RAMO: SEGURIDAD SOCIAL

UNIDAD I

LA SEGURIDAD SOCIAL

CLASE 01

1. HISTORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

La seguridad social va más allá del ámbito legal, ya que se trata de un tema en que el ordenamiento jurídico es un complemento. Así, existe una diversa gama de disciplinas que lo estructuran, como la asistencia social, la macro y micro economía, la salud, la antropología, la política, el derecho, entre otras. Estas se engranan para afrontar el "riesgo social", de tal manera que este hecho no se convierta en un "siniestro".

Dicho esto, se puede desprender que el fin de la seguridad social es la cobertura del riesgo, de la "contingencia", inherente a la vida humana.

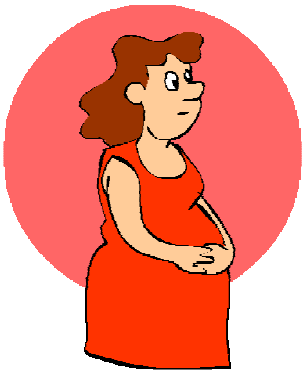
Los primeros hechos, siniestros o eventos que fueron objeto de protección social fueron la muerte, la invalidez, y las distintas clases de enfermedades asociadas. Estos, para que fueran protegidos por este régimen o sistema, debían ser necesariamente hechos imprevistos que trajeran aparejado una pérdida en el patrimonio de la persona.

Después de que la seguridad social cubrió estas circunstancias se determinó que se tenía que ampliar el espectro al cual debía llegar la cobertura de esta disciplina, ya que muchas veces la contingencia no significaba una perdida de lucro, si no que constituía una carga, como ser madre o padre, casarse, educar a los hijos, etc.; es así como se genera un marco regulador que protegiera estos hechos.

De esta manera, la seguridad social evoluciona, protegiendo los hechos que provocaban una necesidad, los que pasaron a ser una preocupación en el ámbito de la política y de toda la sociedad.

El fin de la seguridad social pasa a ser de esta manera la cobertura de un estado de necesidad, al cual puede verse expuesto un sujeto en su vida o en su relación laboral, para así dar un orden y una estabilidad a la comunidad, buscando el bien común, principio rector del derecho.

El Convenio 102, adoptado en el año 1935 por la Organización Internacional del Trabajo es el sustento del régimen de seguridad social. Establece que los países que se acogen a él deben legislar y hacer obligatorios las normas mínimas de beneficios cuando ocurre una contingencia social que acarrea una carga para una persona o trabajador. Este convenio señala riesgos que deben cubrirse por la legislación de cada país: enfermedades, vejez, el ámbito maternal, situación de invalidez, muerte, la cesantía, las distintas cargas familiares y los riesgos que se generan a consecuencia de desarrollar una profesión u oficio.



Estas normas mínimas de protección han sido adoptadas por el ordenamiento jurídico chileno, siendo recogidos por el Derecho Laboral y de Seguridad Social, llegando a las últimas reformas impartidas por los gobiernos de turno.

Las contingencias y el riesgo social.

El objetivo de la seguridad social justamente es la cobertura de las contingencias y riesgos sociales, por lo que se necesita conocer ambos conceptos.

La idea de contingencia viene de la noción de riesgo, la cual es utilizada en los contratos de seguro, esto porque los primeros hechos protegidos (muerte, invalidez y enfermedad) reunían los requisitos necesarios para catalogarlos como riesgo. Se debía tratar de hechos futuros e inciertos, que escaparan de la voluntad del afectado y que produjeran un daño o perjuicio para el beneficiario.

La seguridad social se desarrolló a partir de estos acontecimientos para proteger todos los casos de necesidades que por su causa y efecto generaban preocupación en el mundo político-social. De esta forma, se empieza a hablar de contingencia, vocablo que resulta más amplio que el de riesgo, reservándose esta última expresión para los hechos más dañinos. La legislación chilena no advierte tal diferencia.

Los conceptos de contingencia y de riesgo son, más que jurídico, de carácter social, porque en ellos intervienen factores que en conjunto tocan a toda la sociedad.

Resulta necesario señalar que riesgos y contingencias sociales determinan el contenido de la seguridad social en sí y se trata de hechos que el sujeto debe afrontar a lo largo de su vida. Cuando estas circunstancias se vuelven realidad crean diversas consecuencias, sin embargo, la consecuencia más común es la pérdida de ingresos para el afectado.

Cobertura histórica de los riesgos y contingencias sociales.

A través de la historia los hombres se han ocupado de solucionar las consecuencias generadas por el riesgo, a través de varios medios, que en su mayoría han sido ineficaces, hasta llegar al desarrollo de los *"seguros sociales"*, hasta llegar, finalmente, a la seguridad social.

Es de esta manera que, en una época de la historia, tuvo gran relevancia la asistencia familiar, como una forma de aliviar los efectos generados por un estado de necesidad. Una gran función también es desarrollada por la caridad cristiana, la asistencia privada, la beneficencia pública y la asistencia del Estado. En esta materia, el ahorro de las personas pasó a ser muy relevante para la solución de los efectos de una contingencia social.

Una gran manera de cubrir las necesidades de las personas fue creada en la edad media, a través de las *"sociedades de socorro mutuo o mutualidades*". Estas entidades representaban una evolución que culminó en el concepto de un espíritu de solidaridad entre

las personas que se exponían a los mismos riesgos y contingencias. Se trataba de organizaciones sin fines de lucro integradas por sujetos que pertenecían, en su mayoría, a un trabajo profesional determinado, que tenían como objetivo reunir dinero de manera colectiva, a través del pago de cuotas, con la finalidad de protegerse mutuamente por medio de ayuda económica y médica, en especial cuando sus integrantes sufrían alguna enfermedad o morían.

Durante cierta época de la historia salió a la luz la *"teoría de la responsabilidad patronal o del riesgo profesional".* Esta idea tenía como principal sustento el hecho que el empleador tenía la responsabilidad frente a los accidentes que sufrían sus trabajadores dentro del recinto de trabajo, por lo tanto, debía responder y afrontar los gastos que ésta situación significaba. Esta teoría fue muy criticada porque el "patrón" tenía esa responsable, aún cuando la culpa o negligencia que ocasionaba el accidente haya sido del trabajador.

Frente a esa idea, surgieron los *"seguros privados"*, los que constituyen un tema de gran relevancia para los actuales sistemas de seguridad social que se han desarrollado en todo el mundo.

Las instituciones señaladas demuestran la gran preocupación de la sociedad por solucionar las consecuencias generadas por los estados de necesidad que afectan a sus nacionales. Sin embargo, las buenas intenciones se han encontrado con una gran cantidad de problemas, dentro de los que se pueden enumerar los siguientes:

a) Falta de recursos materiales.
b) Baja cobertura de las contingencias que realmente importan.
c) La inestabilidad, el financiamiento de los sistemas de seguridad social.
d) Gran parte del sustento de los sistemas sociales quedaba entregado a la buena voluntad de sus afiliados.

Las limitaciones enunciadas significaron continuar buscando las soluciones a esos dificultades, dando lugar a la creación de los llamados *"seguros sociales"* y posteriormente a la *"Seguridad Social".*

Fundamento de la seguridad social.

Esta disciplina es el punto culmine en la evolución de las soluciones que buscan cubrir los riesgos y las contingencias sociales.

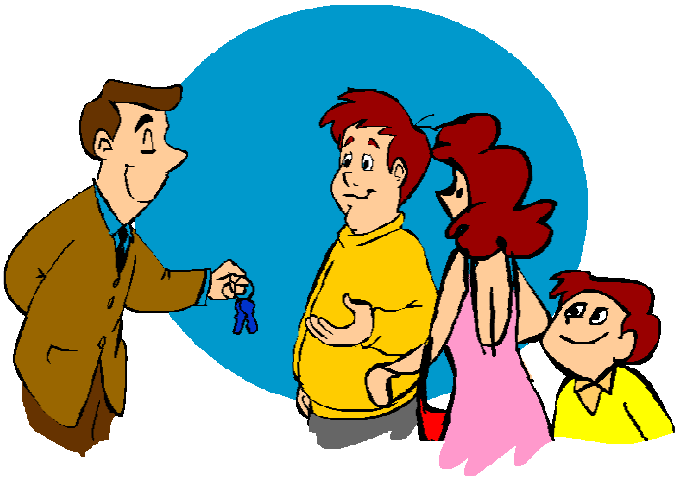
Cualquiera que sea la doctrina que fundamente la seguridad social se puede sostener que todo sujeto tiene derecho a la vida y a su integridad física y síquica. Pese a esto, las remuneraciones que perciben las personas no siempre son suficientes para dar cobertura a las consecuencias que puede generar una contingencia social. Frente a esta insuficiencia, es el Estado, a través de todos sus órganos, quien debe garantizar protección de sus nacionales a lo largo de toda su vida.

La seguridad social como política de Estado.

Esta materia no es uniforme en cuento a su tratamiento, frente a lo que se han generado claramente dos tendencias: una amplia y otra restringida.

a) Tendencia amplia.

Según esta, seguridad social tiene un contenido muy extenso, ya que su finalidad sería, en último término, la cobertura de todos los estados de necesidad, logrando una gran distribución del dinero. Por este motivo y bajo el prisma de esta tendencia, se incluiría en la seguridad social a los seguros sociales, las prestaciones familiares, la asistencia social, las políticas de remuneraciones, de empleo, de vivienda, de analfabetismo, de redistribución de ingresos y, en general, todos los programas sociales que el Estado pueda establecer a favor de sus habitantes.



Esta amplia tendencia tuvo gran recepción en Chile dentro de la comisión de reforma de la seguridad social en Chile del año 1964, que intentaba generar las nuevas directrices de todo el sistema previsional chileno, a través del documento conocido como el *"Informe Prat".*

b) Tendencia restringida.

Muchos otros autores señalan una visión más acotada de la seguridad social. Según esta postura, esta disciplina estaría conformada fundamentalmente por los seguros sociales y por la asistencia social, tendencia que nace a consecuencia de directrices ordenadas por Organización Internacional del Trabajo y que fueron compartida por diversos autores que, hasta ese entonces, tenían distintos puntos de vista, pero presentan como característica fundamental la idea de no confundir a la seguridad social con las políticas socioeconómicas de un Estado, a fin de desarrollar de manera precisa su contenido.

La seguridad social como disciplina jurídica.

El régimen previsional de todos los Estados se componen de manera básica con la regulación de todas las estructuras, instrumentos u organismos creados con el objetivo de dar a los sujetos una protección garantizada a través de todas las herramientas implementadas por el derecho.

Las instituciones jurídicas se han desarrollado de tal manera que cada vez protegen de mejor manera las contingencias sociales, para esto se han creado diversas instituciones como seguros médicos, administradoras de pensiones o de fondos de ahorro previsional, cajas de previsión que benefician a determinados trabajadores.

De esta manera, el derecho a la seguridad social regula la organización, función y atribuciones de los órganos que protegen a la población frente a los estados de necesidad, la coordinación entre ellos y los beneficios que entregarán a los beneficiarios, así como la responsabilidad que les cabe frente a ellos.

Relación que existe entre la seguridad social y el derecho del trabajo.

Con anterioridad a la Segunda Guerra Mundial primaba la idea de que la seguridad social era parte integrante del derecho laboral, esto obedecía al hecho histórico que la persona protegida por ambas disciplinas era el trabajador dependiente. Esto se fundamentaba en que no existía un sistema social instaurado como un todo, sino que se creaban distintos regímenes, aislados, que intentaban dar cobertura a las contingencias sociales.

Con la creación de la seguridad social como un sistema distinto y de amplia normativa, mucho más que la simple previsión social, cambió de manera radical el enfoque. De esta manera como se empieza a configurar el dogma que la seguridad social es una rama totalmente independiente al derecho del trabajo.

Distintas ramas dentro de la seguridad social.

No existe acuerdo en cuanto a cuáles son las instituciones de la seguridad social. Las doctrinas, básicamente, se centran en 4 pilares, que son considerados como parte esta disciplina, estas son las siguientes:

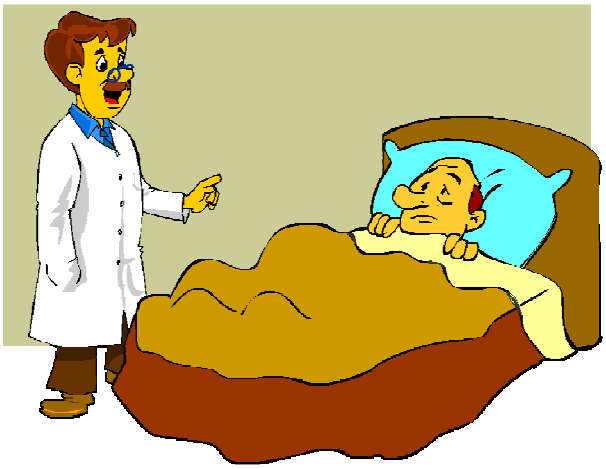
- La medicina social.
- La asistencia social.
- Los seguros sociales.
- Los servicios sociales.

CLASE 02

Las cuatro divisiones de la seguridad social se pasan a estudiar de manera detallada a continuación.

a) La medicina social.

Esta rama es la encargada de proporcionar las condiciones de salud y su financiamiento a los miembros de un Estado.



En esta materia tiene que definirse qué se entiende por salud, y la Organización Mundial de la Salud define esta condición como el estado de bienestar físico, síquico y social, lo que no se refiere sólo a la no existencia de enfermedades.

La medicina social se encarga de la salud de los habitantes de un Estado, por medio de su organización, desarrollando medios que no sólo se refieren al bienestar de los individuos considerados individualmente, si no que generando condiciones generales en las cuales los sujetos pueden desarrollar sus actividades de manera segura.

Esta labor, en Chile, se lleva a cabo por el Servicio Nacional de Salud.

b) La asistencia social.

Es la rama de la seguridad social que se encarga de implementar las condiciones mínimas de vida a los integrantes de la comunidad, que, por causas fuera de su voluntad, se encuentran en situación de ver gravada su subsistencia física, síquica y socio-económica.

La asistencia social busca proporcionar condiciones básicas y dignas de vida a las personas que, en determinada época no se encuentran en condición de dar solución a sus problemas de sobrevivencia.

Se hace imperioso no caer en la confusión entre los conceptos de asistencia social, con beneficencia pública. Lo que diferencia a ambas ramas es que en la primera se genera un derecho para reclamarla, en la segunda, en cambio, se trata de un acto meramente caritativo y voluntario, sin que se genere una facultad que permita exigir su cumplimiento.

