

CIRCULAR N°

SANTIAGO,

**IMPARTE INSTRUCCIONES A LOS ORGANISMOS
ADMINISTRADORES DE LA LEY N° 16.744, RESPECTO A
LA ENTREGA DE INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y
DIFUSIÓN DEL SEGURO CONTRA RIESGOS DE
ACCIDENTES DEL TRABAJO Y DE ENFERMEDADES
PROFESIONALES**

Esta Superintendencia, en ejercicio de las facultades que le confieren los artículos 2, 30 y 38 letra d) de la Ley N° 16.395; 12 y 74 de la Ley N° 16.744, imparte las siguientes instrucciones a los organismos administradores del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

I. INTRODUCCIÓN

La presente circular tiene como objetivo sistematizar, consolidar y complementar las instrucciones que esta Superintendencia ha impartido al Instituto de Seguridad Laboral a las mutualidades de empleadores (Asociación Chilena de Seguridad, Instituto de Seguridad del Trabajo y Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción) y a las empresas con administración delegada, en adelante los “organismos administradores”, sobre la entrega de información a los trabajadores, dependientes o independientes, empleadores y público en general, relativa al Seguro de la Ley N° 16.744.

En estas instrucciones se establecen las exigencias que deberán cumplir los organismos administradores para facilitar y mejorar el acceso a información relevante sobre el funcionamiento del Seguro de la Ley N° 16.744 y el otorgamiento de las prestaciones, con miras a acceder a una atención adecuada y oportuna.

II. OBLIGACIONES GENERALES

1. Toda información entregada por los organismos administradores deberá confeccionarse considerando que están destinados a orientar y resolver las posibles dudas e inquietudes de los afiliados, razón por la cual deben redactarse en un lenguaje simple y comprensible.
2. Dicha información deberá proveerse en forma permanente, esto es, no sólo al momento de la afiliación o adhesión del empleador o del trabajador independiente, sino durante toda la vigencia de dicho vínculo, utilizando para tal efecto los canales de comunicación presencial y remotos, (escrito, audiovisual, electrónico, call center, sitio web, etc.).

Toda información generada por los organismos administradores, deberá ceñirse a las disposiciones que establece la Ley N°16.744, su normativa complementaria y a las circulares impartidas por esta Superintendencia, cuando corresponda.

3. Todo medio de difusión, en soporte papel o electrónico, deberá contener el siguiente mensaje: “Ante cualquier reclamo, apelación, denuncia o disconformidad, Ud. puede dirigirse a la Superintendencia de Seguridad Social”. (www.suseso.cl).

III. DOCUMENTOS Y NORMAS GENERALES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

1. Los organismos administradores deberán mantener en todos sus centros de atención de público y en aquellos centros de atención de salud con los que mantengan convenio, un stock adecuado de formularios de Denuncia Individual de Accidentes del Trabajo (DIAT) y Denuncia Individual de Enfermedades Profesionales (DIEP), así como todos los elementos que permitan completarlos. Además deberán entregar copias de las respectivas DIAT o DIEP al trabajador.

2. Los pacientes que ingresan a los servicios médicos de un organismo administrador o de aquellos con los que tenga convenio, deberán ser advertidos que, en el evento que se determine que su dolencia es de origen común, deberán pagar el valor de las prestaciones que no sean cubiertas por su sistema previsional de salud común. (FONASA e ISAPRE).

Para ello, previo a la entrega de la atención médica, el organismo administrador pondrá a disposición del trabajador un formulario de advertencia, cuyo formato se adjunta en el Anexo N° 4 el cual deberá ser suscrito por el trabajador, en señal de conocimiento, en la medida que su estado de salud y conciencia lo permitan.

Si el trabajador se negare a suscribir dicha advertencia, o no pudiere hacerlo por cualquier otro motivo, el organismo administrador deberá dejar constancia por escrito de tal situación.

3. Los organismos administradores no podrán, en ningún caso, condicionar la atención médica de los trabajadores a la suscripción de un pagaré, ni a la entrega de un cheque en blanco en garantía, ni al abono de una cantidad de dinero en efectivo.
4. En situaciones de urgencia, es decir, cuando la condición de salud o cuadro clínico del trabajador implique riesgo vital y/o secuela funcional grave de no recibir atención médica inmediata, ésta deberá proporcionársele enseguida, sin que para ello sea menester de ninguna formalidad o trámite previo.

IV. MEDIOS DE INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN

1. MURAL OFICIAL, ÚNICO Y OBLIGATORIO

Las Mutualidades y las empresas con administración delegada, deberán mantener en todos sus centros de atención de salud y en los recintos asistenciales con los que mantengan convenio, un mural oficial. Asimismo, el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) deberá asegurar que se mantenga dicho mural en los servicios de urgencia de los hospitales de alta complejidad ubicados en la ciudad sede de la dirección del Servicio de Salud, tanto de la Región Metropolitana como en el resto de las regiones.

