derecho a reducir a la mitad su período laboral, por el período que esta señala.

El trabajador afecto a reposo parcial que tenga más de un empleador deberá realizar su jornada parcial de trabajo en la mañana o en la tarde, según se indique en la licencia, en el empleo o empleos, en que presta sus servicios en el horario señalado. Durante el período de este tipo de licencia médica, el trabajador no podrá presentar una licencia adicional extendida por otro profesional que también otorgue reposo parcial.

ARTÍCULO 7º

Corresponderá al profesional certificar, firmando el formulario respectivo, el diagnóstico de la atención del trabajador, establecer el pronóstico, fijar el período necesario para su recuperación, el lugar de tratamiento o reposo con su dirección, y teléfono; el tipo de este; si constituye o no una prórroga de una anterior; la fecha de concepción y nacimiento del hijo: la fecha y hora del accidente si es del caso y el tipo de licencia. Asimismo, deberá dejarse constancia de los datos profesionales y personales del otorgante.

Deberá extender tantas licencias por igual período o diagnóstico, como sean necesarias a aquellos trabajadores que prestan servicios a dos o más empleadores y que, por esta causa, deban presentarlas en más de un Servicios de Salud.

III Del Formulario de Licencia

ARTÍCULO 8º

Existirá un solo formulario de licencia médica para todos los trabajadores, independiente del régimen previsional, laboral o estatutario al que se encuentren afectos.

El formulario se compone de diversas secciones que se llenarán por el profesional, el trabajador, el empleador o la entidad de previsión, en su caso, y el Servicio de Salud o la ISAPRE, según corresponda.

ARTÍCULO 9º

Los Servicios de Salud proporcionarán los formularios de licencias, previo pago de su costo, a los profesionales facultados para certificarlas en el libre ejercicio de su profesión y a las oficinas o Servicios de Bienestar, Mutualidades de Empleadores y otros organismos o entidades públicas o privadas en que dichos profesionales actúen como funcionarios en la atención de trabajadores.

Los Servicios de Salud llevarán un registro de los formularios de licencias proporcionados a cada profesional o entidad indicados en el inciso anterior. Para obtener nuevos formularios, tanto el profesional como el representante del respectivo organismo o entidad, devolverán al Servicio los formularios ya utilizados.

En caso de extravío de formularios o parte de ellos, el profesional o representante del organismo o entidad correspondiente, dará cuenta a la brevedad posible de este hecho, por escrito, al Servicio de Salud que lo haya proporcionado.

ARTÍCULO 10º

Derogado.

IV DE LA TRAMITACIÓN DE LAS LICENCIAS

ARTÍCULO 11º

Tratándose de trabajadores dependientes, el formulario de licencias, con la certificación médica extendidas en la forma señalada en los artículos

precedentes, deberá ser presentado al empleador dentro del plazo de dos días hábiles, en el caso de trabajadores del sector privado y tres días hábiles, respecto de trabajadores del sector público, ambos casos contados desde la fecha de iniciación de la licencia médica.

En el caso de trabajadores independientes deberán presentar la solicitud de licencia, extendida por el médico tratante, directamente al Servicio de Salud o ISAPRE correspondiente, para su autorización.

La licencia autorizada por el Servicio de Salud o que por el transcurso del plazo correspondiente debe tenerse por autorizada de acuerdo con el artículo 25 será retirada por el interesado, para tramitarla ante la entidad responsable del pago y obtener el subsidio consecuente a menos que dicho pago corresponda efectuarlo al mismo Servicio en cuyo caso se aplicará lo dispuesto en el inciso primero del artículo 28. Para este efecto el trabajador deberá presentar, además ante el Servicio de Salud los comprobantes de sus últimas cotizaciones ante la Administradora de Fondos de Pensiones en que se encuentra afiliado, para acreditar que cumple con los requisitos establecidos en el decreto con fuerza de ley N°44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. El mismo procedimiento se aplicará para la tramitación, autorización de licencias y pago de subsidios a trabajadores independientes que no estén acogidos a las disposiciones del decreto ley N° 3.500 de 1980, y cuyo régimen previsional les otorgue derecho a subsidios por enfermedad, quienes deberán presentar ante el Servicio de Salud los comprobantes de sus últimas cotizaciones en la Institución de Previsión en la que se encuentren incorporados para acreditar que reúnen las exigencias señaladas en el decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

La licencia autorizada por una ISAPRE o que por el transcurso del plazo correspondiente, debe tenerse por autorizada, de acuerdo con el artículo 25, se tramitará íntegramente para su pago, subsidio consecuente y demás efectos

legales, ante la oficina de la ISAPRE correspondiente, de acuerdo al inciso cuarto del artículo 2º e inciso segundo del artículo 3º de este decreto.

ARTÍCULO 12º

El empleador, en el acto de recepcionar el formulario de licencia, procederá a desprender el recibo para el trabajador, el que claramente fechado y firmado se entregará al trabajador.

Este recibo servirá al trabajador para acreditar la entrega de la licencia médica dentro del plazo a que se refiere el artículo 11, como también para el cobro del subsidio a que de lugar la licencia médica autorizada.

ARTÍCULO 13º

El empleador el trabajador independiente o la entidad de previsión en este último caso procederá a completar el formulario de licencia con los datos de su individualización; afiliación previsional del trabajador, remuneraciones percibidas y cotizaciones previsionales efectuadas; indicación de las licencias anteriores de que haya hecho uso en los últimos seis meses y otros antecedentes que se soliciten.

Luego de completados los datos requeridos el empleador procederá a enviar el formulario de licencia para su autorización a la ISAPRE correspondiente o al establecimiento determinado por el Servicio de Salud en cuyo ámbito de competencia se encuentra ubicado el lugar de desempeño del trabajador, dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha de recepción por el empleador. El trabajador independiente deberá presentar licencia médica dentro de los 2 días hábiles siguientes a la fecha de emisión de ella siempre que esté dentro del período de vigencia.

Es de exclusiva responsabilidad del empleador, del trabajador independiente o de la entidad de previsión en este último caso, consignar con exactitud los antecedentes requeridos en el formulario de licencia y su entrega oportuna en el

establecimiento competente del Servicio de Salud respectivo o en las oficinas de la ISAPRE que corresponda.

La omisión por parte de estos, de antecedentes administrativos o de licencias anteriores, y las enmendaduras de la misma, serán causal de devolución de la licencia por no cumplir con los correspondientes requisitos.

ARTÍCULO 14°

Es competencia privativa de la Unidad de Licencias Médicas, de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez o de la ISAPRE en su caso, ejercer el control técnico de las licencias médicas.