No se debe pensar que la asistencia social sólo tiene como objetivo proteger al indigente, ya que, para caer bajo su amparo, sólo es necesario haber sufrido un perjuicio económico, social o física de cierta magnitud. Si el sujeto cae en alguno de los hechos señalados deberá ser protegido por los organismos que configuran en seguro social, si no es así entrará a jugar su rol la asistencia social, al menos esta es la idea más reciente de la seguridad previsional.

En Chile, la asistencia social se ha plasmado en las pensiones asistenciales, que se consagran en la Ley 15.386 y en el Decreto Ley 869.

c) Los seguros sociales.

Institución que busca proteger a los trabajadores en caso que estos caigan en un estado de necesidad que comprometa sus ingresos. Esto se logra a través de la prestación de determinados beneficios garantizados por el Estado.

Es una rama de la seguridad social esencialmente económica, cuyo objetivo es proteger al trabajador y a su familia, sosteniendo en el tiempo su capacidad económica en caso de cesantía, pero también ampara a la familia de este en el caso de su fallecimiento.

Este sistema no tiene fines de lucro o, al menos, esta fue una de sus directrices cuando se inició, ya que la contribución del trabajador es de vital importancia para su financiamiento, donde el Estado tiene participación en una porción menor y bajo ciertas circunstancias.

Los primeros seguros sociales obligatorios nacen en Alemania hacia finales del siglo XIX y fueron una invención de su Canciller, don Otto Von Bismarck. El régimen fue imitado casi instantáneamente por el resto de los países europeos.

La seguridad social como rama del derecho es bastante reciente en comparación con otras disciplinas, pero sus instituciones presentan varios antecedentes históricos, es así, como en Roma ya se conocían los *"colegios"*, los que reunían a personas que realizaban labores similares, cuya finalidad era la cobertura de lo que hoy se llama riesgo y contingencia social. También se encuentran las *"gildas"*, que eran organismos existentes dentro de la edad media, los cuales buscaban el auxilio mutuo de sus integrantes. Luego, en el siglo XII nacen las *"cofradías"*, que dieron origen a los *"gremios"*, las cuales eran instituciones de carácter previsional.

Toda la evolución culmina con las primeras leyes dictadas en materia de seguridad social, las cuales entran en vigencia en Alemania hacia fines del 1800, entre las cuales se encontraban las siguientes:

-Ley sobre el seguro de enfermedad, del año 1883.

-Ley sobre accidentes del trabajo, de 1884.

-Ley sobre invalidez y vejez, de 1889.

Todas estas normas fueron dictadas durante el período del Canciller alemán Otto Bismarck, a quien se le conoce como padre de los seguros sociales.

Es así, como en el año 1911, se funden las distintas disposiciones previsionales alemanas vigentes hasta esa época y se crea el *"Código de Seguros Sociales".* Sin embargo, este cuerpo legislativo no tuvo buena recepción ni en empleadores, ni en trabajadores, ya

que no se comprendió nunca su importancia fundamental. A pesar de ello, aquel código se transformó en el primer régimen obligatorio de seguros sociales.

El sistema alemán rápidamente fue copiado por el resto de países del viejo continente, los cuales dictaron sus propios sistemas legislativos en materias sociales, dentro de los cuales se encontraba:

- Hungría y Austria entre los años 1887 y 1907.
- Noruega, entre 1894 y 1909.
- Suecia, en el año 1913.
- España en el año 1908, donde se crea el Instituto Nacional de Previsión; y en 1919 se dicta la Ley que establece el retiro obligatorio del obrero.

Luego del fin de la Primera Guerra Mundial, en el año 1919 nace la OIT (Organización Internacional del Trabajo), institución que ha hecho una labor notable en materia de seguridad social, buscando expandir su campo de aplicación al máximo.

CLASE 03

Elemento que configuran la relación jurídico-social. **.**

Se presentan diversas características que hacen que entre el ámbito jurídico y la seguridad social exista una fuerte conexión, entre las cuales se pueden encontrar las siguientes:

- Obligación de la afiliación.

Se materializa en el hecho que un trabajador, por incorporarse a la fuerza laboral de un país, automáticamente se encontrará incorporado a su sistema previsional. Los beneficios directos asegurados por el Estado son las pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia. Estas prestaciones estatales generan derechos y obligaciones para las partes, en especial la obtención de los beneficios sociales entregados por las instituciones previsionales y la obligación de cotizar que tiene el trabajador.

- Las cotizaciones previsionales.

Esta obligación nace de forma paralela a la afiliación y consiste en el pago periódico de una cantidad de dinero, con las que se financia el sistema de seguros sociales en Chile.

El Estado puede aportar en esta materia, pero son el empleador y el trabajador los llamados a realizar esta obligación, la que genera un derecho, que es el recibir los beneficios previsionales.

- Las Prestaciones.

Son los beneficios sociales que los organismos administradores de la seguridad social dan a los afiliados cuando estos cumplen los requisitos legales para ello.

Desde la concepción clásica de prestaciones es que se han distinguido siempre 3 tipos de prestaciones, las cuales son las siguientes:

1. Prestaciones en dinero, las que tienen por objetivo mantener la continuidad de las remuneraciones frente a un posible término o grave disminución en la capacidad económica del trabajador, la que se ha producido por el evento de una contingencia social.

2. Las prestaciones en especies; estas se caracterizan porque lo que se entrega es el bien necesario que sirve para hacer frente al estado de necesidad. Un ejemplo de esto lo encontramos en la entrega de aparatos ortopédicos o terapéuticos necesarios para la rehabilitación de un trabajador que ha sufrido un accidente en las faenas.
3. Los servicios. También son un tipo de prestaciones, las que están constituidas por una actividad del hombre. En este caso son esenciales las prestaciones de educación, de rehabilitación y las médicas.

d) Los seguros sociales.

Es la rama de la seguridad social que tiene como objetivo promover, regular y entregar los beneficios complementarios de las prestaciones generales, que obtienen algunos grupos de trabajadores, como consecuencia de su situación especial de trabajo.

En esta categoría entran los distintos servicios de bienestar con los que cuentan la mayoría de las empresas, las que dan beneficios adicionales o complementarios a los trabajadores, entre los cuales se pueden encontrar los siguientes:

- Préstamos para la adquisición de viviendas.

- Préstamos de auxilio.

- Bonificaciones de carácter médico.

- Becas de perfeccionamiento.

Esta institución se financia con los aportes que hacen todos los trabajadores de una misma faena, los que pasan a configurar un fondo común, hecho por los mismos afiliados.

Otras veces, los recursos se obtienen a través de la negociación colectiva, ya que, a través de esta, es el propio empleador el que otorga los beneficios que sirven para afrontar los estados de necesidad.

Principios fundamentales que configuran la seguridad social.

Actualmente la seguridad social es parte del derecho, hecho que nadie pone en discusión. Sin embargo aquello, la legislación al respecto está diseminada a través de la dictación de muchas normas, lo que no configuraría una rama orgánica del derecho, si no que un cúmulo de cuerpos legislativos aislados.

A pesar de ello, la seguridad social es una disciplina jurídica que tiene principios sobre los cuales se sustenta. Estos, tomando en consideración su mayor o menor aplicación dentro de un Estado, determinan la legislación social característica de ese país.

Los principios a los que se hace referencia han sido consagrados por los diversos ordenamientos jurídicos, por lo que se han consagrado de manera uniforme y universal como directrices generales de carácter social, estos son los siguientes.

- Universalidad.
- Solidaridad.
- Integridad o integralidad.
- Eficacia o suficiencia.
- Unidad o uniformidad.
- Subsidiariedad.

1. *Principio de la universalidad.*

Este admite la siguiente clasificación: universalidad objetiva y universalidad subjetiva.

a) Universalidad Objetiva.

Según este principio, la seguridad social debe dar cobertura frente a todos los riesgos y a todos los estados de necesidad generados por cualquier contingencia social. Esto no quiere decir que abarque todo el sistema previsional, por el contrario, en virtud de este

principio, se determinan claramente los hechos que permitirían obtener los beneficios sociales establecidos de manera clara por el ordenamiento jurídico-social de cada país.

b) Universalidad subjetiva.

Señala que la seguridad social debe proteger los riesgos determinados a todos los habitantes de un Estado, no importando nacionalidad, trabajo realizado, rango etario o ingresos percibidos.

Este principio se materializa con la siguiente frase: *"a todos los ciudadanos se les debe proteger contra la misma miseria".*

Esta directriz ha tenido gran repercusión en la legislación chilena, lo que se ejemplifica con la dictación de la Ley N° 4.054 de 1924, sobre Seguro Obrero Obligatorio de Enfermedad, Invalidez y Vejez, la que confirió cobertura frente a esos riesgos a todos los trabajadores, incluyendo a los campesinos y los servidores domésticos, con lo que se hacía una excepción a la postura seguida hasta esa época, que era dejar fuera de la protección a esos trabajadores.

Actualmente se encuentra vigente este principio, ya que la seguridad social protege tanto a los trabajadores dependientes del sector privado y a los servidores públicos.

2. *Principio de la solidaridad.*

Según este principio cada sujeto debe realizar aportes tomando en consideración sus facultades económicas, con el objetivo que estos se unan al que realizan el resto de los integrantes de una comunidad, para hacer frente a los estados de necesidad que sobrevengan.

Esto queda de manifiesto en el viejo adagio: *"cada persona aporta según su capacidad y recibe según su necesidad".*

La solidaridad existe en la medida que los ingresos se distribuyan entre los miembros de un Estado, ya que es una herramienta efectiva para lograr la redistribución de los ingresos.

3. *Principio de la integridad.*

De acuerdo a este principio, la seguridad social no sólo debe establecerse como una rama legislativa que entregue beneficios frente a las consecuencias de una contingencia social, sino que, además, debe afrontar 4 funciones fundamentales:

- Función preventiva. La seguridad social debe intentar evitar que se produzca un estado de necesidad.

- Función recuperadora. La seguridad social debe devolver al beneficiario el estado en el cual se encontraba antes que se materializara la contingencia social.
- Función reparadora. Esta busca dar el amparo de carácter material que el afectado necesita.
- Función rehabilitadora. Tiene como objetivo reincorporar al trabajador a la actividad económica o a la fuerza laboral.

4. *Principio de la eficacia o suficiencia.*

Los beneficios que entrega la seguridad social deben ser eficaces y oportunas, o sea, deben asegurar la mantención de la capacidad económica del beneficiario afectado por la contingencia social, y esta debe ser digna, acorde con la situación que el sujeto tenía antes de producirse el estado de necesidad.

Si este principio se concretara efectivamente, el trabajador no tendría ningún interés de reincorporarse a su trabajo, ya que se conformaría con la prestación que el Estado le entregaría, que sería igual a la remuneración que obtenía mientras trabajaba. Por este motivo es que este principio se aplica en menor medida de lo que debería, ya que siempre debe ser un incentivo volver a trabajar, puesto que con ello se está dinamizando la producción y la economía del país.

5. *Principio de la uniformidad o de la unidad.*

Las prestaciones otorgadas por la seguridad social deben ser únicas y uniformes es decir, las contingencias sociales deben ser cubiertas de la misma manera para todos los habitantes de un país, sin importar ni su color político, ni edad, etnia a la cual pertenecen, etc.

En este sentido, los diversos organismos administradores de la seguridad social en Chile deben estar coordinados, con el objetivo de crear redes que configuren un sistema único y uniforme de beneficios, de tal manera que sea prácticamente lo mismo obtener beneficios de una entidad que de otra.

6. *Principio de la subsidiariedad.*

Este principio señala que la seguridad social no debe encaminar a la exclusión de la responsabilidad que cabe a cada uno de los miembros de un Estado. Que haya una legislación social encargada de entregar beneficios que aplaquen los estados de necesidad, no significa que al trabajador se le desligue de su responsabilidad de protegerse para no ser víctima de una contingencia social, es más, el beneficiario es muy responsable en cualquier régimen previsional, ya que el financiamiento de este depende del cumplimiento del trabajador en el pago de sus cotizaciones. Además, se parte de la base que cada persona debe ser capaz de solucionar sus dificultades y cuando le sea absolutamente imposible se activará todo el sistema de seguridad social que irá en su directa ayuda.

Concepto de Seguridad Social.

Rama de la legislación encargada de preveer y dar cobertura efectiva a los distintos tipos de estados de necesidad sociales que se presentan tanto en la vida de un sujeto, así como en el desarrollo de una actividad remunerada.

CLASE 04

1.1.- Concepto de los fines de la seguridad social.

La seguridad social es una disciplina que tiene como único fin la cobertura de los estados de necesidad. Estos pueden presentarse a lo largo de toda la vida de la persona, en el desarrollo de cualquier actividad, ya que todos los hechos humanos llevan un riesgo implícito. Por este motivo es que se hace imperiosa la necesidad de conocer algunos conceptos necesarios para entender el objetivo ya enunciado de la seguridad social como disciplina del derecho. Dichos conceptos son los siguientes:

1.1.1.- Riesgo.

Hecho futuro e incierto, que no depende de la voluntad de la persona y que ocasionan un perjuicio económico.

Este concepto presenta tres aspectos fundamentales:

- El acontecimiento debe tener lugar en el futuro de la persona, es decir, no se puede cubrir por la seguridad social un hecho que no ha ocurrido. Puede y debe estar regulado en el caso de suceder, pero no puede anticiparse su cobertura, ya que se trata de un acontecimiento que no ha acaecido.
- La incertidumbre si el hecho que causa un perjuicio económico ocurrirá o no, característica relacionada directamente con la anterior.
- La contingencia social no debe ser producto de un hecho realizado por el beneficiario social, ya que esto sería mala fe y las legislaciones, tanto chilena, como las internacionales no protegen esto.
- El perjuicio es una condición indispensable en el riesgo, ya que no se puede responder por una situación que no ha ocasionado una pérdida de patrimonio en la persona, porque en este caso se estaría frente a una donación de capitales a favor de una persona y amparando el fraude a la ley, situación totalmente inaceptable.

1.1.2.- Contingencia

Hecho que acarrea una carga económica para un sujeto, pero que no significa una pérdida de patrimonio para este, que le obliga a perder su capacidad económica en la adquisición de bienes y servicios. Por ejemplo, casarse, criar hijos, etc.
Los elementos de cada contingencia son los siguientes:

- Debe ser un hecho, este puede ser por propia voluntad o ajeno a su voluntad.
- El acto debe traer aparejada una carga de carácter pecuniaria, este es el requisito esencial. Carga no es un perjuicio, solo hace más difícil llevar adelante la adquisición de bienes o servicios, por ejemplo, al tener un hijo una gran cantidad de dinero debe destinarse a su cuidado.

1.1.3.- Estado de necesidad:

Es la consecuencia que trae aparejada una contingencia social, la que, obviamente, provoca una disminución económica para el individuo que la está sufriendo.