Este mural oficial deberá:

- a) Contener información básica sobre los derechos, obligaciones, procedimientos de denuncia de los accidentes del trabajo o de trayecto y de enfermedad profesional y sobre las instancias de reclamo. Su contenido específico, se establece en el Anexo N° 1 de esta circular.
- b) Cumplir las especificaciones técnicas, parámetros y normas de uso, de carácter obligatorio, establecidas en el Anexo N° 2 de esta Circular.
- c) Instalarse en un soporte, conforme a lo indicado en el Anexo N°2, debidamente protegido y ubicado en lugares visibles de las salas de espera, módulos de admisión u otras dependencias de acceso de los pacientes del Seguro de la Ley N° 16.744.

Para efectos de su impresión y del cumplimiento de las instrucciones establecidas en este numeral, se adjunta un pendrive con un archivo en PDF del Mural Oficial.

La impresión del mural no podrá contener el logotipo de la Mutualidad o ISL, según corresponda, ni publicidad de terceros.

2. FOLLETOS Y MATERIAL INFORMATIVO

- a) Con la finalidad de proporcionar a los beneficiarios información sobre aspectos relevantes del Seguro de la Ley N° 16.744, las mutualidades de empleadores y el ISL deberán mantener folletos o material informativo, en formato electrónico o papel, a la vista y a disposición del público, en forma gratuita, en todos sus centros de atención y en los recintos asistenciales con los que mantengan convenio.
- b) Los documentos deberán contener, al menos, las preguntas y respuestas establecidas en el Anexo N° 3 de esta circular. No obstante, podrán contener información adicional sobre los mismos tópicos, siempre que se ajusten a las disposiciones establecidas en la Ley N° 16.744 y su normativa complementaria, y a las instrucciones de esta Superintendencia. Además, los organismos administradores deberán proporcionar y poner a disposición de las entidades empleadoras y de los trabajadores independientes afiliados o adheridos, material informativo utilizando para dicho efecto los documentos referidos en la letra a) precedente y otros medios de difusión, tales como, afiches, lienzos, folletos y/o cartillas explicativas impresas, correos electrónicos, medios de difusión audiovisual, envío de mensajería de texto, etc.
- c) Dicho material informativo tiene por objeto entregar información sobre la cobertura del Seguro de la Ley N° 16.744, los procedimientos de denuncia, dónde dirigirse y qué hacer, en caso de un accidente del trabajo o de trayecto o de una enfermedad profesional e información preventiva pertinente, según los riesgos de la actividad económica de la entidad empleadora de que se trate.
- d) Los documentos deberá señalar el nombre y logotipo de la institución y no podrán contener ningún tipo de publicidad de terceros.
- e) Los organismos administradores deberán proporcionar a las entidades empleadoras y a los trabajadores independientes dicho material informativo, dentro del primer mes de vigencia de la adhesión o dentro del mes siguiente a aquél en que se registre la primera cotización, tratándose de entidades empleadoras o trabajadores independientes afiliados al ISL.
- f) Sin perjuicio de lo anterior, este material se deberá mantener actualizado y a disposición por vía electrónica y/o papel, de las entidades empleadoras y a los trabajadores independientes mientras subsista el vínculo de adhesión o afiliación, debiendo remitir dicho material con una frecuencia de a lo menos una vez al año. De igual modo, deberá enviar la misma información a los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad de sus entidades empleadoras adheridas o afiliadas.

3. LETREROS Y AVISOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES DE SALUD

- a) Las Mutualidades de Empleadores deberán mantener en el exterior de todos sus centros de atención de salud un letrero que permita la identificación del centro y en caso de ser necesario la señalética adecuada. Dicho letrero deberá contener el logo y nombre del Organismo Administrador respectivo. El diseño gráfico,

dimensiones y ubicación física de este letrero, deberá permitir su visibilidad a toda hora desde la vía pública.

- b) Asimismo, en el exterior de todos los centros de salud de las mutualidades en que no exista atención continua y permanente de público deberán mantener un aviso que indique los centros de atención de salud alternativos, el que deberá ser visible a toda hora del día y cumplir con las demás exigencias establecidas en la letra anterior.

Este aviso deberá contener, al menos, la siguiente información debidamente actualizada:

- i. Identificación del centro asistencial, días y horarios de atención.
- ii. Datos de los centros de atención de salud con los que mantiene convenio de atención médica fuera de su horario de funcionamiento, precisando dirección, teléfonos de urgencia, días y horario de funcionamiento, ordenados según la distancia a que se encuentren del centro, señalando primero el más cercano.
- iii. Para las situaciones de urgencia vital deberá señalar el centro de atención más cercano.

Si varía alguno de los datos incluidos en dicho aviso, la información deberá ser actualizada en un plazo máximo de cinco días hábiles.

4. SERVICIOS POR INTERNET Y CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA (CALL CENTER)

- a) Con el objetivo que las Mutualidades y el ISL extiendan su cobertura de atención de público y hagan más eficiente la entrega de información, deberán contar con un sitio web (con o sin sucursal virtual) y con un centro de atención telefónica operado por personal especializado y debidamente capacitado, de acuerdo a lo señalado en el N° 1 del Título V de esta circular.
- b) El sitio web deberá tener una interfaz interactiva de configuración simple y clara, de fácil comprensión y operación para los usuarios, con el objeto de facilitar la obtención de los servicios que los organismos administradores ponen a su disposición a través de este medio.
- c) El sitio web deberá:
 - i. Ofrecer información interactiva para los usuarios y público en general.
 - ii. Informar sobre el procedimiento a seguir en caso de accidentes del trabajo, accidente de trayecto y de enfermedades profesionales y permitir la descarga de los formularios de Denuncia Individual de Accidentes del Trabajo (DIAT) y Denuncia Individual de Enfermedades Profesionales (DIEP)
 - iii. Permitir al empleador y al trabajador independiente afiliado obtener *on line* un certificado de adhesión o afiliación, así como de su tasa de accidentabilidad u otra información, precisando a qué data corresponde.