ARTÍCULO 15°

Derogado.

ARTÍCULO 16°

La Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, La Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE, en su caso, podrán rechazar o aprobar las licencias médicas; reducir o ampliar el período de reposo solicitado o cambiarlo de total a parcial y viceversa. En caso de rechazo de una licencia, o de reducción o ampliación del plazo de reposo, la resolución o pronunciamiento respectivo se estampará en el mismo formulario de licencia y se dejará constancia de los fundamentos tenidos en vista para adoptar la medida.

ARTÍCULO 17°

Autorizada la licencia o transcurrido los plazos que permitan tenerla por autorizada, esta constituye un documento oficial que justifica la ausencia del trabajador a sus labores o la reducción de su jornada de trabajo, cuando corresponda, durante un determinado lapso de tiempo y puede o no dar derecho a subsidio o remuneración que proceda, según el caso.

ARTÍCULO 18°

La Unidad de Licencias Médicas resolverá acerca de todas las licencias médicas que aisladamente o en conjunto no excedan de 30 días y de las licencias pre y post natales. Si el reposo concedido excede el plazo señalado, o la patología que le da origen requiere mayor estudio o antecedentes, deberá enviarlas a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez para su resolución, previo, aviso al empleador y al afectado. Una vez resuelta la licencia médica, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez la devolverá a la Unidad de Licencias Médicas.

Las licencias por enfermedad de hijo menor se autorizarán por períodos de hasta siete días corridos, prorrogables por iguales lapsos. Cuando las licencias así prorrogadas sobrepasan de un total de treinta días corridos, el reposo posterior que se conceda podrá extenderse por todo el período que se estime necesario.

ARTÍCULO 19°

Una vez recepcionado el formulario de licencia, con indicación de la fecha, en la Unidad de Licencias Médicas, en Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez o en la oficina de la ISAPRE correspondiente, se examinará si en el se consignan todos los datos requeridos para su resolución, y se procederá a completar aquellos omitidos que obren en su poder. De no ser esto último posible, se devolverá de inmediato el formulario al empleador o al trabajador independiente, para que complete dentro del plazo de 2º día hábil siguiente. En estos casos, el computo de los plazos que establece el artículo 25 empezará a correr desde la fecha del reingreso de la licencia devuelta.

ARTÍCULO 20°

Si la recepción del formulario no mereciere observaciones, se procederá a remitirlo, en forma inmediata, a quien corresponda autorizarlo, acompañando los antecedentes de licencias anteriores registradas que obren en su poder y los demás que sean necesarios para su acertada resolución.

ARTÍCULO 21°

Para el mejor acierto de las autorizaciones, rechazos reducción o ampliación de los períodos de reposo solicitados y otras modificaciones a las licencias, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, la Unidad de Licencias Médicas o la ISAPRE correspondiente podrán disponer de acuerdo a sus medios, alguna de las siguientes medidas:

- a) practicar o solicitar exámenes o interconsultas;
- b) disponer que se visite al trabajador en su domicilio o lugar de reposo indicado en el formulario de licencia, por el funcionario que se designe;
- c) solicitar al empleador el envío de informes o antecedentes complementarios de carácter administrativo, laboral o previsional del trabajador;
- d) solicitar al profesional que haya expedido la licencia médica que informe sobre los antecedentes clínicos complementarios que obren en su conocimiento, relativos a la salud del trabajador;
- e) disponer cualquier otra medida informativa que permita una mejor resolución de la licencia médica.

Sin perjuicio de lo anterior la Comisión de Medicina Preventiva e invalidez, deberá requerir todos los demás antecedentes y exámenes que el Ministerio de Salud ordene solicitar, respecto de aquellas patologías específicas que este señale, para que la licencia pueda ser visada por períodos superiores a los que esa Secretaría de Estado determine.

ARTÍCULO 22°

En el ámbito de competencia de los Servicio de Salud, la Unidad de Licencias Médicas podrá elevar a consideración de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez los antecedentes de cualquier trabajador que se encuentre acogido al régimen de licencia médica y cuya afección se estime de naturaleza irrecuperable. Lo anterior se entiende sin perjuicio del dictamen obligatorio de dicha Comisión, en los casos establecidos por la ley y este reglamento.

Las ISAPRE en la situación de afecciones que estimen irrecuperables, podrán solicitar la declaración de invalidez del cotizante al Sistema Previsional establecido en el decreto ley N°s. 3.500, de 1980 a las Comisiones Médicas Regionales creadas por el artículo 11, del mismo texto legal, en el caso de los cotizantes que no estén afectos al sistema previsional establecido en el D.L. N° 3.500 de 1980, la ISAPRE solicitara dicha declaración de invalidez a la Comisión de Medicina Preventiva e invalidez del correspondiente Servicio de Salud.

ARTÍCULO 23°

La Unidad de Licencias Médicas, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y la ISAPRE, podrán dirigirse directamente a los trabajadores, a los profesionales que expidan las licencias, a los empleadores y a las entidades previsionales, en materias relacionadas con la autorización de las licencias médica.

ARTÍCULO 24°

La Unidad de Licencias Médicas tendrá un plazo de tres días hábiles, contados desde la fecha de recepción, para pronunciarse sobre la licencia, el que podrá ampliarse por otro período igual, en caso que los antecedentes requieran, estudio especial dejándose constancia de esta circunstancia.

Cuando a juicio del facultativo que autoriza, sea necesario un nuevo examen del trabajador o solicitar informes o exámenes complementarios, para

pronunciarse sobre la licencia, el plazo se prorrogará por el lapso necesarios para el cumplimiento de esas diligencias, decisión que deberá comunicarse al interesado y al empleador; este plazo no podrá exceder de 30 días.

La Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez tendrá un plazo de siete días hábiles para pronunciarse sobre las licencias, el que se contará desde la fecha en que el respectivo formulario se haya recepcionado en la secretaria de dicha Comisión. Este plazo podrá ampliarse por otros siete días hábiles en caso que los antecedentes requieran estudio especial, dejándose constancia de ese hecho. Cuando a juicio de la Comisión, sea necesario un nuevo examen del trabajador o solicitar informes o exámenes complementarios para pronunciarse sobre la licencia, el plazo se prorrogará por el lapso necesario para el cumplimiento de esas diligencias el que no podrán exceder de 60 días, decisión que deberá ser comunicada al interesado y al empleador.

Las ISAPRE en su caso, y previo a lo, dispuesto en el artículo 19 de este reglamento, deberán pronunciarse sobre las licencias médicas que les corresponda autorizar, dentro del plazo fatal de tres días corridos, contados desde la fecha de presentación y recepción conforme, en sus oficinas, de la respectiva licencia.