Sus características son las siguientes:

- Puede redundar en una disminución o en una pérdida de ingresos patrimoniales.
- También puede ser un perjuicio o carga, que se traduce en un aumento de los gastos del sujeto que sufre la contingencia.

1.2.- Cobertura de los estados de necesidad.

La seguridad social busca cubrir los estados de necesidad de los sujetos, los cuales provienen de una contingencia social. A esta satisfacción de medios se le denomina *"cobertura".*

Definición de cobertura.

Es la acción previa y/o reacción inmediata luego de ocurrida una contingencia social que crea un estado de necesidad, cubriendo, ampliando o impidiendo los resultados de aquella. Esta cobertura conlleva acciones de carácter preventivo, paliativas o que rehabilitan una situación de necesidad.

- Las coberturas preventivas buscan anticiparse a la ocurrencia de una contingencia social, intentando evitar sus posibles consecuencias, por ejemplo, las campañas masivas de vacunación que realiza el Estado para prevenir ciertas enfermedades en el futuro.

- La cobertura recuperativa se encamina a curar o superar un estado de necesidad, como por ejemplo, exámenes médicos, intervenciones quirúrgicas, etc.

- La cobertura rehabilitante es la que trae de vuelta al sujeto afectado al ámbito laboral, por ejemplo, cuando un trabajador sufre un accidente del trabajo y se rompe una pierna, la rehabilitación kinesiológica que debe hacerse por ciertos meses constituiría este tipo de cobertura brindada por el Estado.

  Los distintos tipos de coberturas se materializan a través de una *"prestación".*

Definición de prestación.

Cobertura que brindan los diferentes entes del Estado, destinados a prevenir, curar o rehabilitar un estado de necesidad derivado de una contingencia social.

Características de las prestaciones.

1. Como el evento o contingencia social que trae un estado de necesidad acarrea una carga, disminución o pérdida de patrimonio para el afectado, la prestación reemplazará estos dineros o las remuneraciones que genera la actividad laboral que se ha dejado de realizar por los hechos ya señalados.

2. Cubrir un estado de necesidad en el cual se encuentra transitoriamente un sujeto.

3. Generar un fondo que complete los gastos extras en los que debe incurrir una persona por estar sufriendo un estado de necesidad, por ejemplo, los bonos por carga familiar.

1.3.- Redistribución de ingresos

La Seguridad Social no debe ser una excusa que elimine la responsabilidad que cabe a los sujetos en una sociedad, es decir, la administración pública, a través de sus distintos organismos, no debe ser un *padre* que se haga cargo de cada situación que les sucede a los ciudadanos, esto significaría destruir la responsabilidad que cada persona tiene en una comunidad. En este sentido, el Estado sólo debe subsidiar las necesidades de sus nacionales, cuando estos no tienen la capacidad de afrontar, por sí o con ayuda de sus

familiares, sus propias dificultades, pero nunca llegar a convertirse en un Estado paternalista que brinde gratuitamente a las personas todos los beneficios sociales existentes.

En cuanto a la redistribución de ingresos cabe señalar que existe una extrema desproporción en las remuneraciones de los ciudadanos, lo que implica que no existe igualdad en la distribución de ingresos.

Objetivo de la redistribución de ingresos.

Busca equilibrar las necesidades privativas de las personas de escasos recursos y al mismo tiempo procurar la preservación del incentivo a la contratación laboral para conseguir remuneraciones acordes con un país desarrollado o en vías de desarrollo.

En este sentido, son variadas las medidas que buscan proteger la ilusoria igualdad de los ingresos dentro del mercado laboral, como seguros de carácter médico, subsidios familiares, sociales y seguros de cesantía, entre otros, los que se estudiarán con mayor detalle a lo largo del curso.

Fuentes de la desigualdad de ingresos.

Esta desigualdad puede relacionarse con la explicación del ciclo de remuneraciones de los individuos que ocupan un cargo en una relación laboral, las cuales tienden a ser irregulares.

La desigualdad de beneficios o remuneraciones es factible de explicar por variadas y simples razones, entre las cuales encontramos las siguientes:

- Cada trabajador, con el desarrollo de las tecnologías ha ido buscando mejorar sus competencias técnicas e intelectuales, lo que redunda en una mayor remuneración.

- La motivación a los trabajadores también explica la desigualdad de ingresos, ya que los empleadores quieren “premiar” a las personas que trabajan en su empresa y que quieren perfeccionarse, de manera de ser un mayor aporte para su empleador, por ejemplo, becas para algunos trabajadores a fin que hagan cursos, diplomados o postítulos.

- Las capacidades personales de cada individuo, ya que cada sujeto no tiene las mismas habilidades para un mismo trabajo,

- Obviamente, el nivel de educación del trabajador incrementa su remuneración dentro de una empresa, pasando a ser una de las mayores situaciones de desigualdad de salarios.

- El dinero acumulado o mal distribuido en las distintas sociedades y a nivel mundial, ya que el 70% de la riqueza mundial está en el 10% de las familias más acaudaladas.

- Defectos en el sistema económico, y que en este momento es el capitalismo o libre mercado, siendo la libertad de competencia su punta de lanza, donde cada sujeto debe valerse de sus propios medios para surgir, y como se sabe, no todas las personas parten del mismo escalón para desarrollarse monetariamente.

- La edad es otro punto potente de desigualdad de remuneraciones, ya que a mayor cantidad de años la curva de ingresos tiende a caer, de hecho la contratación de este tipo de personas. Lo mismo ocurre, paradójicamente, con las personas con capacidades pero sin experiencia laboral, que son "abusados" por los empleadores, en el sentido de pagarles menos por su escaso conocimiento práctico en el mundo laboral.

Las causas antes descritas son las mayores causas de la desigualdad en la distribución de los ingresos, injusticia que busca, en parte, ser cubierta por la seguridad social.

Pro y contras de la redistribución de ingresos

La principal tesis que argumenta la redistribución de ingresos se basa en el hecho que las personas que más obtienen ceden una parte mucho menor a los beneficios que obtiene un sujeto de escasos recursos. Esto porque la mayor parte de la riqueza se encuentra en el menor número de familias, a nivel nacional y mundial.

La redistribución de ingresos también conviene a las personas más acaudaladas, ya que estas pueden pasar por tiempos de dificultad económicas y es en ese entonces cuando también serán beneficiados con los programas de seguridad social establecidos por cada estado.

El sustento de los contra de los programas de redistribución de ingresos se basa en la tesis que estos brindan incentivos ínfimos a quienes están sujetos al pago de impuestos, ya que estos no cuentan con motivación para que se esfuercen laboralmente, debido a que estos sienten que están trabajando para *darles todo gratis* a los quintiles más pobres de la población. Esto acarrearía una baja en las cifras de desarrollo del país.

Toda esta disyuntiva acarrearía una utilización maliciosa de los recursos fiscales y particulares que sustentan la economía nacional, lo que conduce a que no se maximicen los índices de productividad, perdiéndose la capacidad de competitiva con otros estados en el ámbito macroeconómico.

La redistribución de los ingresos se logra, en parte, con las coberturas que ofrece la seguridad social, que serán estudiados con mayor detalle durante el transcurso del curso.

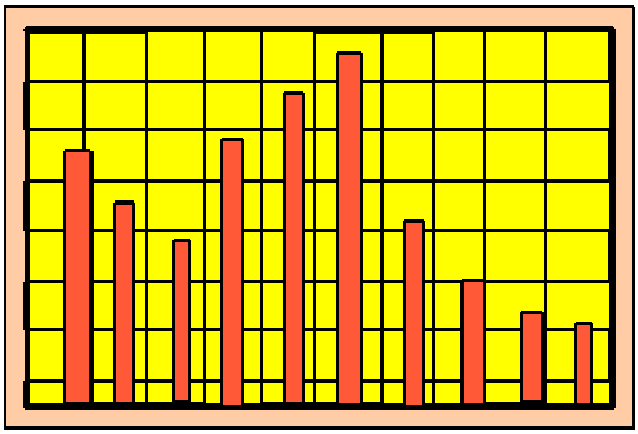
CLASE 05

1.4.- Capitalización.

La capitalización de los recursos de carácter social y previsional es el sistema imperante en Chile.

Definición de capitalización.

Es el sistema, donde una persona que cotiza está ahorrando dinero para su vejez, pero durante la espera, sus ahorros se invierten (se capitalizan) en negocios nacionales e internacionales. El producto de las inversiones del sistema de capitalización beneficia a toda la sociedad.



El problema de este sistema es que, como política de estado, debe ser aceptado por los cotizantes, pero su beneficio está sujeto a las fluctuaciones de los mercados internacionales, que es donde está invertido la mayor cantidad de los dineros ahorrados por los chilenos por concepto de previsión social.

El beneficio, está claro, una persona, por las mismas variaciones bursátiles puede ver incrementado gratamente su patrimonio previsional, es decir, si las bolsas de comercio bajan lo ahorrado por una persona en su AFP disminuye, pero si las inversiones van al alza se obtendrán mayores beneficios de los esperados al momento de disponer de los recursos previsionales.

Este sistema se opone diametralmente al “sistema de reparto”, que es aquel en que la persona ahorra para al futuro y estos ahorros están intactos cuando quiera o pueda disponer de ellos.

Chile fue uno de los países pioneros en el sistema de capitalización de los ahorros previsionales, con las reformas propuestas e introducidas por José Piñera a partir del año 1981, siendo este Ministro del Trabajo del Gobierno Militar.

Cuando se introdujo este sistema se le dio la elección a la población chilena, de mantenerse en sus antiguos sistemas de previsión, donde hacían con sus ahorros previsionales lo que mejor les pareciera, y la otra opción era cambiarse al sistema privado de

pensiones, el resultado: el 95% de los cotizantes previsionales optó por el sistema de capitalización de los fondos de previsión privada.

1.5 Bienestar social

La seguridad social como programa de Estado debe tener como fin la cobertura de todos los individuos de la sociedad, sin entrar en discriminaciones de ningún tipo, esto debe partir desde las bases de los organismos encargados de ejercer este sistema.

Implicancias del bienestar social como característica de la seguridad social.

1. La no discriminación como pilar fundamental: las prestaciones otorgadas en el evento de generarse un estado de necesidad no deben entregarse, en ningún caso, tomando en consideración algún acto que signifique una discriminación en razón de la raza, opción política, estado, sexo, etc.

2. La independencia: el sujeto beneficiario del sistema de seguridad social tiene como titular a la persona como tal, no siendo un requisito ser un trabajador, por esto, las prestaciones se entregarán a las personas, independientes si tienen esa calidad, por esto la seguridad social es una rama independiente, que se separa del derecho laboral, el que precisamente esta basado, en su mayoría, en la protección a los trabajadores.

   Con esta característica se vislumbra que este sistema busca el bienestar social y no se acota al bien de la fuerza de trabajo dependiente o independiente.

   En base a lo expresado es que el carácter social de este sistema se ha incorporado a la Constitución Política de la República de Chile de 1980. Esta carta fundamental consagra dos pilares en esta materia, como lo son el Derecho a la Seguridad Social y el Derecho a la Protección de la Salud, pasando a ser una obligación del Estado promocionar, proteger y recuperar la salud de los habitantes de la República.

   Estas nociones demuestran que la seguridad social tiene el carácter de importar una protección a la sociedad toda y no está dirigida, como se piensa, a un grupo de determinadas personas, como lo es la clase trabajadora.

1.6.- Contingencias cubiertas.

Dado el carácter de bienestar social de esta disciplina, la seguridad social tiene el deber de cubrir cada uno de los estados de necesidad que pueden afectar a los sujetos que han sido vapuleados por una contingencia social, además, este sistema debe ser efectivo y

oportuno en el cumplimiento de esta obligación que tiene el Estado con sus nacionales, no importando el Gobierno de turno que se encuentre al mando del país.

Lo dicho anteriormente no significa que las personas sean cubiertas por cualquier hecho que pueda ser consecuencia de una contingencia social que redunde en un estado de necesidad, sino que sólo de aquellas contingencias sociales detalladas con tal característica según el ordenamiento jurídico.

El Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) enumera las contingencias sociales que acarrean un estado de necesidad que debe ser cubierto por los sistemas de seguridad sociales, los cuales se pasan a detallar:

- Las enfermedades comunes y profesionales.
- Los accidentes comunes o los generados como consecuencia del desarrollo de una actividad remunerada o accidentes del trabajo.
- La maternidad.
- La vejez.
- Los distintos niveles de invalidez, ya sea total, parcial, transitoria o definitiva.
- La sobrevivencia en estado de vejez o de orfandad.
- Las cargas familiares, que redunda en la crianza de los hijos y manutención, en ciertos casos, de la mujer.
- La cesantía o desempleo.

Estas contingencias se encuentran cubiertas por el sistema de seguridad chileno, a través de los distintos programas de seguridad social, impulsados, principalmente, por el Gobierno de la Ex Presidente de la República Michelle Bachelet, continuados por la actual administración del Presidente Sebastián Piñera. Siendo el último hito en este sentido la reforma propuesta en el mes de Febrero del presente año sobre el aumento del descanso pre y post natal, y la posibilidad que este sea traspasado, en parte, al padre del hijo, entre otros puntos de interés.

La cobertura dado por el sistema chileno de seguridad social tiene la obligación de satisfacer íntegramente el estado de necesidad que aqueja a la persona víctima de una contingencia social.

Este sistema debe ser “integral”, es decir, la herramienta de cobertura utilizada debe ser directamente proporcional y adecuada para el fin que debe cumplir, es decir, prevenir, curar o rehabilitar las necesidades de la persona, que no puedan ser sustentadas por ésta.

Además, la seguridad social tiene el deber de dar iguales prestaciones al momento de cubrir un mismo efecto derivado del mismo estado de necesidad. Por ejemplo, si a una persona que está contratada le ocurre una contingencia social que lo deja en estado de necesidad debe tener los mismos beneficios que el trabajador independiente si a este le ocurriera el mismo infortunio.

1.7.- Conceptos de salud y enfermedad.

Son conceptos radicalmente opuestos, necesarios para determinar cuando una contingencia social de esta naturaleza hace caer en un estado de necesidad que debe ser cubierto por el sistema de seguridad social imperante en cada una de las legislaciones. Tales conceptos se pasan a explicar detalladamente a continuación:

1.7.1.- Salud.

El hablar de salud se refiere a una situación del cuerpo, que se encuentra plenamente en un buen funcionamiento tanto físico, como mental. La salud no se trata de una falta de enfermedad o malestar, sino que va más allá, es un estado de la persona, en el cual se siente pleno. Esto según parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este organismo internacional define salud como el bienestar de una persona, en todo sentido, tanto físico, como mental, emocional, espiritual, social, donde están cubiertas las necesidades básicas del hombre, las culturales, sanitarias, afectivas, etc.