- iv. Informar respecto de los centros de atención de salud, a nivel nacional, indicando dirección, horarios de atención, teléfonos, el tipo de prestaciones que otorgan, destacando los que brindan atención a pacientes de urgencia.
- v. Difundir en forma destacada en su sitio web los diferentes medios para formular reclamos.
- vi. Informar en su página de inicio que, en caso de disconformidad con la atención o las resoluciones del organismo administrador, pueden dirigir sus reclamos a esta Superintendencia. Para tal efecto, deberán publicar en dicha página, lo siguiente:

“USTED PUEDE APELAR O RECLAMAR ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL EN LOS SIGUIENTES CASOS:

 - Calificación del origen del Accidente o Enfermedad
 - Derecho a Prestaciones Médicas y calidad de las mismas
 - Declaración de invalidez, según Ley N°16.744, apelación a resolución de la COMERE
 - Revisión Cálculo de Beneficios: Pensión de Invalidez, Indemnización y Subsidios Ley 16.744
 - Alza o Rebaja de la cotización adicional diferenciada
- vii. Los servicios y/o información que los organismos administradores proporcionen a través del sitio web deberán estar disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana, salvo que por razones técnicas justificadas o de fuerza mayor, se vea afectada su continuidad.

V. SERVICIOS DE ATENCIÓN PRESENCIAL Y REMOTO

1. Los organismos administradores deberán contar en sus centros de atención de salud, con personal debidamente instruido y capacitado, para atender en forma adecuada y oportuna los requerimientos, dudas o inquietudes, que los trabajadores y empleadores les formulen sobre la cobertura del Seguro de la Ley N° 16.744, su normativa legal y complementaria, incluida las circulares o instrucciones impartidas por esta Superintendencia.

Aquellos organismos que tengan convenio con prestadores médicos externos, deberán estipular en los contratos de prestación de servicios respectivos, que dicho prestador deberá brindar las facilidades necesarias para que su personal sea capacitado por el organismo administrador sobre la cobertura del Seguro de la Ley N° 16.744.

Cabe hacer presente, que la celebración de los citados convenios no exime en caso alguno de responsabilidad a los organismos administradores frente a esta Superintendencia, debiendo mantener a su disposición copias de los convenios celebrados y todos los antecedentes y documentación que ellos originen.

2. Sin perjuicio de lo establecido en el número anterior, y sin que lo reemplace en forma alguna, los organismos administradores podrán brindar atención de público a través de otros canales de comunicación, tales como medios electrónicos, informáticos o audiovisuales que dispongan para cumplir con esta función. Para ello, podrán hacer uso

de correos electrónicos, mensajería de texto, centro atención telefónica, apoyo audiovisual, sitio web, redes sociales, entre otros.

El personal destinado a la atención de los requerimientos formulados a través de estos canales de comunicación, deberán ser capacitados por los organismos administradores en los mismos términos señalados en el primer párrafo del número precedente.

3. Las personas que atiendan público o reciban consultas a través de los canales señalados, deberán contar con la preparación técnica suficiente, las competencias y las habilidades necesarias para ejercer funciones de atención de público. Para ello, los organismos administradores deberán capacitar al personal en el desarrollo de estas competencias y habilidades.

El referido personal siempre deberá informar al usuario, que ante una disconformidad le asiste el derecho de reclamar, apelar o denunciar ante la Superintendencia de Seguridad Social www.suseso.cl, debiendo proporcionar copia de toda la información relevante para efectuar dicha reclamación, preservando siempre la privacidad de la información de carácter personal, conforme a la Ley N° 19.628.

Los organismos administradores otorgarán una atención eficiente y oportuna a los afiliados y usuarios, para lo cual deberán disponer de un sistema de administración de turnos o gestión de colas, tanto en los centros de atención de público, como en los canales de atención remotos (call center, correo electrónico etc.), dependiendo del volumen de demanda.

Dicho sistema de administración tendrá por objetivo gestionar el tiempo de atención, conocer y administrar los tiempos efectivos de espera y deserción (tasa de abandono) de los usuarios, tanto en los centros de atención de público, como en los otros canales de atención. La información de que disponga el sistema indicado deberá encontrarse siempre a disposición de esta Superintendencia.

VI. RECLAMOS RELATIVOS A LOS SERVICIOS DE ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN

1. Para los efectos de esta circular, se entenderá por reclamo el requerimiento formulado por trabajadores, empleadores u otros beneficiarios del Seguro de la Ley N° 16.744, con la finalidad de manifestar su disconformidad respecto a la orientación y/o información proporcionada por los organismos administradores.
2. La respuesta al reclamo deberá señalar la decisión, precisar sus fundamentos y cuando corresponda, indicar las medidas que se implementarán para evitar que la situación se repita.