ARTÍCULO 25°

Transcurridos los términos indicados en el artículo precedente, sin que la entidad competente emita pronunciamiento respectivo sobre la licencia, esta se entenderá autorizada y se procederá a los tramites para su pago y demás efectos legales, si correspondiere.

En caso de los Servicios de Salud corresponderá al Jefe Superior del Servicio y a los Directores de los establecimientos, en su caso, fiscalizar el cumplimiento de los plazos de autorización de las licencias.

En caso de las ISAPRE corresponderá al Fondo Nacional de Salud el debido control y fiscalización de los plazos y demás actuaciones relativas a la

tramitación de licencias médicas y sus efectos en la forma que prevé la ley y este reglamento, sin perjuicio de las facultades de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez.

ARTÍCULO 26°

El pronunciamiento de la Unidad de Licencias Médicas de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez o de la ISAPRE, se estamparán en el formulario de licencia bajo la firma del profesional designado por la ISAPRE, según corresponda.

ARTÍCULO 27°

Derogado.

ARTÍCULO 28

Las licencias que dan origen al pago de subsidios por el Servicio de Salud se enviarán por la Unidad de Licencias Médicas o Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, para su pago a la Oficina de Subsidios que corresponda. Las licencias que dan origen al pago de subsidios o remuneraciones por otras instituciones, que no fueren ISAPRE, serán devueltas al empleador para su pago o remisión a la entidad que corresponda.

Las licencias médicas que correspondan a enfermedad o accidente, prórroga de medicina preventiva, maternal o por enfermedad grave del hijo menor de un año, de los trabajadores afiliados a una ISAPRE darán origen al pago de subsidios por esta entidad; los subsidios correspondientes a licencias por accidentes del trabajo o enfermedad profesional serán pagados por los Servicios de Salud o Caja de Previsión según corresponda, salvo que el trabajador este afiliado a una Mutualidad de Empleadores constituida de acuerdo a la ley N° 16.744.

V DE LA AUTORIZACIÓN DE LAS LICENCIAS POR LOS SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 29°

En los Servicios de Salud las licencias médicas serán autorizadas por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y por la Unidad de licencias médicas en los casos a que se refiere el artículo 18.

Además estas Comisiones conocerán siempre las licencias complementarias del descanso de maternidad establecidas en el artículo 182 del Código del Trabajo, que comprenden la licencia prenatal suplementaria, la licencia prenatal prorrogada y la licencia post-natal prolongada por enfermedad de la madre, así como las prórrogas de licencias de medicina preventiva otorgadas conforme al artículo 7° transitorio del decreto supremo N° 369 de 1985, del Ministerio de Salud.

Las licencias por enfermedad de un hijo menor se autorizarán por períodos de hasta siete días corridos, prorrogables por iguales lapsos. Cuando las licencias así prorrogadas sobrepasan un total de 30 días corridos, el reposo posterior que se conceda podrá extenderse por todo el período que se estime necesario.

ARTÍCULO 30°

Completadas cincuenta y dos semanas de licencia o reposo, corresponderá a la Comisión autorizar una ampliación de hasta seis meses más, previo su pronunciamiento acerca de la recuperabilidad del enfermo.

Cumplidas setenta y ocho semanas de licencia, la Comisión podrá autorizar nuevas licencias médicas, en el caso de enfermedades que tenga un curso prolongado y requieran una recuperación de más largo plazo. En esta última situación el beneficiario estará obligado a someterse a examen médico cada tres meses como mínimo.

ARTÍCULO 31°

Derogado.

VI DE LA AUTORIZACIÓN DE LAS LICENCIAS POR LAS INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL

ARTÍCULO 32°

Corresponderá a las ISAPRE la tramitación y autorización de las licencias médicas por enfermedad común, medicina preventiva, maternal y complementarias del descanso maternal a que se refieren los artículos 181 y 182 del Código del Trabajo, así como las de la madre por enfermedad grave de un hijo menor de un año que establece el artículo 185 del mismo Código, y que sirven de antecedente para el ejercicio de los derechos o beneficios legales que deben ser financiados por ellas, respecto del trabajador que hubiere celebrado contrato de acuerdo a lo establecido en los artículos 14 y siguientes del decreto con fuerza de ley N°3 de 1981, del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 33°

Para la debida calificación y autorización de las licencias médicas, el control del correcto goce de este beneficio y las otras funciones que la ley y el presente reglamento asignan a las ISAPRE, estas deberán contar con el apoyo técnico de médicos cirujanos y otros profesionales que ellas determinen.

ARTÍCULO 34°

Las ISAPRE deberán dar a conocer a los trabajadores con quienes hayan celebrado el contrato a que se refiere el artículo 14 del decreto con fuerza de ley N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud, y en su caso también a sus empleadores, la forma y el lugar en que deberán presentar las licencias médicas, para su competente tramitación y autorización.

ARTÍCULO 35°

La ISAPRE, en el momento de recibir el formulario de licencia de parte del empleador o del trabajador independiente, certificará su recepción estampando la fecha y timbre en el formulario de licencia respectivo y les entregará un comprobante que servirá para acreditar la entrega de la licencia dentro del plazo a que se refiere el artículo 13. En el caso de formularios de licencias que de acuerdo al artículo 19 sean devueltos deberá la ISAPRE al momento de reingreso de dichos formularios estampar esta fecha de recepción, para los efectos del inciso final del artículo 24.

ARTÍCULO 36°

El médico cirujano autorizado por la ISAPRE para pronunciarse sobre la autorización, modificación o rechazo de las licencias, deberá consignar bajo su firma, en el formulario de licencia, su pronunciamiento en los términos señalados en el artículo 16° de este reglamento.

De dicho pronunciamiento deberá enviarse copia timbrada, por correo certificado a los domicilios registrados por el trabajador y su empleador, o solo al registrado por el trabajador independiente, dentro del plazo de dos días hábiles, contados desde la fecha del pronunciamiento, sin perjuicio de mantener en archivo la resolución original.

El trabajador y el empleador, indistintamente, podrán solicitar a la ISAPRE, copia fidedigna de los dictámenes respectivos, la que deberá entregarlos.