Si se tomara en consideración este concepto como el único parámetro para determinar la salud de unas personas la mayoría de las personas en el mundo estarían enfermas, por eso, siendo más racional, es que se ha establecido que el concepto de salud debe circunscribirse a la funcionalidad de la persona, es decir, una persona “sana” debe tener la capacidad de poder autosatisfacer sus necesidades básicas, ya sean de carácter orgánica, funcional o social, o sea, una persona con salud debe poder valerse por sí mismo, sin la necesaria asistencia de otra persona.

CLASE 06

1.7.2.- Enfermedad.

La enfermedad es una condición humana desarrollada en cada sujeto, siendo su principal característica la ausencia de un estado normal de salud que permita la autosuficiencia de las funciones humanas.

Este estado o condición es posible que provenga por factores externos o internos a la persona.

La enfermedad, tanto como la salud son procesos naturales que redundan de las relaciones humanas, tanto entre las personas, así como sociales o ambientales.

Este concepto se trata como una oposición al estado de buena salud, es decir, si una persona no es capaz de autosatisfacerse en sus funciones básicas e inherentes al ser humano estaríamos frente a un sujeto enfermo, estas funciones pueden ser de carácter emocional, corporal, espiritual, etc.

Estas enfermedades, dentro de la seguridad social pueden ser de dos tipos:

- Enfermedades comunes: Son las que pueden afectar a cualquier tipo de personas, sin que sean la consecuencia necesaria del desarrollo de una actividad remunerada que se realiza de manera dependiente o independiente, por ejemplo, un resfrío, el cáncer, el sida, hepatitis, entre tantas otras.

- Enfermedades laborales o del trabajo: Son aquellas que se generan mientras se está realizando un trabajo por cuenta ajena o propia. Por ejemplo, cortarse un dedo en un aserradero, “quemarse” la vista por el hecho de estar soldando en un taller mecánico. Este tipo de enfermedades, para que sea tal, debe producirse al interior o en el desarrollo de un trabajo, o en el trayecto desde o hacia una faena. Los accidentes o enfermedades producidos durante los permisos, remunerados o no, no entran en la calificación de enfermedad laboral.

1.8.- Prestaciones y subsidios.

Al ocurrir una contingencia social que trae aparejado un estado de necesidad empieza a funcionar el sistema de la seguridad social garantizado por el Estado.

Pero no hay que confundir los conceptos de prestación y subsidio.

1.8.1.- Prestación.

Generalmente la prestación no tiene carácter monetario. Estas de pueden definir como el beneficio otorgado, principalmente por la empresa privada, aunque también puede provenir del Estado, que se hace efectivo, en su mayoría, a través de atenciones médicas y exámenes entre otros. Son de carácter temporal y para un hecho determinado. Estas prestaciones pueden ser de dos tipos:

- Legales: Son los establecidos de manera obligatoria por el legislador, y que deben ser respetados por todo empleador. Por ejemplo, el pago de las horas extras, las vacaciones, la compensación en caso de despido, etcétera.

- Voluntarios: Son los beneficios entregados por una empresa a sus trabajadores de manera voluntaria y espontánea. Ejemplo de estas prestaciones serían los bonos por alcanzar determinadas metas, el paseo anual, las vacaciones extras a las exigidas por la ley, etcétera.

Luego de esa clasificación, se encuentra establecida por la legislación chilena una serie de prestaciones que se estudian a continuación.

1. Prestaciones asistenciales: Son las que se entregan por el sistema público a los indigentes y a quienes no poseen beneficios de pensiones asistenciales.

2. Prestaciones otorgadas con el pago del 7% de cotización previsional.

- Controles médicos para las embarazadas: Las embarazadas tienen derecho a un control de carácter gratuito y a un pos parto hasta la semana número 12 desde que se da a luz.
- El denominado control del niño sano: Control que media entre el alumbramiento del niño hasta que cumpla la edad de 6 años. Está enfocado, principalmente a los aspectos nutricionales y las vacunas otorgadas al infante.

- Medicina de carácter preventivo: Todo individuo tiene el beneficio de controlarse médicamente a través de un examen que pueda detectar enfermedades tales como el cáncer, hepatitis, sida, entre otras.

3. Prestaciones otorgadas al pagar el 7% previsional más un pago extra mensual del beneficiario: Entre estas encontramos los siguientes beneficios:

    - Consultas al doctor.

    - Exámenes, diagnósticos y operaciones.

- Estadía en hospitales o clínicas.
- Tratamientos médicos.
- Remedios establecidos en el formulario nacional.
- Odontología preventiva y de rehabilitación.

Los trabajadores que deseen obtener estos beneficios deben afiliarse al sistema público de salud y si son dependientes deben haber impuesto mínimo 6 cotizaciones continuas o discontinuas dentro del año anterior al día en que se use el beneficio.

1.8.2.- Subsidio.

Se definen como los beneficios entregados por los organismos estatales a las personas cuando se encuentran en una determinada situación de estado de necesidad, por un período o por un hecho en particular, por ejemplo, el subsidio a la maternidad, seguro de desempleo, subsidio por concepto de incapacidad.

Particularidades de los subsidios

1. Son recursos ahorrados por concepto de salud y pensiones, o sea, el subsidio se encuentra sujeto a una carga imponible del 7% para efectos de salud y con un 10% para pensiones del nuevo y del antiguo régimen previsional.

2. El beneficio es pagado por cada uno de los días indicados en la licencia, como se explicará más adelante.

3. En los trabajos públicos el empleado se verá beneficiado con el total de su remuneración mensual íntegramente.

   Como se dijo, las prestaciones pueden ser otorgadas por la empresa particular en determinadas circunstancias, pero los subsidios siempre son entregados por el Estado a través de sus distintos organismos públicos.

Estos beneficios estatales son los siguientes:

1. Subsidio para la imposibilidad de ejercer un trabajo por una enfermedad o un accidente común: Este subsidio busca la sustitución de la remuneración que se recibiría por concepto de llevar a cabo el trabajo contratado. Se trata de un beneficio transitorio en dinero.

Para que un trabajador dependiente sea beneficiario de este subsidio debe estar, al menos, 6 meses afiliado al sistema de salud, debe haber pagado 3 meses continuamente y debe fundamentar su enfermedad a través de una licencia médica.

Para entender lo anterior hay que determinar lo que se entiende por "*licencia médica":*

Definición de licencia médica.

Es el derecho otorgado al trabajador de faltar o ver reducida su jornada laboral por un período de tiempo establecido en ella, siempre con la certificación profesional de un especialista autorizado por el respectivo Servicio Nacional de Salud o por una ISAPRE, otorgado a consecuencia de una patología establecida legalmente.

Mientras dure la licencia médica el trabajador goza de un descanso y un pago de su remuneración de manera proporcional a los días de ausencia, si la licencia dura hasta 10 días se le descuentan los 3 primeros, pero si este descanso tiene una duración mínima de 11 días se le pagará la totalidad de cada día que este hubiese trabajado, es decir, se le pagará cada día de ausencia de manera completa. En cambio, en los trabajos públicos, se pagan todos los días de la licencia médica, sin tener un mínimo.

La licencia médica debe ser otorgada a través de un formulario, que se llena por el profesional que la otorga.

Cada ISAPRE tendrá la facultad de someter a un control la licencia médica y su debido respeto o cumplimiento por parte del beneficiario, si no se cumple por este, la ISAPRE puede poner término a ésta.

El servicio de salud respectivo, así como cada ISAPRE tendrán la opción que les entrega la ley de dar curso, hacer modificaciones o derechamente rechazar la licencia médica. Si ocurre cualquiera de las dos últimas opciones, el afectado puede elevar su reclamo ante la Comisión Médica, Preventiva e Invalidez (Compin) respectivo, dentro de los 15 primeros días corridos a partir de la resolución administrativa que rechaza o modifica la licencia, y en segunda instancia podrá elevar el caso ante la Super Intendencia de Seguridad Social.

Los plazos para presentar la licencia varía dependiendo si se trata del sector público o privado, en el primero es de 72 horas, en el segundo se reduce a 48.

Seis serán los meses para utilizar el subsidio otorgado por el Estado, contados desde la aprobación de la licencia médica, luego de dicho plazo ese dinero se integra a las arcas fiscales.

CLASE 07

2. LEY DE ACCIDENTES DEL TRABAJO.

La Ley 19.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales data del 23 de enero del año 1968, desde su promulgación a sufrido varias modificaciones, siendo la última el 27 de diciembre de 2008.

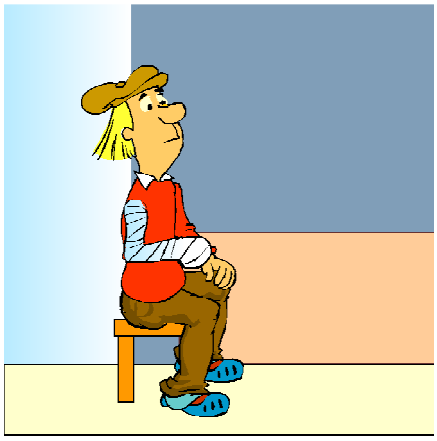
En dicha normativa se hace obligatorio el seguro social contra riesgos del trabajo y enfermedades profesionales, la cual brinda cobertura a trabajadores y funcionarios del sector público y privado, sólo quedan exentos los miembros de las FFAA y de Orden. Esta ley cubre a grandes rasgos, dos tipos de siniestros: accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, pero existen quienes también consideran dentro de los siniestros cubiertos a los accidentes de trayecto, cuestión que no es así, debido a que estos son considerados por la ley como accidentes del trabajo y por ende los trata como tales.

Además de la Ley 19.744, existen otras normas legales que se preocupan de la protección de los trabajadores, el Decreto Supremo 101 del año 1968 es el Reglamento General de Aplicación de la Ley, el Decreto Supremo 109, el Decreto Supremo 110, Decreto Supremo 285, Decreto Supremo 313, entre otras normas legales.

Antes de la entrada en vigencia de la Ley 19.744, rigieron en el país otras normas legales: la Ley 3.170 de 1916, la Ley 4.055 de 1924 y el Código del Trabajo de 1931.

2.1. Accidentes del Trabajo.

Se entiende por accidente del trabajo toda lesión que sufre una persona a causa o con ocasión de su trabajo y que le produzca lesiones de incapacidad o muerte. Éstos pueden ocurrir en actividades gremiales, de capacitación ocupacional o en el desarrollo de cualquier actividad. Además de estas eventualidades, la ley también considera como accidentes del trabajo aquellos que se producen en el trayecto de la habitación a éste o de regreso de él, siempre que sean con ocasión del trabajo. Por último, también se consideran accidentes del trabajo al que ocurre en el traslado de un trabajo a otro, (Art. 5 de la Ley 19.744). En estos últimos casos la ley habla de trayectos directos, vale decir sin interrupción, pero el problema surge con los viajes que requieren de transbordos, ejemplo: los transbordos del Transantiago, desde un bus al metro, frente a al problema los tribunales de justicia han tomado



una actitud más flexible respecto del tema, considerando a los transbordos como un trayecto directo.

2.1.1. Clasificación de los accidentes del trabajo.

La siguiente clasificación tiene su base en el nivel de incapacidad que el accidente deja en un trabajador. Tipo de incapacidad:

- Los que producen incapacidad temporal.
- Los que producen invalidez parcial.
- Los que producen invalidez total.
- Los que producen gran invalidez.
- Los que producen la muerte.

Trabajadores y funcionarios protegidos por el seguro social obligatorio contra riesgos del trabajo y enfermedades profesionales (Arts. 2 y 3 de la Ley 19.744):

- Trabajadores dependientes.
- Funcionarios públicos de la administración del Estado, municipal y de instituciones semifiscales.
- Trabajadores civiles de ASMAR, FAMAE y ENAER (regidos por el Código del Trabajo y afiliados a un régimen previsional del Decreto ley 3.500).
- Estudiantes que reducen algún tipo de labor que signifique una fuente de ingreso para el plantel.
- Estudiantes de establecimientos particulares y fiscales mientras realizan sus prácticas profesionales.
- Los trabajadores independientes y los trabajadores familiares.

2.2. Enfermedades profesionales.

Son aquellas enfermedades causadas de forma directa por el ejercicio de una profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte, (Art. 7 de la Ley 19.744). Estas enfermedades se encuentran enumeradas en un Reglamento el cual deberá revisarse cada 3 años, donde por lo general se incluyen enfermedades clásicas, ejemplo: la silicosis que afecta a los mineros. No obstante, los trabajadores y funcionarios podrán acreditar enfermedades que no se encuentran contempladas en el reglamento ante el respectivo organismo administrador.

2.2.1. Cobertura ante accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.

Los trabajadores y funcionarios se encuentran doblemente protegidos por una parte la Ley 19.744, la que contempla el Seguro Social Obligatorio ante accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, los únicos exentos de esta Ley son los miembros de las FFAA y de Orden. Por otro lado, en caso de accidentes o enfermedades que suceden por motivos ajenos al desempeño laboral, los trabajadores se encuentran cubiertos por FONASA y las ISAPRES.

A menudo ocurre que en el caso de un accidente de un trabajador las instituciones de salud discuten, por motivo de costos, si este se trato de un accidente laboral o de un accidente natural, ante esta disyuntiva la ley establece que la persona debe ser atendida por la institución que lo recibe y luego se debe resolver una vez que el trabajador a recibido atención a quien le correspondería.

2.2.2. Administración del Seguro Social Contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

El Seguro opera como un gran fondo común, el cual se conforma con el dinero que proviene de distintas fuentes, los dineros se retiran del fondo en la medida que haya que hacer prestaciones. La titularidad de este seguro esta en el estado, pero su administración radica en los siguientes organismos:

A) Administración estatal: Ésta se realiza por medio del servicio de Seguro Social, a través del INP y por el Servicio nacional de salud, a través de FONASA.

   El Instituto de Normalización Previsional o INP, es el encargado de administrar el seguro respecto de quienes imponen por el sistema estatal, específicamente se encarga de las prestaciones económicas, salvo aquellas que digan relación con la incapacidad temporal.

   Por otro lado, el Servicio Nacional de Salud se encarga de otorgar a los afiliados al INP las prestaciones de salud y el Subsidio por incapacidad temporal.

B) Administración privada: Mutualidades de Empleadores, a través de: Mutual de Seguros, ACHS y el Instituto de Seguridad del Trabajador.