Los reclamos relativos a los servicios de orientación e información deberán resolverse y notificarse al reclamante dentro del plazo máximo de 10 días hábiles, contados desde su presentación.

3. Los reclamos podrán ser presentados, por escrito, en los centros de atención público o mediante su envío por correo postal, electrónico o a través del sitio web.

Asimismo, podrán formularse a través del call center, para cuyo efecto los organismos administradores deberán poner a disposición de los usuarios una línea 800 ó 600.

El reclamante al momento de ingresar su reclamo podrá elegir el medio de notificación de la respuesta. De no especificar un medio, las notificaciones deberán realizarse por vía postal.

4. Para la presentación de los reclamos, los organismos administradores deberán poner a disposición de los reclamantes, en soporte electrónico o papel, formularios diseñados especialmente para su interposición.
5. Al momento de su ingreso, los organismos administradores deberán asignar al reclamo un número de identificación y entregar al reclamante un documento o comprobante, donde conste, al menos, su identidad, una breve descripción del problema, su fecha de presentación y la identidad del funcionario que lo recibió, cuando corresponda.

Dicho número de identificación servirá para efectuar su seguimiento.

6. Los organismos administradores deberán contar con un Sistema de Gestión de Reclamos, en adelante el sistema, con el objetivo de atenderlos y resolverlos en forma eficaz y eficiente.
7. Para el cumplimiento de dicho objetivo, el sistema deberá dar soporte permanente a los distintos canales de comunicación, de modo que se pueda conocer en todo momento, el estado en que se encuentran los reclamos y efectuar un control de las soluciones ofrecidas.
8. El sistema deberá contar con un registro de reclamos. Las variables de este registro, así como la periodicidad y forma en que deberán enviarse a esta Superintendencia, serán instruidas por este Servicio, durante el año en curso.

VII. VIGENCIA

La presente Circular entrará en vigencia desde el primer día del tercer mes siguiente al de su publicación.

A contar de la misma fecha se derogan las Circulares N°s. 2.238 y 2.377, de esta Superintendencia.

**CLAUDIO REYES BARRIENTOS
SUPERINTENDENTE**

DISTRIBUCIÓN

Se adjuntan 4 Anexos

- Mutualidades de Empleadores
- Instituto de Seguridad Laboral
- Empresas con Administración Delegada
- Subsecretaría de Previsión Social
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud
- Servicios de Salud

ANEXO N° 1

CONTENIDO DEL MURAL UNICO Y OBLIGATORIO

1.- ENCABEZADO

“Si usted sufre un accidente del trabajo o enfermedad profesional, tiene derecho a los beneficios del Seguro de la Ley N° 16.744”

2.- PREGUNTAS Y RESPUESTAS

	PREGUNTA	RESPUESTA
1	¿Qué es el Seguro de la Ley N° 16.744?	<ul style="list-style-type: none">• Es un seguro social que otorga prestaciones médicas y económicas, gratuitas a los trabajadores, en caso de accidente del trabajo o enfermedad profesional.• Este seguro es obligatorio para todo empleador.
2	¿Quiénes son las personas protegidas por este 07 de julio de 2015 Seguro?	<ul style="list-style-type: none">• Los trabajadores dependientes desde el primer día que comienzan a trabajar, y• Los trabajadores independientes, siempre que se encuentren al día en el pago de las cotizaciones.
3	¿Cómo acceder al Seguro?	Denunciando el accidente o la enfermedad profesional ante el organismo administrador (ACHS, IST, Mutual de Seguridad o ISL), los Servicios de Salud o en la empresa con administración delegada.
4	¿Quiénes deben denunciar un accidente del trabajo o una enfermedad profesional?	<ul style="list-style-type: none">• El empleador es el principal obligado, debiendo denunciarlo dentro del plazo de 24 horas.• Si éste no denuncia, debe hacerlo el trabajador, sus familiares, el médico tratante, el Comité Paritario de Higiene y Seguridad o cualquier persona.
5	¿Cómo denunciar?	Completando el Formulario de Denuncia Individual de Accidente (DIAT) o de Enfermedad Profesional (DIEP), el que debe ser puesto a disposición por el organismo administrador.
6	¿Cuáles son las prestaciones del Seguro?	<ul style="list-style-type: none">• Médicas: Todas las necesarias para lograr la recuperación de la salud.• Económicas: Subsidios, indemnización o pensión de invalidez.• Preventivas: Asistencia técnica en prevención, capacitación y vigilancia.

7	¿Dónde puedo reclamar o hacer consultas?	<p>En la Superintendencia de Seguridad Social:</p> <ul style="list-style-type: none">• Oficina de Santiago y regiones. Direcciones disponibles en www.suseso.cl;• Ingresando directamente el reclamo o consulta en www.suseso.cl;• Formulando sus consultas al call center 02 26204500 -02 264204400.
---	--	---

3. FRASE FINAL

“No es necesario dejar un cheque en blanco, pagaré u otro medio de garantía al momento de su atención.”