ARTÍCULO 37°

Autorizada la licencia por la ISAPRE o tenida por autorizada por el transcurso del plazo establecido en el artículo 24 de este reglamento, la ISAPRE estará obligada a pagar al trabajador los beneficios estipulados contractualmente para el caso de reposo preventivo o de incapacidad laboral temporal. Estos

beneficios no podrán ser inferiores a los establecidos para un beneficiario de la Ley N° 6.174 o a los contemplados en el decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión, Social. En el caso a que se refiere el artículo 12 de la Ley N° 18.196, deberá proceder a reembolsar a las instituciones empleadoras el monto del subsidio que le habría correspondido percibir al trabajador, sin perjuicio de las excepciones legales previstas en el artículo 3° transitorio de dicha ley.

ARTÍCULO 38°

Las ISAPRE continuarán pronunciándose sobre las licencias médicas de los trabajadores que se encuentren en estudio de calificación de invalidez por las Comisiones Médicas Regionales del artículo 11° del decreto ley N° 3.500, de 1980, o por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez de los Servicios de Salud, mientras estas no emitan su dictamen sobre la invalidez o irrecuperabilidad de los afectados.

ARTÍCULO 39°

En caso que una ISAPRE rechace o modifique la licencia médica, el trabajador, o sus cargas familiares podrán recurrir ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez del Servicio de Salud que corresponda.

El mismo derecho tendrá el empleador respecto de las licencias médicas que hayan autorizado las ISAPRE, cuando estimen que dichas licencias no han debido otorgarse o sean otorgadas por un período superior al necesario.

ARTÍCULO 40°

Es competente para conocer de estos reclamos la comisión de Medicina Preventiva e Invalidez del Servicio de Salud que corresponda al lugar de desempeño del trabajador.

El plazo para interponer estos reclamos, será de quince días hábiles contados desde la recepción del pronunciamiento de la ISAPRE a que hace referencia el inciso segundo del artículo 36°.

ARTÍCULO 41°

El reclamo deberá ser presentado por escrito directamente a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez competente, señalando en forma precisa sus fundamentos. Al reclamo deberá acompañarse copia del pronunciamiento emitido por la ISAPRE que autorizó rechazó o modificó la licencia médica original y los demás antecedentes que estime conveniente agregar.

ARTÍCULO 42°

Recibido el reclamo, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, podrá remitir copia de el a la ISAPRE, requiriendo informe, el que esta deberá emitir a más tardar dentro de los tres días hábiles siguientes al requerimiento. Transcurrido dicho plazo, la Comisión resolverá el reclamo con o sin este antecedente.

ARTÍCULO 43°

La Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, dispondrá de un plazo de diez días para pronunciarse sobre el reclamo, contado desde la fecha de su presentación.

La Comisión conocerá del reclamo en única instancia y su resolución será obligatoria para las partes. Ella se notificará al reclamante y a la ISAPRE para

su cumplimiento en el plazo, condiciones y modalidades que fije la misma resolución. Copia de la resolución se enviará al Fondo Nacional de Salud, para su conocimiento y efectos legales procedentes.

ARTÍCULO 44°

En el evento que la ISAPRE no acatare lo resuelto por la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, el trabajador afectado podrá solicitar al Fondo Nacional de Salud, a través de la oficina correspondiente al lugar en que presta sus servicios o a su domicilio si es trabajador independiente, que se haga efectiva la garantía que dicha institución mantiene en ese Organismo, en la forma prevista en el artículo 9° del decreto con fuerza de ley N° 3, de 1981, del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 45°

Corresponderá al Fondo Nacional de Salud de acuerdo a sus atribuciones velar por la correcta aplicación por parte de las ISAPRE del presente reglamento y fiscalizar la forma con que ellas hacen uso de su facultad de autorizar las licencias médicas que se someten a su trámite.

Para estos efectos, el Fondo Nacional de Salud, establecerá un sistema de controles mensuales que le permita apreciar las condiciones en que se tramitan las licencias y se efectúa el debido ejercicio de las facultades que en estas materias entrega la ley y el reglamento a las ISAPRE.

En ejercicio de dicha fiscalización, el Fondo Nacional de Salud, dispondrá las medidas conducentes para que las ISAPRE le envíen información actualizada, mes a mes, del número de licencias médicas presentadas, con indicación de las autorizadas, de las modificadas y de las rechazadas, todo ello sin perjuicio de los demás antecedentes que estime necesario le sean proporcionados por las ISAPRE.

ARTÍCULO 46°

El pago al trabajador de los beneficios a que da origen la licencia médica deberá efectuarse por las ISAPRE a lo menos con la misma periodicidad que se pagan las remuneraciones del trabajador, no pudiendo en caso alguno exceder a un mes.

Dicho pago se hará contra la presentación del recibo de recepción del formulario de licencia.

ARTÍCULO 47°

Los trabajadores o sus cargas de familia, que consideren que el monto del subsidio por licencia médica obtenido de la ISAPRE es inferior al mínimo legal establecido, podrá reclamar ante la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez del Servicio de Salud correspondiente al domicilio del trabajador, de acuerdo con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 15° del decreto con fuerza de ley N°3 de 1981, del Ministerio de Salud.

El reclamo deberá ser presentado por escrito, detallando su naturaleza, acompañado del formulario de licencia, de la liquidación del subsidio, del contrato celebrado con la ISAPRE y de los otros antecedentes que se estimen pertinentes.

El trabajador tendrá un plazo de quince días hábiles, contados desde la fecha del rechazo de cancelación del subsidio o de su pago insuficiente para elevar el reclamo ante la Comisión.

VII RESPONSABILIDAD Y FISCALIZACIÓN DEL USO DE LICENCIAS

ARTÍCULO 48°

Los Servicios de Salud y las ISAPRE, deberán fiscalizar el ejercicio legítimo del derecho de licencia médica.

ARTÍCULO 49°

El profesional deberá mantener un registro de los pacientes a los cuales ha otorgado licencias médicas, con los antecedentes que le dieron origen. El profesional deberá verificar la identidad del paciente al extender la licencia.

Del mismo modo, deberá informar a las Unidades de Licencias Médicas, a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez y a las ISAPRE correspondiente, de los antecedentes clínicos que obren en su poder, en caso de que estos sean requeridos para el dictamen de autorización de la licencia dentro de las 48 horas siguientes a dicho requerimiento.

En caso que el profesional no otorgue la información requerida, el Servicio de Salud, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, o la ISAPRE, decidirán sin dicho antecedente.