   Las Mutualidades de Empleadores que contempla la Ley 19.744, son personas jurídicas sin fines de lucro que tienen por finalidad la administración del Seguro Social Contra Riesgos del Trabajo y Enfermedades Profesionales. La administración de estas radica en un directorio el cual lo componen igual número de representantes de los trabajadores y de los adherentes. Están bajo la fiscalización de la Superintendencia de

Seguridad Social. La mutual más grande del país, es la Mutual de la Cámara Chilena de la Construcción.
Será el Presidente de La Republica el que tendrá la facultad de otorgarles a las mutualidades la personalidad jurídica siempre que cumplan con los siguientes requisitos (Art.12 de La Ley 19.744):

a. Que los miembros de las mutuales, ocupen conjuntamente en sus faenas 20.000 trabajadores como mínimo, en faenas permanentes.
b. Que estas dispongan de servicios médicos adecuados en común o con otras mutualidades, las que deberán incluir servicios de atención especializados y rehabilitación.
c. Deberán realizar de forma permanente, actividades de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
d. Que en su administración no estén involucradas de forma directa o indirecta instituciones con fines de lucro.
e. Que sus miembros sean solidariamente responsables de las obligaciones contraídas por éstas.

C) Administración Delegada: en este caso la administración radica en la propia empresa o en organismos intermedios o de base.

Cuando la administración radica en la empresa se le conoce como modalidad de “auto seguro”, siendo la propia empresa la que administra el seguro de sus propios trabajadores, correspondiéndole el otorgamiento de las prestaciones que señala la ley, tanto medicas como pecuniarias, quedando excluidas las pensiones. Esta modalidad se encuentra regulada en la Ley 19.744 y en el D.S. 101.

Los organismos intermedios o de base, están constituidos por los organismos de bienestar de las empresas u organizaciones sindicales. Su funcionamiento consiste en una delegación de funciones de los organismos de administración propiamente tales (en calidad de intermediarios), los que limitan sus funciones a la recaudación y la entrega de beneficios.

CLASE 08

2.2.3. Financiamiento del Seguro.

El Seguro que contempla la Ley 19.744 se financia con recursos provenientes de 5 tipos de fuentes:

A) Cotización básica general: corresponde al 0,9% de la remuneración imponible, que es de cargo del trabajador, este hecho es extraordinario, puesto que por regla general las cotizaciones son de cargo del trabajador. La Ley dispone que las cotizaciones se

calculen 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.

B) Cotización adicional diferenciada: además de la cotización básica general, el empleador puede estar afecto a una cotización adicional la cual variará entre el 0% y el 3,4% de la remuneración imponible, dependiendo la actividad y riesgo de la empresa empleadora, la que será determinada por el estado a través del Presidente de la República. Mientras más riesgoso sea el trabajo más alto será la cotización, ejemplo: los trabajos en minas subterráneas.

El artículo 16 de la ley, establece la posibilidad para las empresas, de poder solicitar reducciones del porcentaje de cotización o incluso la eliminación total de ésta, siempre que rebajen a niveles óptimos su tasa de accidentabilidad y de enfermedades profesionales y además que implementen un sistema de seguridad y prevención eficaces. Por otro lado, las empresas o entidades empleadoras que no proporcionen condiciones favorables de seguridad, deberán cotizar incluso con un recargo adicional de hasta un 100%.

C) Con los fondos provenientes de las multas que resulten de la aplicación de la Ley 19.744 por parte de los organismos administradores.

D) Con las utilidades o rentas que produzca la inversión de los fondos de reserva.

E) Con las cantidades que les corresponda por el ejercicio del derecho de repetir de acuerdo con los artículos 56 y 69 de la Ley 19.744.

Los fondos recaudados forman parte de un sistema de reparto, que conforman un gran fondo nacional. Por lo general, el mencionado fondo arroga excedentes, debido a que Chile es un país muy seguro en esta materia (sobre todo a contar de la década de los 70), los que se pueden aplicar a otros fines, como lo es el Fondo Nacional de Rehabilitación de Alcohólicos.

2.2.4. Prestaciones que Otorga la Ley 19.744.

Las prestaciones contempladas (Artículos 29 y 30 de la Ley 19.744), son básicamente de dos tipos:

A) Asistenciales: se trata de una prestación gratuita, para quienes sufren un accidente del trabajo o un enfermedad profesional y abarca hasta la curación completa de la víctima o mientras existan síntomas de las consecuencias de la enfermedad o accidente.

Consisten en:

a) Atención médica, quirúrgica y dental.
b) Hospitalización, la persona permanece hospitalizado mientras sea necesario a criterio del médico tratante.
c) Entrega de medicamentos (por regla general en las ISAPRES la hospitalización se cubre Parcialmente)
d) Entrega de prótesis y aparatos ortopédicos.
e) Rehabilitación física y reeducación profesional.
f) Gastos de traslado cuando sea necesario.

B) Económicas: estas prestaciones son en dinero y tienen por finalidad suplir la pérdida o disminución de los ingresos del afectado por un accidente o por una enfermedad profesional, estos se clasifican según el resultado que producen pudiendo hacer una clasificación de la siguiente forma:

- Incapacidad temporal: este es el caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales con consecuencias transitorias, es decir, el trabajador se recupera y vuelve a sus funciones habituales, teniendo derecho a recibir un subsidio que se pagará mientras dura el tratamiento. La prolongación máxima de este subsidio es de 52 semanas, prorrogables por igual período, cuando la situación lo amerite.

- Invalidez parcial: es la pérdida de la capacidad de trabajo, la que puede oscilar entre un 15% y un 70%, también está considerada como invalidez parcial, la deformación notoria y las mutilaciones importantes.

  Las indemnizaciones variarán dependiendo de los siguientes porcentajes:

  b.1 El trabajador que sufra una pérdida de su capacidad de trabajo superior a un 15% e inferior de un 40%, tendrá derecho a una indemnización global, su monto no podrá exceder de 15 sueldos base, dinero que se podrá pagar de una vez o en cuotas mensualidades.

  Lo mismo ocurre en el caso de deformación notoria y las mutilaciones importantes.

  b.2 El trabajador que sufra una pérdida de su capacidad de trabajo que varíe entre menos de un 70% y más de un 40%, en este caso las posibilidades de que la persona vuelva a trabajar son mínimas, por tanto en este supuesto la Ley contempla una pensión mensual que asciende a un 35% de un sueldo base.

C) Invalidez total: aquí se está frente a una pérdida de la capacidad de trabajo superior a un 70%, la pensión mensual en este caso será de un 70% de un sueldo base.

D) Gran invalidez: en este supuesto la persona no puede valerse por sí misma, es decir requiere de la ayuda de otra persona para realizar tareas básicas de la vida. Ejemplo, una persona parapléjica.

El gran inválido tiene derecho a un suplemento de su pensión igual al 30%, lo que sumado al 70% de pensión por invalidez total da un 100% de su sueldo base.

El monto de su pensión equivaldrá al 100% de su renta, el fundamento de esto es la posibilidad de que la persona contrate un asistente para sus cuidados.

E) Accidentes o enfermedades que causen la muerte del trabajador: en caso de muerte del trabajador nace el derecho de una pensión de supervivencia (antes llamadas pensiones de orfandad o montepíos) en favor de las siguientes personas:

a) Cónyuge: la mujer mayor de 45 o inválida de cualquier edad, recibirá una pensión vitalicia del 50% de lo que recibía o habría podido recibir el fallecido. El mismo porcentaje le corresponderá a la viuda menor de 45 años de edad, por un período temporal de un año, este monto se podrá prorrogar por todo el tiempo que mantenga a su cuidado hijos legítimos que le causen asignación familiar. Si al término del plazo o de su prorroga hubiere cumplido los 45 años de edad la pensión se transformará en vitalicia.

b) Madre de hijos naturales del trabajador fallecido: en este caso será el 30% de la pensión básica que le hubiese correspondido a la víctima. El requisito es que la madre de estos hijos hubiere estado viviendo a las expensas de este al momento de morir.

c) Hijos del fallecido: a los hijos les corresponderá una pensión equivalente al 20% de la pensión básica que le habría correspondido a la victima si se hubiere invalidado totalmente o de la pensión básica que percibía al momento de morir, siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:

c.1 Inválidos de cualquier edad.
c.2 Menores de 18 años.
c.3 Mayores de 18 y hasta los 24 años, estudiantes de enseñanza media, técnica o superior.

d) Ascendientes y descendientes: a falta de las personas señaladas precedentemente estos tendrán una pensión equivalente al 20% de la pensión básica que le habría correspondido a la víctima.

CLASE 09

2.2.5. Prevención de Riesgos.

Para la legislación nacional la prevención de riesgos es un tema fundamental, tanto el Código del Trabajo como la Ley 19.744, tienen como finalidad evitar la ocurrencia de siniestros protegidos por la Ley. La obligación del empleador no sólo es la de pagar las cotizaciones, también debe proporcionar al trabajador un ambiente seguro donde desempeñarse.

El Artículo 184 del Código del Trabajo obliga al empleador a desarrollar una función preventiva la cual se puede manifestar de distintas formas: proporcionando los medios necesarios para prevenir accidentes y estableciendo condiciones de seguridad en las faenas. Ejemplo, la utilización de cascos y la utilización de carteles que impiden el ingreso a áreas restringidas, como así mismo la obligación de contar con camillas y policlínicos.

La prevención de es una preocupación fundamental de la empresa, esto por razones de orden económica, debido a que de esta forma se pueden evitar la cotización adicional, también existen razones de imagen, una empresa con un nivel de accidentabilidad alta no tiene buena imagen, por último, para efectos de ingresar a nuevos mercados, se requiere en la mayoría de los casos una certificación internacional de seguridad.

Por otro lado, la Ley 19.744 establece normas destinadas a proporcionar una prevención de riesgos laborales efectiva para el trabajador, en donde intervienen tres actores: el Estado, la empresa y los trabajadores.

A) El Estado: éste interviene básicamente a través de los servicios de salud y en menor medida por intermedio de la Dirección del Trabajo, son los primeros los encargados de la super vigilancia y fiscalización, la prevención, seguridad e higiene de todos los lugares de trabajo sin importar el tipo de actividad que realicen, también están bajo su jurisdicción las empresas del estado.

   El Estado se encuentra ampliamente facultado en su afán de supervigilancia y fiscalización, se incluyen también normas de higiene del lugar de trabajo. La autoridad sanitaria puede inspeccionar y registrar cualquier lugar de trabajo, edificio, casa local, independiente que sean públicos o privados.

   Además de esta facultad, el Estado a través de los servicios de salud, puede disponer medidas específicas de higiene y seguridad en el trabajo, como así mismo puede inspeccionar los recintos médicos de otros organismos administradores.

B) La Empresa: esta tiene un rol de vital importancia en la prevención de riesgos, lo que se traduce en múltiples obligaciones en esta materia, siendo las más importantes las siguientes:

- La empresa tiene la obligación de mantener actualizados los reglamentos internos de higiene y seguridad.
- Las empresas deben tener un departamento de prevención de riesgos, que debe estar a cargo de un especialista.
- La empresa debe informar al trabajador de manera oportuna a todos sus trabajadores los riesgos que conllevan sus labores, además de las medidas preventivas y los métodos adecuados de trabajo.
- La empresa debe realizar un control radiológico semestral a los trabajadores expuestos a riesgo de neumatosis.

2.2.6. Organismos Encargados de la Prevención de Riesgos.

Los organismos encargados de la prevención de riesgos en las empresas son básicamente dos: El Comité Paritario de Higiene y Seguridad y el Departamento de Prevención de Riesgos.

Comité Paritario de Higiene y Seguridad: en toda empresa faena sucursal o agencia, en que trabajen más de 25 personas, estarán obligados a crear un Comité Paritario. Se componen de 3 representantes del empleador y 3 representantes de los trabajadores. Las funciones del comité paritario son las siguientes:

- Asesorar e instruir a los trabajadores para el correcto uso de los medios de prevención.
- Vigilar el cumplimiento de las medidas de prevención por parte de la empresa o los trabajadores, y denunciar su incumplimiento.
- Investigar las causas de los accidentes laborales y de las enfermedades (se constituyen en verdaderos comités investigadores y emiten informes. En esta materia generalmente son asesorados por las mutualidades.
- Sugieren adopción de medidas de higiene y seguridad que lo lógico les indique.
- Realizar las demás labores que la ley o los organismos administradores le encomienden a la empresa.

Departamentos de Prevención de Riesgos Profesionales: deben existir en las empresas mineras, comerciales o industriales que cuenten con más de 100 trabajadores. La Ley establece que el comité paritario deberá ser dirigido por un profesional experto en el área de prevención de riesgos.

C) El Trabajador: los miembros de la empresa en su totalidad, deben estar comprometidos con la prevención de riesgos. Antes de la entrada en vigencia de la Ley 19.744 la prevención de riesgos era sólo una obligación del empleador, pero en la actualidad esta situación ha variado, debido a que el trabajador también es responsable de la prevención de riesgos.

La prevención de riesgos tiene como principal objetivo proteger la vida y la salud del trabajador, cuestión que lo hace acreedor de derechos, pero no lo exime del cumplimiento de una serie de deberes:

a) El trabajador debe respetar el reglamento interno que determine la empresa, en el evento que infrinja las normas contenidas en éste, podrá ser sancionado con una multa, la cual no podrá sobrepasar el 25% de su remuneración mensual.

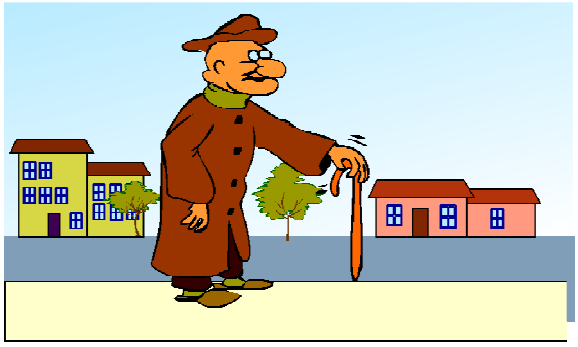
b) Si por negligencia del trabajador ocurre un accidente o enfermedad, éste será multado, inclusive si él hubiese sido la víctima.

c) El trabajador podrá negarse a trabajar en aquellas faenas que impliquen un riesgo para su vida o su salud.

2.3. Pensiones de sobrevivencia, invalidez y vejez.

El sistema previsional de AFP, otorga a sus afiliados una serie de beneficios, siendo los principales los siguientes: pensión de vejez, pensión de invalidez y pensión de sobrevivencia, además de otros beneficios como lo son; cuota mortuoria, herencia, excedente de libre disposición y mantenimiento de la afiliación a los otros regímenes del sistema.

2.3.1. Pensión de Vejez.



Este tipo de pensión beneficia a los afiliados mayores de 65 años, si son hombres y mayores de 60, si son mujeres. El único requisito exigido por la legislación nacional, para optar a este beneficio, es haber cumplido con las edades señaladas.

La pensión de vejez se clasifica de la siguiente manera:

a) Pensión de vejez normal: le corresponde a

los afiliados que han cumplido con la edad señalada con anterioridad.