BORRADOR

ANEXO N° 2

MURAL OFICIAL, UNICO Y OBLIGATORIO

Ley N° 16.744, Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo
y Enfermedades Profesionales

BORRADOR

Superintendencia
de Seguridad
Social

SI USTED SUFRE UN ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL, TIENE DERECHO A LOS BENEFICIOS DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744

¿Qué es el Seguro
de la Ley N° 16.744?



• Es un seguro social que otorga prestaciones médicas y económicas, gratuitas a los trabajadores, en caso de accidente del trabajo o enfermedad profesional.

• Este seguro es obligatorio para todo empleador.

¿Quiénes son las
personas protegidas
por este Seguro?



• Los trabajadores dependientes desde el primer día que comienzan a trabajar; y

• Los trabajadores independientes, siempre que se encuentren al día en el pago de las cotizaciones.

¿Cómo acceder
al Seguro?



• Denunciando el accidente o la enfermedad profesional ante el organismo administrador (ACHS, IST, Mutual de Seguridad o ISL), los Servicios de Salud o en la empresa con administración delegada.

¿Quiénes deben denunciar
un accidente del trabajo
o una enfermedad profesional?



• El empleador es el principal obligado, debiendo denunciarlo dentro del plazo de 24 horas.

• Si éste no denuncia, debe hacerlo el trabajador, sus familiares, el médico tratante, el Comité Paritario de Higiene y Seguridad o cualquier persona.

¿Cómo denunciar?



• Completando el Formulario de Denuncia Individual de Accidente (DIAT) o de Enfermedad Profesional (DIEP), el que debe ser puesto a disposición por el organismo administrador.

¿Cuáles son las
prestaciones
del seguro?



• Médicas: Todas las necesarias para lograr la recuperación de la salud.

• Económicas: Subsidios, indemnización o pensión de invalidez.

• Preventivas: Asistencia técnica en prevención, capacitación y vigilancia.

¿Dónde puedo reclamar
o hacer consultas?



En la Superintendencia de Seguridad Social:

• Oficina de Santiago y regiones. Direcciones disponibles en www.suseso.cl

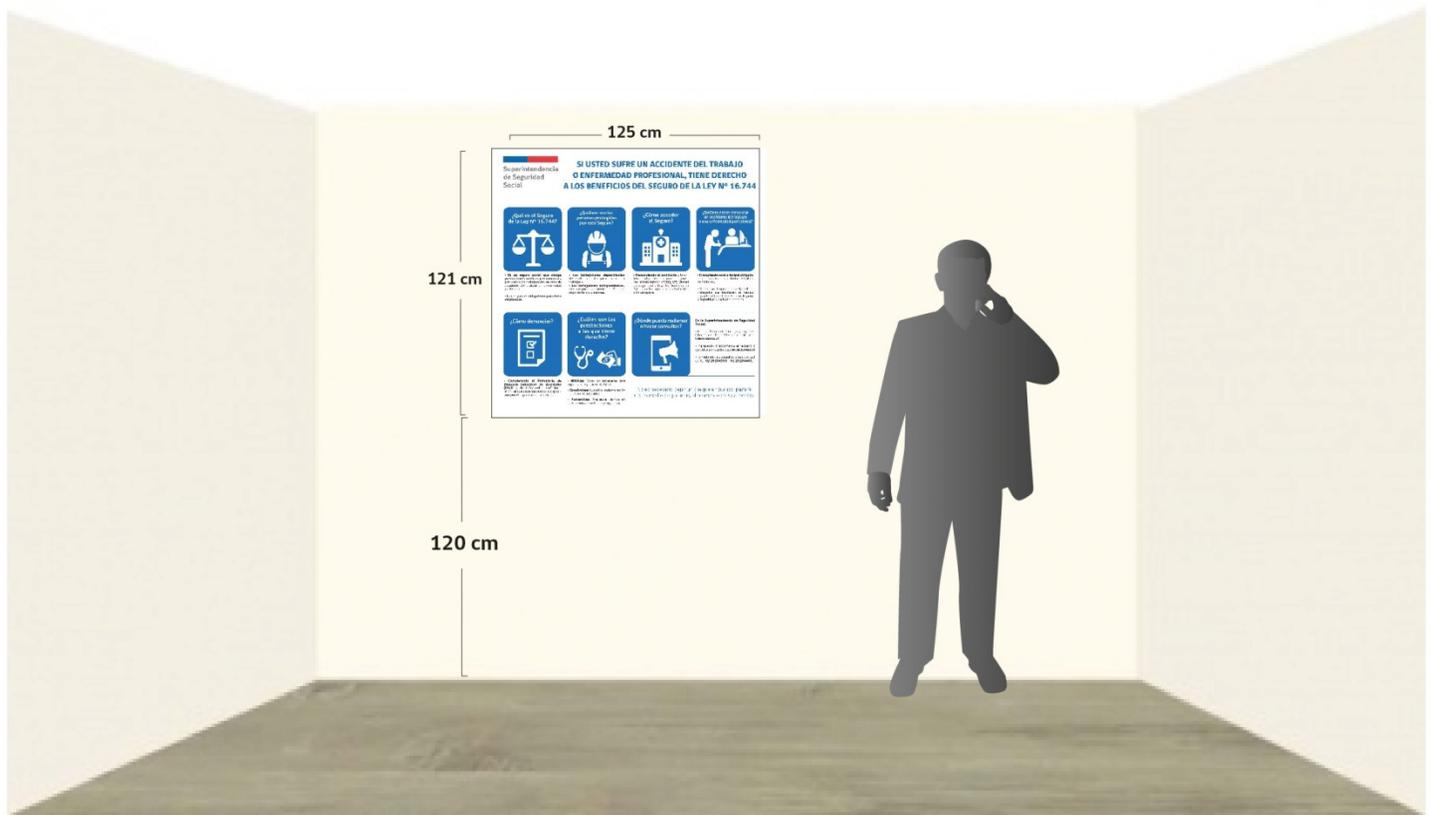
• Ingresando directamente el reclamo o consulta en www.suseso.cl

• Formulando sus consultas al call center 02 26204500 - 02 26204400.