ARTÍCULO 50°

Toda vez que se constate una infracción a normas legales y reglamentarias que rijan el uso, otorgamiento o autorización de licencias médicas, o cualquier otra infracción a las normas del presente reglamento, el Servicio de Salud o la ISAPRE, deberán dar cuenta al empleador, para que este haga efectiva la responsabilidad administrativa que pudiere encontrarse comprometida o para que adopte las medidas laborales que fueren procedentes, según se trate de trabajadores del sector público o privado. Además, si así correspondiere, deberán remitirse los antecedentes a la Controlaría General de la República, a la Superintendencia de Seguridad Social, a la Dirección del Trabajo o a otros organismos de control competente, para que adopten las medidas que las irregularidades observadas justifiquen.

El Servicio de Salud y la ISAPRE, deberán asimismo, efectuar la correspondiente denuncia de los hechos a la Justicia Ordinaria, en los casos que proceda, de acuerdo a lo establecido en el decreto ley N° 3.621 de 1981.

ARTÍCULO 51°

El empleador deberá adoptar las medidas destinadas a controlar el debido cumplimiento de la licencia de que hagan uso sus trabajadores. Del mismo modo, el empleador deberá respetar rigurosamente el reposo médico de que hagan uso sus dependientes prohibiéndoles que realicen cualquier labor durante su vigencia. Igualmente deberá procurar el cambio de las condiciones laborales del trabajador en la forma que determine la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez para atender al restablecimiento de su salud.

El empleador podrá disponer visitas domiciliarias al trabajador enfermo. Sin perjuicio de lo expuesto todos los empleadores y/o entidades que participan en el proceso deberán poner en conocimiento del Servicio de Salud o ISAPRE respectiva cualquier irregularidad que verifique o les sea denunciada, sin perjuicio de las medidas administrativas o laborales que estimen procedentes adoptar.

ARTÍCULO 52°

Los Servicios de Salud y las ISAPRE deberán investigar las denuncias que se le presenten acerca del otorgamiento o uso indebido de licencias médicas sin perjuicio de las inspecciones que de oficio puedan ordenar con la misma finalidad.

VIII DE LAS SANCIONES

ARTÍCULO 53°

La enmendadura de la licencia, de cualquier naturaleza que ella sea será motivo de su rechazo aún cuando se presente con la enmienda salvada por quién cometió el error.

ARTÍCULO 54°

La presentación de la licencia por el trabajador fuera de los plazos a que se refieren los artículos 11 y 13, este último en el caso del trabajador independiente habilitará al Servicio de Salud a la ISAPRE para rechazarla.

Sin embargo podrán admitirse a tramitación aquellas licencias presentadas fuera de los plazos señalados en el inciso precedente, siempre que se encuentren dentro del período de duración de la licencia y que se acredite ante el Servicio de Salud o la ISAPRE que la inobservancia del plazo de presentación se debió a caso fortuito o fuerza mayor.

ARTÍCULO 55°

Corresponderá el rechazo o invalidación de la licencia médica ya concedida, en su caso, sin perjuicio de la denuncia de los hechos a la Justicia Ordinaria si procediere, cuando el trabajador incurra en alguna de las siguientes infracciones:

- a) Incumplimiento del reposo indicado en la licencia; no se considerará incumplimiento la asistencia a tratamientos ambulatorios prescritos por el profesional que extendió la licencia, situación que deberá ser comprobada.
- b) La realización de trabajos remunerados o no durante el período de reposo dispuesto en la licencia.
- c) La falsificación o adulteración de la licencia médica.
- d) La entrega de antecedentes clínicos falsos o la simulación de enfermedad por parte del trabajador debidamente comprobada.

En estos casos el trabajador deberá devolver la remuneración o subsidios indebidamente percibidos para lo cual la entidad pagadora del subsidio lo

comunicará al empleador para los fines estatutarios o laborales a que haya lugar.

ARTÍCULO 56°

El Servicio de Salud o la ISAPRE podrán autorizar las licencias médicas presentadas fuera de plazo por el empleador o la entidad responsable y aquellas en las que estos hayan registrado antecedentes erróneos o falsos, omitido datos o adulterado su contenido, siempre que el trabajador acredite ninguna participación en estos hechos.

En estos casos será responsabilidad del empleador o entidad encargada pagar al trabajador lo que legalmente le corresponde con motivo de la licencia médica autorizada.

ARTÍCULO 57°

El Servicio de Salud o la ISAPRE darán cuenta a la Dirección del Trabajo para la aplicación de las sanciones a que haya lugar, de los casos en que un empleador permita que el trabajador continúe desarrollando labores durante el período de la licencia médica.

ARTÍCULO 58°

La certificación médica falsa que expida un profesional con ocasión del otorgamiento de una licencia médica, determinará su rechazo o invalidación, sin perjuicio de la denuncia de los hechos, de conformidad con lo establecido en el artículo 4° del decreto ley N° 3.621, de 1981, además de la denuncia directa a la Justicia del Crimen, si ello fuere procedente, y comunicara al empleador para la adopción de las medidas laboral y estatutarias que correspondan.

ARTÍCULO 59°

En caso de renuencia del profesional en la entrega de los antecedentes a que se refiere la letra d) del artículo 21, la Unidad de Licencias Médicas, la Comisión de Medicina Preventiva o la ISAPRE, decidirán sin ellos sobre la licencia.

ARTÍCULO 60°

En los casos en que el trabajador no reúna los requisitos para tener derecho a subsidio por incapacidad laboral, la licencia médica autorizada constituirá justificación suficiente para su ausencia laboral.

ARTÍCULO 61°

Derogado.

ARTÍCULO 62°

El pago de las remuneraciones o subsidios a que da origen la licencia médica solo podrá disponerse una vez que el Servicio de Salud respectivo o la ISAPRE, en su caso, hayan autorizado la correspondiente solicitud de licencia, o haya transcurrido el plazo que tienen para hacerlo, sin pronunciarse sobre ella.

ARTÍCULO 63°

La devolución o reintegro de las remuneraciones o subsidios indebidamente percibidos por el beneficiario de una licencia no autorizada, rechazada o invalidada, es obligatorio.

Sin perjuicio de lo anterior, el empleador adoptará las medidas conducentes al inmediato reintegro, por parte del trabajador, de las remuneraciones o subsidios indebidamente percibidos.

ARTÍCULO 64°

Los procedimientos establecidos en los incisos segundo y tercero del artículo 11 podrán aplicarse, según corresponda, a los trabajadores dependientes, que no

estando acogidos a subsidio de cesantía experimenten dificultades en obtener que sus actuales o anteriores empleadores cursen o suscriban los respectivos formularios. Estas situaciones serán calificadas prudencialmente por los Servicios de Salud e ISAPRE, sin perjuicio de exigir los primeros en todo caso los comprobantes de la Administradora de Fondos de Pensiones o institución previsional a que este afiliado el trabajador que acredite su derecho a subsidio por incapacidad laboral.