Tramitación: las administradoras deberán emitir un listado público que contenga el nombre y grupo familiar de los afiliados que cumplan con los siguientes requisitos:

Requisitos:
- Estar afiliado a una AFP.
- Cumplir con las edades necesarias de 65 y 60 años, dependiendo del sexo del afiliado.

Tramitación: los afiliados a una AFP deberán completar un formulario de solicitud de pensión y un formulario de declaración de beneficiados, los cuales deberán presentar en las oficinas más cercanas de sus respectivas AFP. Una vez que la solicitud está en poder de la AFP, ésta deberá verificar la afiliación de la persona que solicita la pensión, así mismo, deberá examinar la cuenta de capitalización individual, debiendo remitir al afiliado una cartola de resumen.

Financiamiento: se financia con el saldo de la cuenta de capitalización individual, la cual está constituida por; el capital acumulado por el afiliado, el bono de reconocimiento y su complemento cuando corresponda y el traspaso que el afiliado realice desde su cuenta de ahorro voluntario.

b) Pensión por vejez anticipada ordinaria: es aquella pensión a la que tienen derecho los afiliados, antes de cumplir los 65 años de edad si son hombres, y antes de los 60 años de edad si se trata de una mujer. Este tipo de pensión es posible por el régimen de capitalización que el nuevo sistema consagra, donde prima la capitalización individual de capitales, debido a esto, es que existe la posibilidad de que los afiliados se pensionen antes de cumplir con las edades establecidas por la Ley, siempre que se cumpla con ciertos requisitos:

- Acumular un capital que posibilite obtener el pago de una pensión igual o superior a un monto del 70% del promedio de remuneraciones imponibles percibidas y rentas declaradas en los 10 años anteriores al mes en que el afiliado se pensiona.
- Que dicha pensión sea de un monto igual o superior al 150% de la pensión mínima de vejez garantizada por el Estado vigente a la fecha en que el afiliado se acoge a pensión.

Tramitación y Financiamiento: se aplican las mismas normas que en la pensión de vejez ordinaria.

c) Pensión de jubilación anticipada por haber desempeñado trabajos pesados: le corresponde a los trabajadores que han desarrollado labores durante toda su vida laboral trabajos pesados antes de cumplir las edades de 65 y 60 años según corresponda.

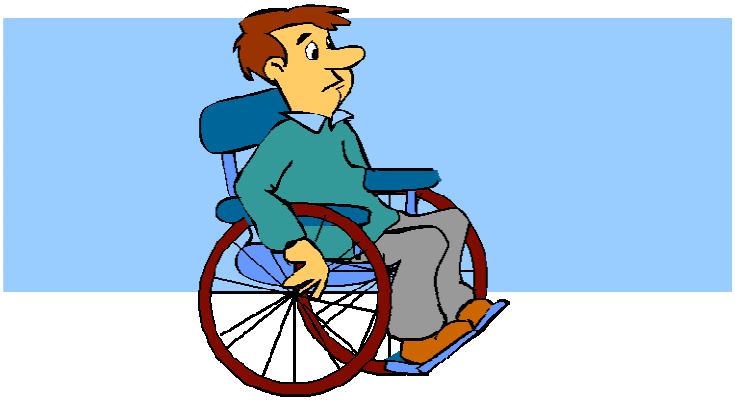
Requisitos: haber desempeñado trabajos calificados como pesados durante toda su vida laboral y estar afiliados a una AFP.

Financiamiento: se financia con la cotización adicional por parte del trabajador y el empleador de un 2%, mientras se ejecuten trabajos considerados como pesados.

CLASE 10

2.3.2. Pensión de Invalidez.

Este tipo de pensión beneficia a los afiliados que se ven afectados por una pérdida o disminución de su capacidad de percibir ingresos, como consecuencia de enfermedades o debilitamiento de sus fuerza física o intelectual, siempre que no se cumpla con los requisitos para optar a la pensión de vejez.



Requisitos:

- Que a consecuencia de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales sufran un menoscabo permanente de su capacidad de trabajo, de acuerdo a lo siguiente:

a) Pensión de invalidez total, para aquellos afiliados con una pérdida de su capacidad de trabajo, de al menos las dos terceras partes.
b) Pensión de invalidez parcial, para afiliados que hayan sufrido una pérdida de su capacidad de trabajo igual o superior al 50% e inferior a las dos terceras partes.

- No tener derecho a pensión de vejez en el Nuevo Sistema.
- Haber sido declarado inválido por la Comisión a que se refiere el artículo 11 de la ley.

Clasificación de la invalidez.

a) Invalidez total: consiste en la pérdida de a lo menos 2/3 de la capacidad de trabajo.
b) invalidez parcial: se traduce en la pérdida de la capacidad de trabajo igual o superior al 50% e inferior a 2/3.
c) Invalidez transitoria: se otorga por la comisión médica a través de un dictamen por un período de tres años.
d) Invalidez definitiva: es otorgada por segundo dictamen de la Comisión médica regional. La resolución de esta comisión puede ser apelada ante la Comisión médica central que funciona en Santiago, que es quien decide en definitiva.

Declaración de invalidez: se declara por una Comisión Medica Regional que funciona en todas las regiones del país, pudiendo existir más de una comisión por región cuando se requiera. La comisión la integran tres médicos cirujanos designados por la superintendencia de AFP, los cuales son contratados a honorarios (Reglamento Nº 57, del 28 de marzo de 1991).

2.3.3 Pensión de Sobrevivencia.

La pensión de sobrevivencia beneficia a los integrantes del grupo familiar del afiliado fallecido, siempre que concurran ciertos requisitos.

Beneficiarios:

a) El o la cónyuge sobreviviente.
b) Los hijos.
c) La madre de los hijos de filiación no matrimonial del fallecido.
d) Los padres.

Requisitos:

a) Cónyuge sobreviviente: la viuda para tener derecho al pago de esta pensión debe haber contraído matrimonio con el fallecido a lo menos con 6 meses de anticipación a la fecha de su muerte o con una anticipación no inferior a 3 años si el matrimonio tuvo lugar cuando el afiliado ya estaba pensionado por vejez o invalidez.

   En el caso del viudo para tener derecho a esta pensión debe haber sido declarado inválido por la comisión médica correspondiente aparte de los requisitos del matrimonio antes citado.

b) Los hijos: deben ser solteros, ser menor de 18 años, ser mayor de 18 años y menor de 24 años, si son estudiantes de enseñanza básica, media, técnica o superior o inválidos de cualquier edad.

c) La madre de los hijos de filiación no matrimonial del causante: al momento de fallecer el afiliado deberá ser soltera o viuda y además tiene que haber vivido a expensas del causante.

d) Los padres del afiliado fallecido: siempre y cuando falten todas las otras personas antes mencionadas y además siempre que a la fecha de la muerte del afiliado, estos hayan sido cargas familiares del causante.

2.4. Régimen de pensiones anterior y actual.

En el año 1924, vio la luz el primer programa de seguridad social de chile, el cual perduraría por casi 60 años, registrando pocas modificaciones durante su vigencia, este programa a su vez fue el primero de Latinoamérica, convirtiendo a nuestro país , en un pionero, en lo que dice relación con las normas de protección de los trabajadores. En la década del 80, cuando gobernaban los destinos del país una dictadura militar, se reformó de manera profunda el sistema previsional chileno, pasando a ser privado y adoptando una forma de financiamiento nunca antes vista en el mundo.

2.4.1. Sistema Antiguo.

El programa de seguridad implementado a contar de 1924, se fundaba básicamente en un sistema de reparto, el cual consideraba una cobertura previsional amplia, donde se incluía: vejez, incapacidad y muerte, además de los subsidios de enfermedad y muerte. Este tipo de cobertura que incluía el primer sistema previsional no poseía alcance nacional, debido a que se fragmentaba en tres tipos de empleo: trabajadores manuales, empleados asalariados y empleados públicos, además de otros 50 subsistemas de menor implicancia, trayendo como consecuencia una situación de injusticia a la hora de repartir los beneficios, ya que se favorecía a los grupos con mayor influencia política y económica, en desmedro de los grupos menos influyentes.

Este sistema se le conocía como Sistema de Financiamiento Sobre la Marcha, el cual se financiaba con los aportes de los trabajadores activos, además de los empleadores y el Estado, los cuales debían financiar a los trabajadores que se retiraban. Lo anteriormente descrito, proporciona elementos para considerar al antiguo sistema como un Sistema de Reparto con aportes estatales, debido a que no era necesaria la acumulación de reservas.

Esto se manifestaba en que el nivel de pensiones que los trabajadores recibían al momento de jubilar no decía relación con los aportes que estos habían efectuado al sistema durante su desempeño como trabajadores. Esto trajo como inevitable consecuencia un aumento de los aportes fiscales al sistema para que este pudiera seguir pagando las pensiones que tenía comprometidas. Por otro lado el sistema también fue criticado por lo bajo de las pensiones y por su burocracia.

Respecto de su funcionamiento el antiguo sistema funcionaba de acuerdo a un sistema de Cajas de Previsión, estas se preocupaban de recaudar las cotizaciones, las que provenían de los trabajadores y de los empleadores, además debían pagar los beneficios que contemplaba el sistema.

Nacieron así alrededor de 45 cajas de previsión, más algunos sistemas de bienestar y el servicio de seguro social para el sector obrero.

Características del Sistema.

- Régimen financiero de reparto.
- Existencia de un fondo común en el que se retiraban los aportes en la medida de las necesidades, no habiendo por tanto relación del aporte y el beneficio.
- La constancia del aporte era un tema fundamental (la planilla de imposiciones debía estar llena)

Cajas de Previsión del Antiguo Sistema.

Durante la vigencia del antiguo sistema llegaron a existir cerca de 45 cajas de previsión, llegando a existir al momento de cambiar de sistema a fines de la década del setenta, 32 cajas de previsión, siendo algunas de ellas las siguientes: Caja de Empleados Particulares, Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, etc.

Descripción del Sistema Antiguo de Pensiones.

En este sistema, las pensiones se otorgaban por antigüedad o por vejez. Siendo la regla general, la jubilación por antigüedad, la que exigía 25 ó 30 años de servicio, no considerando la edad de la persona. La excepción a la regala era el Servicio de Seguro Social, el que exigía como edad mínima 65 años de edad en el caso de los hombres, 60 años de edad en el caso de las mujeres. En cualquiera de estos casos la Ley exigía una densidad impositiva para acceder a la jubilación, en el supuesto que no existiese densidad impositiva no había jubilación.

Los trabajadores debían tener una libreta de imposiciones, donde cada vez que imponían se le agregaba una estampilla, cuestión que dio origen a una mala práctica que consistía en el lavado de estampillas, las cuales eran compradas por los trabajadores a un determinado precio, para alcanzar la densidad requerida para jubilar.

Por otro lado, el sistema monto de las pensiones era extremadamente variable, debido a que tenía directa relación con las remuneraciones del imponente, es decir, si la remuneración era alta la jubilación sería alta, por el contrario, si la remuneración era baja la jubilación sería baja.

CLASE 11

Deficiencias del Antiguo Sistema de Pensiones.

El antiguo sistema de pensiones, tuvo muchos detractores, los que fundaban sus críticas en los insatisfactorios resultados que éste presentó, es así, como a contar de la década del 50 se comenzaron a realizar las primeras modificaciones a las Leyes que regulaban las pensiones.

Las deficiencias de este sistema se pueden sintetizar en las siguientes:

a) Falta de igualdad: esto se manifestaba en los más de cien regímenes de previsión distintos, los que afiliaban a los trabajadores dependiendo de su categoría, es decir, si eran obreros o empleados y de la actividad que desempeñaban, es decir, si pertenecían al sector público, puertos, bancarios, ferrocarriles, municipalidades, etc.

   Todo esto generaba una desigualdad en el trato de los afiliados, se producía discriminación a favor de determinados grupos, debido a que, se establecían diferencias en los mecanismos de cálculo de las jubilaciones, como así mismo, se establecían requisitos diferentes para jubilar.

b) Excesiva dependencia del estado: al tratarse de un sistema de reparto se hace inevitable la dependencia estatal, pues es éste el que debe suplir la falta de cotizaciones por parte de los afiliados activos. Sólo de esta manera se podían pagar las pensiones del sector pasivo (jubilados). Con el transcurso de los años de funcionamiento del antiguo sistema, los afiliados pasivos comenzaron a aumentar de forma considerable, lo que generó que el sistema se desfinanciara paulatinamente, cuestión que plantío la disyuntiva de si disminuir los montos de las pensiones o cambiar el sistema, obstándose por esta última.

c) No existía la reajustabilidad automática: las cajas de previsión tenían ciertos mecanismos de reajustabilidad, que no tenían relación con la variación experimentada por el IPC (Índice de Precios al Consumidor)

d) Inseguridad para los imponentes: para poder acceder a la jubilación los afiliados debían tener la categoría de imponentes, es decir, si un trabajador al cumplir con los años para jubilar no tenía la categoría de imponente por estar cesante durante los últimos períodos, no podía jubilar, sin importar que la persona cotizara durante todo el período anterior de su vida laboral.

   Otro factor de inseguridad para los imponentes del antiguo sistema, lo constituía la exigencia de algunas cajas previsionales de la consistencia de las imposiciones, en la

práctica debía haber una concordancia entre el número de semanas trascurridas con las imposiciones efectuadas, si esto no ocurría la persona no se podía jubilar.

2.4.2. Sistema Actual de Pensiones.

Los primeros indicios de cambio en el sistema de pensiones se comenzaron a ver con la entrada en vigencia del Decreto Ley 2478 del año 1979, el cual buscó dar uniformidad a las prestaciones que daban las cajas de previsión, combinó los requisitos de años de servicio con la edad. En la práctica las cajas que exigían 25 años de servicio como requisitos para jubilar, también exigían tener la edad de 65 ó 60 años dependiendo si se trataba de hombres o mujeres. En el caso de las pensiones de vejez, se les exigió 10 años de imposiciones y el requisito de la edad.

Además del DL 2468, se dictaron otras normas que tenían como finalidad cambiar el sistema de pensiones, es así, como en 1980, se dictan varias normas legales, dentro de las cuales destacan las siguientes: DL 3500 (nuevo sistema de pensiones), DL 3501 (decía relación con las personas que decidían quedarse en el antiguo sistema) y el DL 3502.

La nueva legislación permitía optar por permanecer en el antiguo sistema o bien por el nuevo sistema. Con el nuevo sistema se habla de pensión, abandonando el término jubilación. Por otra parte, la pensión por edad pasa a ser la regla general.

Se crea el INP, el que tiene por objetivo refundir las cajas de previsión, éste es un organismo autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propio, es una caja de previsión administrada por el estado, la cual deberá mantenerse hasta que desaparezcan los afiliados del sistema antiguo.