No es necesario dejar un cheque en blanco, pagaré u otro medio de garantía, al momento de su atención.



Características y ubicación del Mural Oficial



Material

El mural debe ser impreso en cuatro colores (4/0), en papel bond de 200 gramos.

Ubicación

Debe ser ubicado en un lugar que permita una buena visibilidad y legibilidad.

Para una correcta lectura, se recomienda colocarlo a una altura superior a 120 centímetros sobre el suelo, pudiendo ser ésta inferior si la distancia entre el margen superior del mural y el techo, es inferior a 10 centímetros.

SopORTE

El mural deberá ser instalado entre dos láminas de acrílico, en un soporte con pernos.

Los márgenes del acrílico con pernos deberán ser superiores a los de impresión del mural (121x125 cms.)

ANEXO N° 3

CONTENIDO DE LOS FOLLETOS

I. PRIMER FOLLETO

“COBERTURA Y PRESTACIONES DEL SEGURO DE LA LEY N° 16.744”

¿Qué es el Seguro de la Ley N° 16.744?

Es un seguro de salud que otorga prestaciones médicas y económicas a los trabajadores que sufran un accidente del trabajo o contraigan una enfermedad profesional.

Este seguro es de carácter obligatorio para todo empleador.

¿Quiénes son las personas protegidas?

- Todos los trabajadores dependientes
- Los trabajadores independientes que perciben rentas del artículo 42 N° 2 de la Ley de Impuesto a la Renta y los restantes trabajadores independientes que coticen para dicho Seguro
- Los estudiantes que realicen trabajos que signifiquen una fuente de ingreso para el plantel
- Los dirigentes sindicales en el ejercicio de sus actividades gremiales

¿Desde cuándo tengo derecho a la cobertura del Seguro?

Usted está cubierto por el seguro desde el primer día en que comienza a trabajar para un empleador desde que inicia el trayecto entre su habitación y su lugar de trabajo, aun cuando no haya firmado el contrato de trabajo.

¿Qué cubre el Seguro?

Los accidentes del trabajo, los accidentes de trayecto y las enfermedades profesionales.

¿Qué es un accidente del trabajo?

Es toda lesión que un trabajador sufra **a causa** o **con ocasión** del trabajo que realice y que le produzca incapacidad o muerte.

Para que una lesión constituya un accidente del trabajo, tiene que tener relación directa (“a causa”) o indirecta (“con ocasión”) con la actividad laboral que usted desempeña.

Ejemplo 1, es un accidente “**a causa**” del trabajo: la lesión que un auxiliar de aseo sufre al resbalar y caer mientras limpiaba el piso de su lugar de trabajo.

Ejemplo 2, es un accidente “**con ocasión**” del trabajo: la lesión que un trabajador sufre al quemarse mientras consume café durante su jornada laboral.

¿Qué es un accidente de trayecto?

Son los accidentes que ocurren en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo.

Se entiende que el trayecto es *directo*, cuando es racional y no interrumpido por razones de interés personal, a menos que la interrupción por esta causa sea habitual y obedezca a una necesidad real. Tal es el caso por ejemplo, si en el trayecto de ida o regreso al lugar de trabajo, usted se desvía todos los días para dejar o retirar a sus hijos del colegio.

Asimismo, son accidentes del trayecto los que ocurren en el desplazamiento, de ida o regreso, entre su lugar de trabajo y su habitación, cuando usted se traslada a esta última para efectuar su colación.

También son accidentes de trayecto los que usted sufre cuando se desplaza entre dos lugares de trabajo de distintos empleadores. En este caso, es la Mutualidad de Empleadores, el Instituto de Seguridad Laboral o la empresa con administración delegada del empleador hacia donde se dirigía, el que debe otorgarle todas las prestaciones médicas y económicas que correspondan.

¿Qué es una enfermedad profesional?

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

¿Cuáles son las prestaciones del Seguro?

Prestaciones médicas, prestaciones económicas y prestaciones preventivas.

Prestaciones preventivas

El empleador es el principal obligado en materia de prevención por lo que debe tomar todas las medidas necesarias para proteger eficazmente la vida y salud de los trabajadores, manteniendo condiciones adecuadas de higiene y seguridad en las faenas y proporcionando gratuitamente los implementos necesarios para prevenir accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Por su parte, corresponde a los organismos administradores evaluar las necesidades de capacitación de las empresas y asesorarlas en la eliminación o control de las causas de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales.