ARTÍCULO 65°

Para los efectos del computo de la duración de la licencia médica, los plazos que establece el presente reglamento serán de días corridos, debiendo considerarse, por ende, los días domingos y festivos.

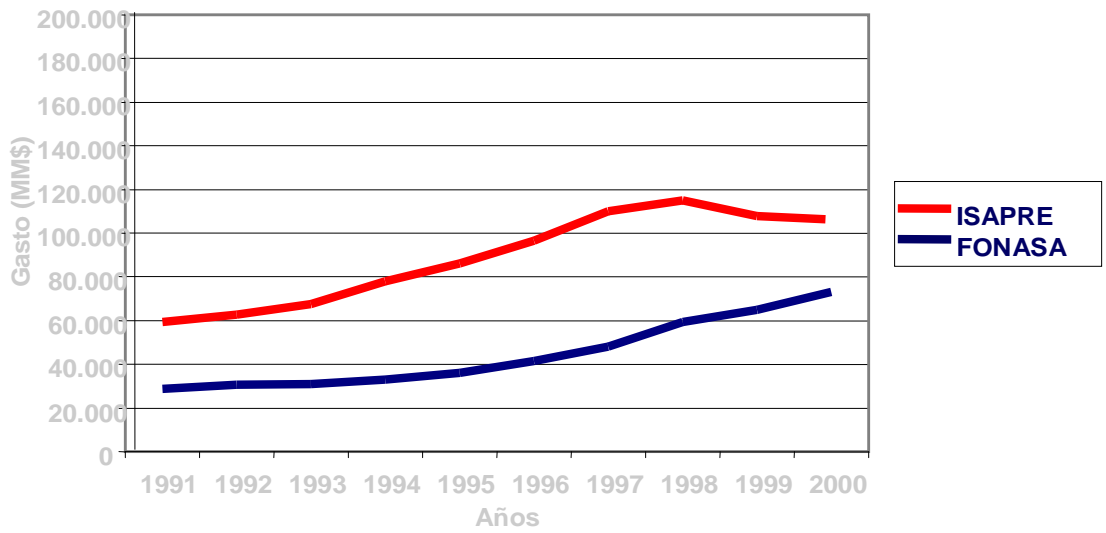
ARTÍCULO 66°

Deróganse el decreto supremo N° 202, de 1981, del Ministerio de Salud y las disposiciones de los siguientes decretos supremos, en lo que fueren contrarias o incompatibles con las contenidas en este reglamento: decreto supremo N° 402, de 1954 del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social; decreto supremo N° 1.082, de 1955, del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social; decreto N° 101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social; decreto N° 528 de 1968, del Ministerio de Salud Pública; decreto N° 1.127 de 1968 del Ministerio de Salud Pública; decreto N° 86 de 1971, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social; y, en general derógase toda norma reglamentaria, contraria o incompatible con las del presente reglamento.

ANEXOS SECCIÓN B:
“GRAFICOS”

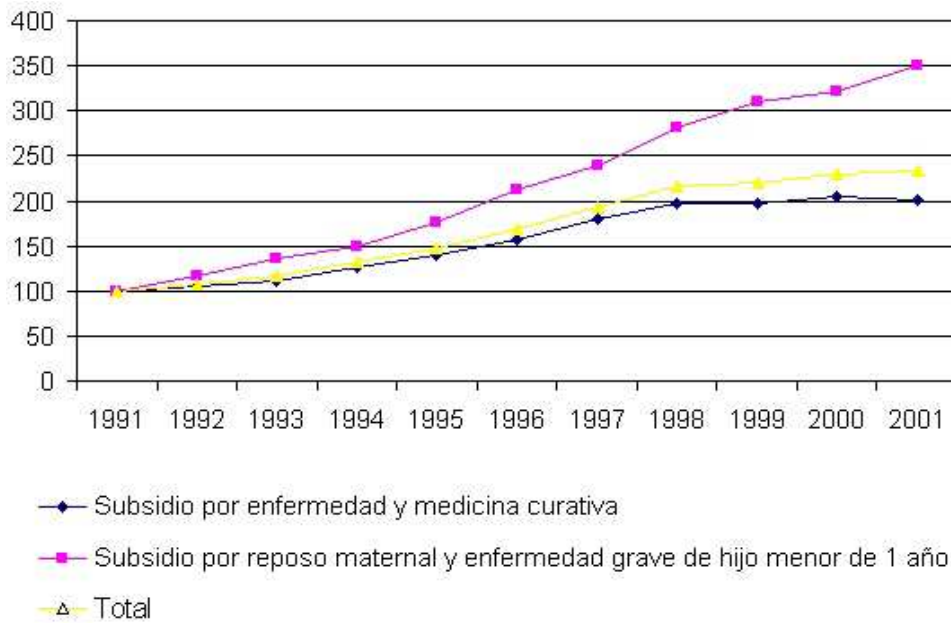
ANEXO N°1:

**(2000 MM GASTO EN SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD
LABORAL
1991- \$)**



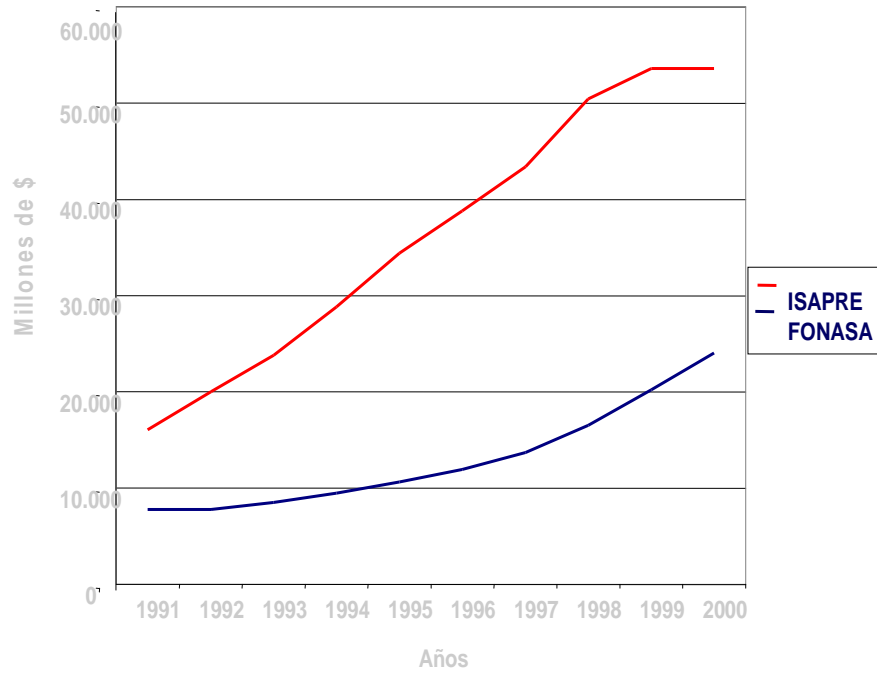
ANEXO N° 2:

Figura N° 1
Evolución Gasto en SIL según tipo de subsidio (Índice Base 1991=100)



ANEXO N° 3

**GASTO SUBSIDIOS MATERNALES E HIJO MENOR
1991 - 2000 (MM\$)**



ANEXO N° 4

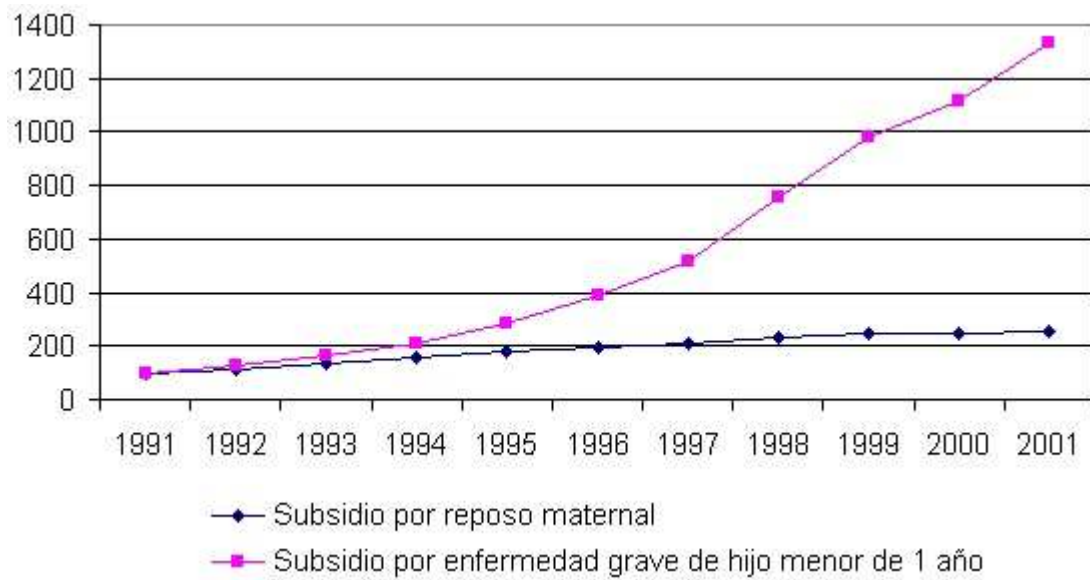
Cuadro N° 1
Gasto en SIL según tipo de subsidio (MM\$2001)

	Subsidio por enfermedad y medicina curativa	Subsidio por reposo maternal y enfermedad grave de hijo menor de 1 año	Total	% Gasto Funcional Salud
1991	89.446	24.555	114.001	
1992	94.193	28.664	122.856	19,2%
1993	99.576	33.2914	132.867	18,6%
1994	112.850	36.641	149.491	18,9%
1995	124188	43.112	167.300	20,3%
1996	140.836	52.213	193.049	21,6%
1997	161.400	58.771	220.171	23,3%
1998	176.906	68.901	245.807	24,0%
1999	175.590	75.974	251.564	23,8%
2000	182.706	78.837	261.544	22,9%
2001	179.890	85.932	265.822	21,5%
2001/1991	101%	250%	133%	

ANEXOS Nº 5

Figura Nº 2

Evolución Gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo
Menor de 1 año (Indice Base 1991=100)



ANEXOS Nº 6

Cuadro Nº 2

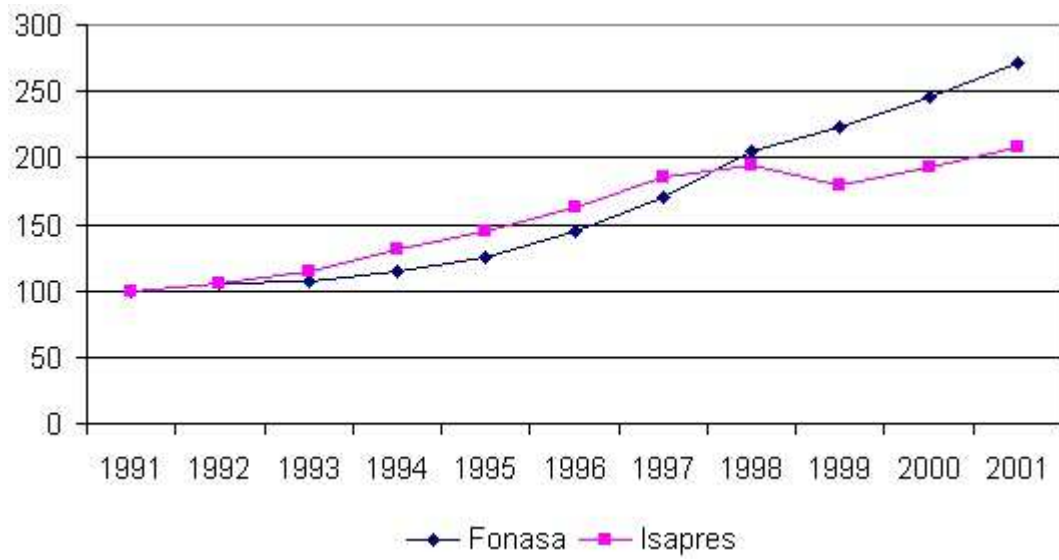
Evolución Gasto en Subsidio por Reposo Maternal y Enfermedad Grave de Hijo

Menor de 1 año (MM\$2001)

	Subsidio por reposo maternal	Subsidio por enfermedad grave de hijo menor de 1 año	Total	% Gasto Funcional Salud
1991	22.385	2.170	24.555	
1992	25.838	2.825	28.664	4,5%
1993	29.787	3.504	33.291	4,6%
1994	34.920	4.489	36.641	4,6%
1995	40.190	6.177	43.112	5,2%
1996	43.795	8.418	52.213	5,8%
1997	47.585	11.207	58.771	6,2%
1998	52.420	16.481	68.901	6,7%
1999	54.656	21.319	75.974	7,2%
2000	54.567	24.270	78.837	6,9%
2001	57.091	28.841	85.932	6,9%
2001/1991	155%	1229%	250%	