Características del Actual Sistema de AFP.

a) Capitalización individual, es decir, que el nivel de beneficios que obtengan los afiliados está directamente relacionado con el esfuerzo impositivo de su vida como trabajador.
b) Administración privada: los recursos que financian el sistema provienen de los afiliados, quedando la administración de ellos en manos de instituciones privadas denominadas. Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).
c) Los fondos recaudados son invertidos de manera controlada, con la finalidad de: aumentar el fondo previsional (hacerlo más rentable) y dinamizar la economía nacional.
d) El trabajador es libre de elegir en que AFP cotizar.
e) El estado no tiene participación en la gestión, sólo se limita a fijar las reglas, hacerlas cumplir y asegurar pensiones mínimas.
f) El sistema descansa en un principio elemental, mientras mayor sea el monto reunido por el afiliado, mayor será la pensión que obtendrá. Se puede cotizar por sobre la tasa legal, además se puede tener una cuenta de ahorro voluntaria.

g) Existen pensiones mínimas garantizadas por el estado para el caso en que el afiliado no logre acumular el dinero suficiente que le permita financiar la pensión.
h) Se crean mecanismos de fiscalización a través de la superintendencia de administradoras de fondos de pensiones.

Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

Las AFP son empresas con fines de lucro, se deben constituir como sociedades anónimas de giro único, el cual es administrar un fondo de pensiones y otorgar las prestaciones legales.

Los fondos son el medio por el que las AFP depositan los ahorros de los afiliados, existen unos de mayor riesgo y otros menos riesgosos, en la actualidad son 5 y son invertidos principalmente en el extranjero.

2.5. Asignación por muerte y asignaciones familiares.

Las asignaciones familiares comienzan a existir en nuestro país a partir de 1936, con la entrada en vigencia de la Ley 6.020 de 1936, este cuerpo legal regulaba el sueldo vital de los empleados particulares, es decir, la remuneración mínima con la que un trabajador debía cubrir sus gastos de alimentación, vivienda, ahorro y vestuario, esta ley sólo se preocupaba de las necesidades del trabajador y no las de su grupo familiar.

Es así como se establece la asignación familiar, estas consideran los gastos de alimentación, vivienda y vestuario de todos los integrantes del grupo familiar, siempre que las personas dependiesen económicamente del trabajador. Este primer intento por establecer una asignación familiar equivalía a ¾ del sueldo vital. La Ley 6.020 fue modificada en el año 1953, estableciéndose que la asignación familiar se reajustaría de acuerdo al IPC.

Hasta antes de la entrada en vigencia de la reforma al sistema de pensiones, existían cerca de cuarenta sistemas distintos de prestaciones, con diferentes tipos de asignaciones familiares, esto se explicaba básicamente por la existencia de las cajas de previsión. Estas asignaciones podían tener una fuente (origen) legal o un contrato colectivo.

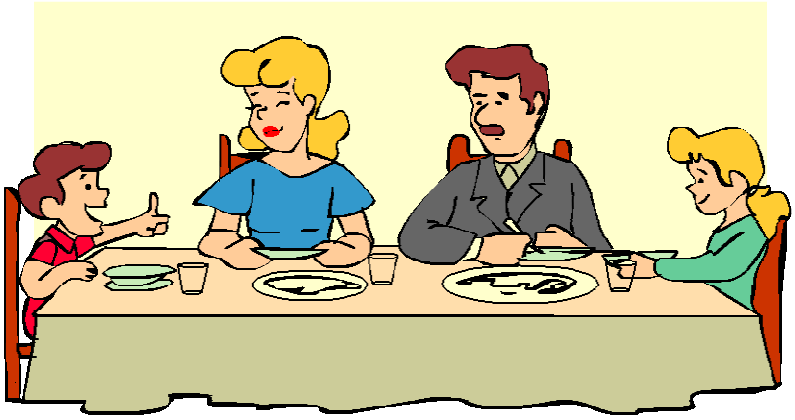
A partir del año 1973 se instauró un sistema de asignación familiar único, para todos los afiliados, a su vez se crea la asignación de maternidad, con el objeto de ayudar a las trabajadoras embarazadas. Estas dos modificaciones fueron establecidas por el Decreto Ley 97 del año 1973 y por el Decreto Ley 307 que data del año 1974.

Con posterioridad a estas modificaciones legales, se dicta el Decreto con Fuerza de Ley 150, el cual le agregó a las asignaciones familiares un subsidio de cesantía.

2.5.1. Personas Afectas al Sistema de Cargas Familiares.

a) Afiliados del sector público y privado.
b) Personas beneficiadas con subsidio o pensionados.
c) Independientes que estén afiliados a un sistema previsional que considere la asignación familiar.
d) Madres de hijos no matrimoniales que hubieren estado viviendo a expensas del fallecido.
e) Beneficiarios de la pensión de viudez.
f) Personas naturales que producto de una medida de protección tengan menores bajo su cargo.
g) Instituciones estatales o que estén reconocidas por el Estado que tengan a su cargo la crianza de niños inválidos, huérfanos, etc.

2.5.2. Cargas Familiares.



a) La cónyuge y el cónyuge inválido, siempre que ésta situación se acredite mediante un certificado médico.
b) Madre viuda.
c) Hijos menores de 18 años y los mayores de edad hasta los 24 años de edad, siempre y cuando estén estudiando en cursos regulares de enseñanza media, técnica profesional, especializada o superior, siempre que sean instituciones reconocidas por el estado o estatal.
d) Nietos y Bisnietos huérfanos de padre o madre o abandonados por estos hasta los 18 años o hasta los 24 años si estudian.
e) Niños abandonados o huérfanos hasta los 18 años de edad, que hayan sido tomados por instituciones estatales.
f) Ascendientes mayores de 65 años.
g) Niños que han sido entregados por medidas de protección de un adulto hasta los 18 años o 24 años si estudian.

2.5.3. Condiciones de Otorgamiento de las Asignaciones Familiares.

La Ley establece una serie de condiciones para otorgar una asignación familiar, la primera establece que la carga sólo da derecho al pago de una asignación familiar aunque el obligado al pago de una cotización (afecto) de una asignación cotice en más de una institución previsional o más de un trabajo, otra condición establece que la asignación familiar debe ser percibida, por regla general, por aquella persona a cuya expensa vive la carga familiar. Por último, se puede señalar que una persona puede ser carga de más de una persona afecta.

CLASE 12

2.5.4. Monto de las Asignaciones Familiares.

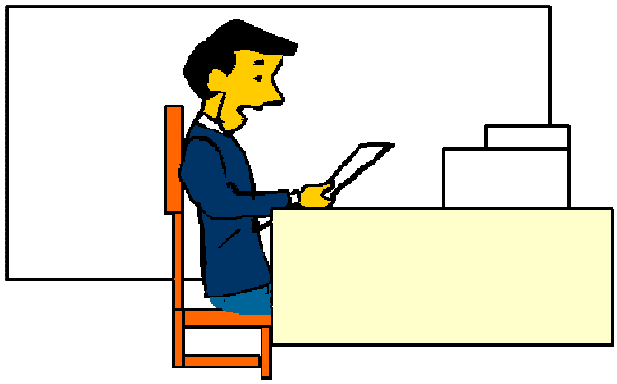
Los montos de las asignaciones varían dependiendo de las remuneraciones de los afectos a las cargas:

a) Cuando la remuneración no excede del ingreso mínimo, el monto de la asignación es de aproximadamente $3.700.
b) Si la remuneración de la persona es superior a un ingreso mínimo y menor de $220.000 la asignación disminuye a cerca de $3.500.
c) Si la remuneración supera los 2 ingresos mínimos y es menor de 3 la asignación será de 1.500 por cada carga.
d) Si la remuneración excede de 3 ingresos mínimos no da lugar a asignación.

Las asignaciones son pagadas por los empleadores quienes a su vez recuperan o descuentan del sistema previsional.

2.6. Cesantía.

La cesantía, es aquella situación en que un trabajador no tiene trabajo y por tanto carece de remuneración, en otras palabras, se habla de cesantía cuando la población activa, es decir, aquella que está en condiciones, en edad y disposición de trabajar, carece de empleo.



En la actualidad existe en la mayoría de los países del mundo, donde rige el sistema económico neoliberal, una tendencia a privilegiar la empleabilidad laboral por sobre la estabilidad

del empleo.

Nuestro país no está ajeno a esta realidad, los encargados de administrar las empresas nacionales han instaurado la rotación de trabajadores, con la finalidad de abaratar costos, privilegiando de esta manera la empleabilidad por sobre la estabilidad. Esto ha traído como inevitable consecuencia que un porcentaje importante de la población activa del país actualmente se encuentre cesante.

La empleabilidad dice relación con la posibilidad de que un trabajador que ha perdido su empleo, encuentre otro. Para lograr este objetivo se requiere de capacitación, cuestión que el Estado a tratado de privilegiar por medio de incentivos tributarios.

Por otro lado, no existe en Chile una legislación que garantice la estabilidad ni la empleabilidad laboral, en el Acta Constitucional número 3 de la Constitución Política de La República de 1980, se establecía el derecho al trabajo (el Estado tendría la obligación de garantizar los puestos de trabajo o bien crearlos), esto quedo sólo en buenas intenciones, pues nunca se incorporó a la carta fundamental. En el año 2001 se intentó reponer el derecho al trabajo en la reforma al Código del Trabajo, cuestión que no se concreto debido a que el congreso no lo aprobó, esto a pesar de estar garantizado en tratados internacionales ratificados por nuestro país (Art. 14 de la Declaración Americana de Derechos del Hombre.).

Por todo lo anterior, es que se ha hecho imprescindible que el Estado legisle, con la finalidad de proteger a los trabajadores, cuando estos se ven enfrentados al desempleo. Es así, como en el año 2001 se publica después de una ardua discusión en el parlamento, la Ley 19.728, la cual crea el Seguro de Cesantía.

2.6.1. Seguro de Cesantía.

La Ley 19.728 en su Art. 1, establece el seguro obligatorio de cesantía, el cual tiene por finalidad proteger a los trabajadores dependientes, regidos por el Código del Trabajo, en la eventualidad de que estos queden cesantes, proporcionándoles beneficios monetarios, de asignación familiar, de salud, becas de capacitación y acceso a la Bolsa Nacional de Empleo. Este seguro deben tenerlo todos los trabajadores con contrato, ya sea a plazo fijo, por obra o servicio o indefinido, firmados después del 2 de octubre del año 2002 y regidos por el Código del Trabajo.

El seguro opera de la siguiente manera: el trabajador será poseedor de una cuenta individual, donde él y su empleador deberán cotizar mensualmente un porcentaje de su remuneración. De esta forma cuando el trabajador pierda su trabajo, podrá retirar los recursos acumulados en su cuenta y en caso que no cuente con las cotizaciones necesarias podrá recurrir al fondo solidario, conformado por aportes del empleador y del Estado.

2.6.2. Financiamiento del Seguro de Cesantía.

El seguro se financia con aportes provenientes del trabajador, empleador y el Estado. El monto de las cotizaciones está ligado al tipo de contrato de trabajo: los trabajadores que cuenten con contrato indefinido deberán cotizar un 0,6% de su remuneración imponible. Los trabajadores con contrato a plazo fijo o por obra o faena no deberán hacer aportes.

El empleador deberá aportar el 2,4% de las remuneraciones imponibles del trabajador. Sólo el 1,6% de este aporte va dirigido a la cuenta individual del trabajador, el porcentaje restante va dirigido al Fondo de Cesantía Solidario. En el caso de los trabajadores con contrato a plazo fijo, el empleador deberá aportar el 3% de las remuneraciones imponibles del trabajador.

El tercer financista del seguro es el Estado, el cual aporta todos los años 225.792 unidades tributarias mensuales, las cuales van dirigidas al Fondo de Cesantía Solidario.

Requisitos para que un Trabajador Cobre el Seguro.

a) Estar cesante.
b) Si el trabajador poseía contrato indefinido estará obligado a acreditar 12 cotizaciones continuas o discontinuas.
c) En el caso que el trabajador cuente con contrato a plazo fijo, deberá acreditar al menos 6 cotizaciones mensuales continuas o discontinuas.

2.6.3. Cobro del Seguro de Cesantía.

Los trabajadores podrán girar mensualmente de su cuenta individual todas las veces que su saldo lo permita, en conformidad con los siguientes porcentajes.

Meses	Porcentaje promedio de remuneración de los últimos 6 ó 12 meses, según corresponda
Primero	50%
Segundo	45%
Tercero	40%
Cuarto	35%
Quinto	30%
Sexto	25%
Séptimo o superior	20%

Puede ocurrir que el último mes de prestación del beneficio el porcentaje que indica la tabla sea inferior, puesto que este corresponderá al saldo pendiente de su cuenta individual.

2.6.4. Fondo de Cesantía Solidario.

Este fondo tiene el propósito de financiar las prestaciones mínimas, garantizadas por la Ley, a los cesantes que cumpliendo con los requisitos, no dispongan o hayan agotado los recursos necesarios en su cuenta individual al momento de perder el trabajo. El Estado y el empleador (0,8) son los encargados de financiar el fondo solidario.

Las prestaciones de este fondo, se pagarán por 5 meses al trabajador que cuente con contrato indefinido, en el caso de trabajadores que cuenten con contrato a plazo fijo, sólo se le pagará por 2 meses. Con todo, si la tasa de cesantía publicada por INE (Instituto Nacional de Estadística) excede en 1 punto porcentual el promedio de los últimos 4 años, se podrá recibir hasta por dos meses más.

2.6.5. Otros Beneficios del Seguro de Cesantía.

Además de las prestaciones en dinero, existen también beneficios de salud, asignaciones familiares y se apoya la reinserción laboral del trabajador cesante a través becas de capacitación y la Bolsa Nacional de Empleo (facilita la búsqueda y el ofrecimiento de vacantes para los trabajadores cesantes afiliados al Seguro).

RAMO: SEGURIDAD SOCIAL

UNIDAD II

INSTITUCIONES DE SALUD Y PREVISION SOCIAL

CLASE 01

1. INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL.

La Constitución Política de la República de Chile de 1980 establece como un derecho constitucional la protección a la salud. Se elevó a fundamental el deber preferente del Estado a garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

La norma que estableció de manera inicial esta materia fue el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de fecha 9 de marzo del año 1981; este cuerpo legal autoriza la constitución de las Instituciones de Salud Previsional, conocidas como ISAPRE, regulando su funcionamiento y tratándolas como organismos privados a los cuales los trabajadores pueden incorporarse como alternativa de los Servicios de Salud y del Fondo Nacional de Salud (Fonasa).