Prestaciones médicas

Si usted ha sido víctima de un accidente del trabajo o le han diagnosticado una enfermedad profesional, tiene derecho al otorgamiento *gratuito*, mientras subsistan los síntomas de sus secuelas, a las siguientes prestaciones: atención médica, quirúrgica y dental; hospitalización; medicamentos y productos farmacéuticos; prótesis y aparatos ortopédicos; rehabilitación física, reeducación profesional; y los gastos de traslado, cuando sea necesario.

Prestaciones económicas

Son prestaciones en dinero que tienen por objeto reemplazar las remuneraciones o rentas de los trabajadores que se encuentran incapacitados para trabajar, en forma temporal o permanente, producto de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional.

Las prestaciones económicas del Seguro de la Ley N° 16.744, son las siguientes:

- Subsidios por incapacidad laboral
- Indemnización global
- Pensión de invalidez parcial
- Pensión de invalidez total
- Pensiones de sobrevivencia

¿Quiénes tienen derecho a subsidios por incapacidad laboral?

Los trabajadores que se encuentran incapacitados temporalmente para trabajar producto de un accidente o de una enfermedad de origen laboral.

¿Por cuánto tiempo se puede percibir subsidios por incapacidad laboral?

Usted tiene derecho a este beneficio desde el día en que ocurrió el accidente o se comprobó la enfermedad y hasta la curación o declaración de invalidez.

Dicho beneficio se puede recibir por un plazo máximo de 104 semanas, pero si al término de ese plazo usted permanece incapacitado para trabajar, el organismo administrador deberá otorgarle transitoriamente una pensión de invalidez total y una vez que su tratamiento médico finalice, evaluar si es que presenta una incapacidad presumiblemente permanente.

¿En qué consiste la indemnización global y quiénes tienen derecho a este beneficio?

Es una suma de dinero que se paga de una sola vez o en mensualidades, a los trabajadores que presentan una incapacidad permanente igual o superior a un 15% e inferior a 40%.

El monto de la indemnización varía según el porcentaje de incapacidad diagnosticado y fluctúa entre 1,5 y 15 veces el sueldo base.

Se entiende por *sueldo base* el promedio de las remuneraciones o rentas sujetas a cotización, percibidas por el trabajador en los seis meses calendario inmediatamente anteriores al accidente del trabajo o al diagnóstico de la enfermedad.

¿Quiénes tienen derecho a una pensión de invalidez parcial?

Los trabajadores a quienes se les ha diagnosticado una incapacidad presumiblemente permanente igual o superior a un 40% e inferior a 70%.

¿Quiénes tienen derecho a una pensión de invalidez total?

Los trabajadores a quienes se les ha diagnosticado una incapacidad presumiblemente permanente igual o superior a un 70%.

¿A cuánto equivale el monto de la pensión de invalidez?

El monto de las pensiones de la invalidez parcial y total, equivalen a un 35% y un 70% del *sueldo base*, respectivamente.

¿Quiénes tienen derecho a pensión de sobrevivencia?

Tendrán derecho a este beneficio, la cónyuge sobreviviente, la madre de los hijos de filiación no matrimonial, el viudo inválido y los hijos del trabajador fallecido y a falta de éstos, los ascendientes y demás descendientes que le causaban asignación familiar, en los términos y condiciones que la Ley N° 16.744 establece.

¿Dónde puedo reclamar en caso de disconformidad en el otorgamiento de estas prestaciones?

“Ante cualquier reclamo, apelación, denuncia o disconformidad, Ud. puede dirigirse a la Superintendencia de Seguridad Social” (www.suseso.cl).

Tratándose de disconformidad en el porcentaje asignado a su incapacidad, Ud. debe reclamar primero ante la Comisión Médica de Reclamos (COMERE).

II. SEGUNDO FOLLETO

¿QUÉ HACER EN CASO DE OCURRIR UN ACCIDENTE DEL TRABAJO, DE TRAYECTO O ENFERMEDAD PROFESIONAL?

¿Qué debe hacer ante un accidente del trabajo?

Si el accidente ocurre en el lugar de trabajo y Ud. se encuentra en condiciones como para dar aviso de lo sucedido, debe avisar inmediatamente, por cualquier medio, a su jefe o supervisor directo.

Su empleador deberá prestarle los primeros auxilios y derivarlo oportunamente al servicio médico más cercano de la mutualidad donde se encuentre adherido (ACHS, Mutual de Seguridad o IST), o al servicio médico que corresponda, si el empleador está afiliado al Instituto de Seguridad Laboral (ISL).

Si su accidente es GRAVE (riesgo vital y/o secuela funcional grave) usted puede ser trasladado para su primera atención a un centro de salud que no sea de su mutualidad o de los que tienen convenio con el ISL.

¿Quiénes deben denunciar un accidente del trabajo, de trayecto o una enfermedad profesional?

Su empleador es el principal obligado.

Si éste no denuncia puede hacerlo usted mismo, sus familiares (derecho-habientes), el médico tratante o el Comité Paritario de Higiene y Seguridad de su empresa, o cualquier persona que haya tenido conocimiento de los hechos.

¿Qué plazo tiene el empleador para denunciar?