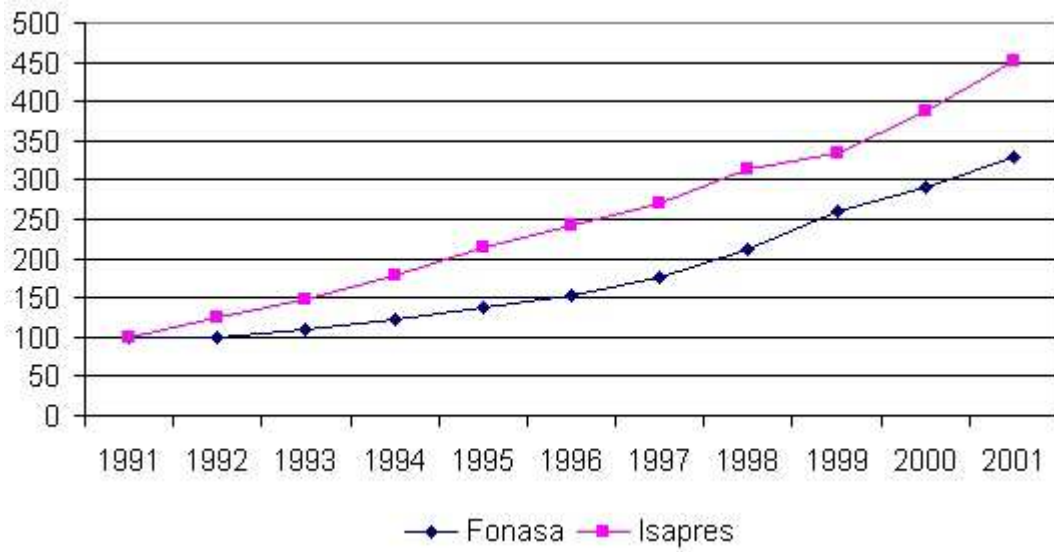
ANEXO N° 7

Figura N° 3
Evolución Gasto en SIL según tipo Seguro (Indice Base 1991=100)

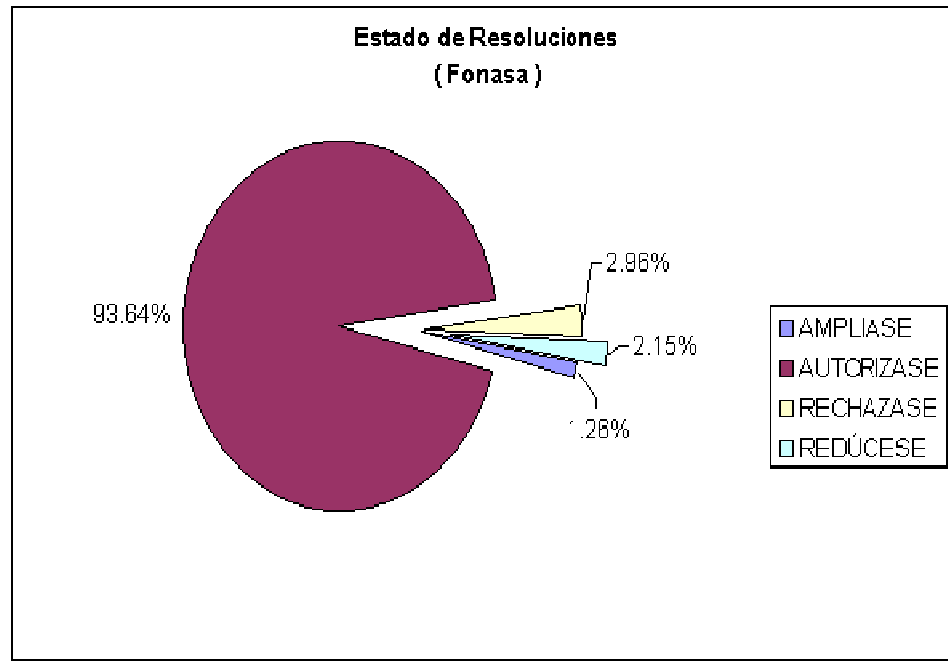
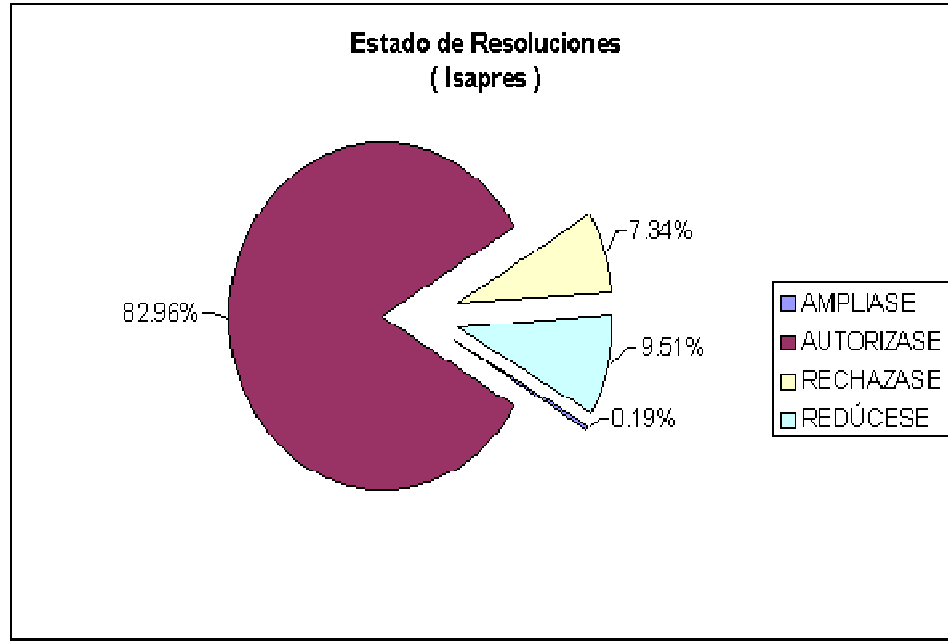


ANEXO N° 8

Figura N° 4
Evolución Gasto en Subsidio Maternal y Enfermedad Grave Hijo Menor de un
Año según tipo Seguro (Índice Base 1991=100)



ANEXO N° 9



ANEXO Nº 10

	COMPIN (Fonasa)	Contraloría Médica (Isapre)
Aprobadas	93,64%	82,96%
Rechazadas	2,96%	7,34%
Reducidas	2,15%	9,51%
Ampliadas	1,26%	0,19%

ANEXO Nº 11