El empleador debe denunciar dentro de las 24 horas desde que tomó conocimiento del accidente o desde que el trabajador le manifestó presentar síntomas de una enfermedad profesional.

¿Cómo denunciar?

Se debe completar el Formulario de Denuncia Individual de Accidente (DIAT) o de Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP), según corresponda, los que deberán estar disponibles en su empresa o en cualquier centro de atención de la Mutualidad donde se encuentra adherido su empleador o del Instituto de Seguridad Laboral (ISL), en los Servicios de Salud y en las empresas con administración delegada.

¿Qué hacer ante un accidente de trayecto?

En caso de no requerir ambulancia, usted debe acudir al centro de salud de la Mutualidad (ACHS, Mutua de Seguridad o IST) a la que se encuentra adherida su empresa, o a algunos de los centros con los que ISL tiene convenio y explicar a su ingreso que se trata de un accidente de trayecto. Además debe informar a su empleador tan pronto sea posible.

Si su accidente es GRAVE (riesgo vital y/o secuela funcional grave) usted puede ser trasladado para su primera atención a un centro de salud que no sea de su mutualidad o de los que tienen convenio con el ISL.

¿Qué documentos presentar en caso de un accidente de trayecto?

Usted debe presentar una declaración sobre las circunstancias en que ocurrió el accidente, precisando día, hora, lugar y acompañar medios de prueba tales como testigos, parte policial u otros.

Si usted no cuenta con otros medios de prueba, su declaración puede constituir un medio de prueba suficiente siempre que detalle la fecha, la hora, el lugar, cómo ocurrió el accidente (caída, golpe, choque, atropello, etc.) su posible causa (desnivel en el piso, poca visibilidad, etc.), la parte del cuerpo lesionada, el tipo de lesión (torcedura, fractura, herida cortante etc.), y contenga, por tanto, datos que permitan comprobar el hecho.

¿Qué tengo que hacer en caso de sufrir una enfermedad profesional?

Informar a su empleador quien tendrá un plazo de 24 horas para hacer la denuncia al ISL o a la Mutualidad correspondiente, a través del formulario de Denuncia Individual de Enfermedad Profesional (DIEP).

Su empleador debe enviarlo al centro asistencial de la mutualidad o ISL, según corresponda, para que lo evalúen y le realicen los exámenes necesarios para determinar si su enfermedad es de origen laboral, es decir, causada directamente por el trabajo que desempeña, o si es de origen común.

III. TERCER FOLLETO

“CALIFICACIÓN DEL ORIGEN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD PERMANENTE”

¿Quién debe determinar si su accidente o enfermedad es laboral o común?

El ISL o la Mutualidad, según corresponda, deben pronunciarse al respecto.

¿Qué ocurre si la mutualidad de empleadores o el ISL resuelven que su accidente o enfermedad es común?

En ambos casos, la mutualidad o el ISL deben derivarlo a su sistema previsional de salud común (FONASA o ISAPRE), para que usted continúe su tratamiento médico.

Si al momento de derivarlo, usted debe mantenerse en reposo, deberán emitirle una licencia médica para que la presente ante su régimen de salud común.

Si usted no está de acuerdo con el carácter común de su accidente o enfermedad ¿Ante quién y cómo puede reclamar?

Usted puede reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social, por los siguientes medios:

- Acudiendo a calle Huérfanos N° 1360, primer piso, de lunes a viernes de 8:40 a 13:30 horas;
- En sus oficinas regionales cuyas direcciones se indican en el sitio web www.suseso.cl;
- Ingresando su reclamo a través del señalado sitio web.

¿Quién evalúa la incapacidad permanente provocada por un accidente del trabajo o de trayecto?

Si su empleador está afiliado al ISL, usted deberá ser derivado a la COMPIN competente para que declare y evalúe si presenta una incapacidad presumiblemente permanente.

Si su empleador se encuentra adherido a una mutualidad, es ésta la que debe declarar y evaluar su incapacidad.

¿Quién evalúa la incapacidad permanente en caso de enfermedad profesional?

La COMPIN competente, independientemente de que su empleador cotice en el ISL o en una mutualidad de empleadores.

¿Ante qué entidades puedo reclamar de la evaluación de su incapacidad permanente derivada de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional?

En contra de lo resuelto por la COMPIN o la mutualidad, usted puede reclamar ante la Comisión Médica de Reclamos (COMERE) y de lo que ésta resuelva, apelar a la Superintendencia de Seguridad Social, dentro del plazo de 90 y 30 días hábiles, respectivamente.

¿Son revisables las declaraciones de incapacidad permanente?

Sí, las declaraciones de incapacidad son revisables por mejoría, agravación o error en el diagnóstico.

BORRADOR

FORMULARIO DE ADVERTENCIA

Fecha: día /mes /año

Yo,___ (nombre completo), Rut _____, trabajador de la empresa _____, declaro que previo a recibir atención médica por la dolencia de origen presuntamente laboral, he sido advertido que en caso que mi accidente o enfermedad no sea calificado como de origen laboral, deberé pagar a _____ (Mutualidad o ISL, según corresponda), el valor de las prestaciones otorgadas que no sean cubiertas por mi sistema previsional de salud común (FONASA o ISAPRE).

Firma trabajador

Firma funcionario admisión

BORRADOR