En el año 1985 entra en vigencia la Ley N° 18.469, la que reestructuraría, junto con otras leyes, el sector de la salud, creando un régimen único de cotizaciones obligatorias, incorporando a las ISAPRE al sistema de salud vigente en Chile.

Los objetivos que busca el actual sistema de salud, establecido por esas normas, son los siguientes:

a) Hacer efectivo el derecho a poder elegir el sistema al cual pertenecer (público o privado).

b) Acotar la inmensa carga de atención de salud demandada al sistema público.

c) Estimular el desarrollo de la estructura privada en el campo de la salud.

d) Llevar a la realidad el rol de subsidiariedad que tiene el Estado con el fin de obtener que éste se haga responsable de la salud sólo de aquellos trabajadores que no tienen los medios económicos para solucionar sus problemas de manera individual.

El 9 de marzo de 1990, se publicó la ley 18.933, que derogó el D.F.L. Nº 3. La principal innovación de esta nueva normativa fue la creación de un organismo contralor del sistema denominado Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional.

En el Diario Oficial del 3 de mayo de 1995, se publicó la ley 19.381, que introduce importantes modificaciones en la materia, tendientes a perfeccionar el sistema en aquellos aspectos solucionables en el corto plazo, los que se pueden resumir en los siguientes:

A continuación se trata de manera integral la estructura de las instituciones de salud previsional.

1.1 ISAPRES.

Estas instituciones deben cumplir con ciertos requisitos para obtener la facultad de desarrollar su función.

1.1.1 Constitución de las ISAPRES.

Lo primero que hay que saber es que las ISAPRES constituyen el sistema privado de administración de la salud en Chile, en contraposición a FONASA, que es la institución a cargo del sistema de administración pública de la salud.

El capital inicial mínimo con que debe contar la ISAPRE es de 5.000 UF, el que debe estar pagado en el instante de solicitar su incorporación al registro de la Superintendencia de Salud. Además, debe constituir una garantía de 2.000 UF y mantener de forma constante un patrimonio promedio de 5.000 UF.

La Superintendencia les obliga a que tengan en sus arcas el equivalente a un mes de cotizaciones de todos los afiliados que pertenecen a ella.

Estas instituciones funcionan sobre la base de un contrato de salud previsional, en donde no existen las afiliaciones de carácter obligatorio. Tampoco existe la automaticidad como ocurre en el sistema público.

A la Superintendencia se le notifica cada uno de los contratos que esta institución suscribe con sus afiliados, además, se le debe notificar a la empresa del trabajador dependiente para que esta realice los descuentos correspondientes a las cotizaciones de este. Dicho contrato es un documento que se puede discutir y establecer de manera libre entre la persona que cotiza con la ISAPRE.

Ahora bien, si se trata de un trabajador independiente, este también puede estar incorporado a este sistema.

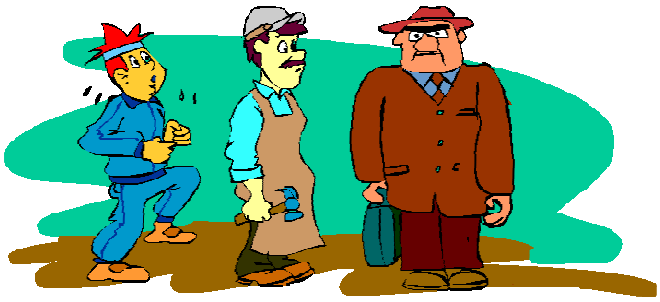
1.1.2 Definición de las ISAPRES.

Instituciones de derecho privado, cuyo único fin es otorgar a sus afiliados y beneficiarios las prestaciones y beneficios legales acordados, sea de manera directa o a través de todas aquellas actividades complementarias realizadas con ese objetivo, con cargo al 7% de la remuneración o renta imponible o a una superior acordada por los contratantes.

1.1.2 Clasificación de las ISAPRES.

a) Abiertas: son a las que se puede afiliar cualquier trabajador.

b) Cerradas: son las creadas en el interior de una determinada empresa con el objetivo dar prestaciones a sus trabajadores.



1.1.3 Formas a la cual pueden pertenecer las ISAPRES.

No es requisito para las ISAPRES que estas busquen un fin de lucro, ya que pueden constituirse de manera libre, sin este presupuesto, como empresas o corporaciones.

El presupuesto indispensable, es que estas instituciones deben estar constituidas como personas jurídicas y tienen que pertenecer al registro de ISAPRES que lleva la Superintendencia de Salud.

1.1.4 Objetivo de las ISAPRES.

Como se dijo, las ISAPRES tienen como único objetivo el otorgamiento de prestaciones de carácter pecuniarias y médicas, que son entregadas por este régimen privado de salud, en sustitución del régimen público.

- El registro de ISAPRES llevado por la Superintendencia de salud.

La Superintendencia debe corroborar el cumplimiento de todos los requisitos legales para que la ISAPRE funcione como tal, además, debe llevar un registro detallado de cada una de estas instituciones de salud previsional en Chile.

Este registro es un requisito obligatorio para que un organismo privado pueda poseer el estatus de ISAPRE.

La institución de salud previsional debe enviar solicitud para pertenecer a este registro, una vez que ha cumplido con los requisitos ya señalados. Frente a esta solicitud debe haber un pronunciamiento por parte de la Superintendencia de Salud en un plazo no mayor a 60 días, donde puede aprobar o rechazarla, dependiendo si la institución interesada cumple o no con los requisitos legales; esta aprobación o el rechazo deberá hacerlo por medio de una resolución fundada al efecto. Si no se diera la aprobación necesaria para que la ISAPRE funcione como tal, esta puede interponer una reposición dentro de los 10 días siguientes a la notificación de la resolución del ente fiscalizador.

- Normas dictadas por la Superintendencia de salud y que rigen a las ISAPRES.

La Superintendencia puede interpretar de manera administrativa, dentro de su competencia, las normas, reglamentos, leyes y demás cuerpos normativos que regulen a las ISAPRES e impartir las instrucciones, que deben aplicarse de manera general y dictar órdenes para el debido cumplimiento de las mismas.

Estas instrucciones, órdenes o circulares son de carácter obligatorio para cada una de las ISAPRES, las que pueden ser sancionadas con multas que pueden llegar a las 500 UF.

- Resolución de conflictos entre las ISAPRES y sus cotizantes.

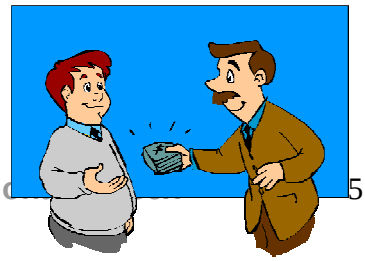
Por mandato legal, se faculta a la Superintendencia de Salud para que actúe como un árbitro para resolver las discrepancias y conflictos de intereses suscitados entre la institución de salud previsional y sus cotizantes, sin que procedan recursos en contra de la resolución tomada por la entidad fiscalizadora. Sin embargo, si se quisiera reclamar en otra sede, siempre queda abierta la posibilidad y el derecho para que el interesado solicite la resolución del conflicto ante los tribunales ordinarios de justicia pertenecientes al Poder Judicial.

- Publicación de información actualizada de las ISAPRES.

Otra función que se le encarga a todas las ISAPRES es la de publicar en los distintos medios de comunicación, de manera periódica, toda la información de interés general respecto a su estado económico, jurídico y financiero, la que deberá efectuarse al menos una vez cada año.

- Sanciones que se les puede aplicar a las ISAPRES.

La Superintendencia de Salud posee la potestad de aplicar las sanciones de las cuales se encuentra empoderada, las que pueden ser las siguientes:



- Amonestaciones.

- Multas de hasta 500 UF.

- Cancelación en el registro de la respectiva ISAPRE.

- Amonestaciones o multas que puede imponer la Superintendencia de Salud.

Estas sanciones son aplicadas, en general, cuando existe un incumplimiento de la ISAPRE frente a sus obligaciones legales, o cuando desobedece alguna instrucción y/o dictamen de aplicación general impartida por la Superintendencia.

Respecto a la multa, esta pasa a formar parte de las arcas económicas del Fisco, la que no puede sobrepasar las 500 UF.

Tanto la ISAPRE sancionada, así como sus directores o representantes son responsables de manera solidaria en el pago de las multas, salvo que éstos últimos hayan probado que no tuvieron participación o que se opusieron al hecho que dio origen a la multa.

- Cancelación en el registro de ISAPRES.

Esta sanción debe imponerse por una resolución fundada impartida por la Superintendencia de Salud, la que se impondrá en los siguientes casos:

- Cuando haya una disminución en el patrimonio de la ISAPRE que equivalga a una suma inferior a 5.000 UF, sin que esta situación haya sido solucionada dentro de los 90 días siguientes a la comunicación que le hace la Superintendencia de esta situación.

- Incumplimiento grave y que se haya reiterado durante los últimos 12 meses, de las obligaciones legales exigidas a la ISAPRE o a las instrucciones que le haya impuesto la Superintendencia de Salud. Para que la falta sea comprobada, cada una de los incumplimientos, deben haber sido sancionados con anterioridad por la entidad fiscalizadora, solo eso probará la reiteración del incumplimiento.

- Cuando la garantía legal exigida a la ISAPRE, que es de 2.000 UF, disminuya por debajo de este valor y que aquella situación no sea solucionada dentro de un plazo que determinará la Superintendencia, tomando en consideración la situación de cada institución de salud previsional.

- Cuando la ISAPRE se declare en quiebra.

- Pérdida de la personalidad jurídica por parte de la ISAPRE.

Cuando la propia ISAPRE pide la cancelación.

- Incorporación de los trabajadores a una ISAPRE.

Esta incorporación tiene la característica de ser optativa. Esta se concreta a través de la celebración del *"Contrato de Salud"*, que se celebra entre la ISAPRE y sus cotizantes.

Conforme a las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Salud, debe dejarse constancia escrita de toda suscripción, modificación o término de cada uno de los contratos de salud entre la ISAPRE y sus cotizantes, este registro se materializa por medio del *"Formulario Único de Notificación (FUN)".*

La ISAPRE debe comunicar la celebración de este instrumento jurídico a la Superintendencia y al organismo encargado de pagar la pensión o respectivo empleador (en caso de tratarse de un trabajador dependiente), dentro de los 10 primeros días del mes siguiente al que se suscribió el contrato, mismo plazo que se utiliza en caso que se termine dicho pacto. Cada una de estas notificaciones se llevará a cabo por medio del FUN.

Los beneficios previsionales establecidos en el contrato se otorgan de manera legal, al cotizante, a todos los integrantes de su familia actuales y a los que se incorporen a ella. Las ISAPRES, además, pueden pactar y aceptar a otros beneficiarios distintos a las personas señaladas.

CLASE 02

1.1.5 FONASA.

FONASA es el Fondo Nacional de Salud, y constituye el sistema público de la administración sanitaria en Chile.

Este sistema tiene su base normativa en la Ley N° 18.469, del año 1985 y su correspondiente reglamento, que es el Decreto N° 369, dictado por el Ministerio de Salud, el cual entra en vigencia en el año 1986.

El cuerpo legal nombrado reguló un sistema de general aplicación, que contempla aspectos avocados a la prevención y a la curación de los afiliados. La titularidad en la administración y fiscalización está en manos de FONASA, institución que se creó por el Decreto Ley N° 2.763, del año 1979, entidad que fue la continuadora del Servicio Médico Nacional que existió hasta esa época. FONASA, además, se hizo cargo de otras labores, principalmente enfocadas al financiamiento, el cual estaba, hasta ese entonces en manos del Servicio Nacional de Salud, que fue el antecesor de los actuales Servicios de Salud.

El sistema público de salud esta compuesto por hospitales, clínicas, policlínicos, cesfam, consultas médicas, postas, etcétera.

1.1.5.1. Manera en que funciona FONASA.

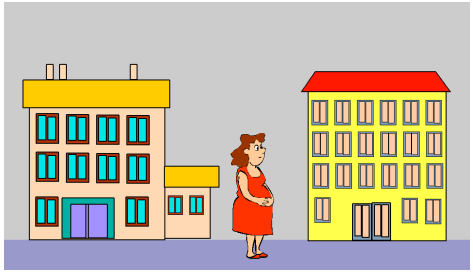
Este Fondo Nacional de Salud opera a través del *"Sistema de Reparto"*, el que se concreta con la entrega de prestaciones de carácter médico, las que se pueden materializan de 2 maneras:

a) Institucionalmente.

Los beneficios son entregados por las entidades que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud o por organismos públicos o empresas privadas con los que aquellos órganos celebran convenios con ese fin. Los cotizantes pueden elegir de manera libre en el establecimiento que quieren ser atendidos y en su interior al profesional que los atenderá.

b) Con libre elección.

El cotizante puede escoger libremente a los profesionales u organismos privados o públicos para la entrega de las prestaciones, sólo se les exige que estén inscritos en el sistema público de salud.



1.1.5.2. Financiamiento de FONASA.

Esta institución se sustenta con la recaudación del 7% del ingreso remuneracional mensual o renta imponible, que debe ser enterado por todos los afiliados y con los pagos que estos deben hacer de manera directa cada una de las veces que utilizan el sistema.

Estas tarifas, que se pagan al utilizar FONASA, se establecen de manera conjunta por los Ministerios de Hacienda y de Salud, en base a la proposición hecha por el Fondo Nacional de Salud.

Para realizar el pago de estos valores se dividió a los afiliados al sistema en 4 grupos:

- Grupo A: Personas en estado de indigencia y los carentes de recursos económicos; componen también este grupo los pensionados asistencialmente por el Decreto Ley N° 869 y los causantes beneficiarios del subsidio familiar asistencial establecido por la Ley N° 18.020.

- Grupo B: Personas con sueldos menores o iguales al ingreso mínimo remuneracional.

- Grupo C y D: Trabajadores con un sueldo mayor al ingreso mínimo remuneracional.

De esta manera, las personas que pertenecen a los grupos A y B reciben un bono ascendente al 100% de la tarifa requerida. En cambio, si se trata de sujetos pertenecientes al grupo C el monto de dicho beneficio es de un 70% de la tarifa, y a los integrantes del grupo D el Estado les cubre el 50% de la tarifa que deban pagar.

En caso que se trate de un parto, el Estado cubre el 100% para las personas que pertenecen a los grupos A y B, en cambio, para los grupos C y D el 70%.

Aparte de estos dineros, FONASA recibe aportes del Fisco, para subsanar el déficit presupuestario que se generan entre la entrega de los beneficios y las cotizaciones pagadas por los afiliados.

Realice Ejercicio Nº1

1.1.6 Mutuales de Seguridad.

Es otra institución presente en el sistema previsional chileno, a través de la cual los trabajadores pueden obtener prestaciones y beneficios de carácter social.

- Definición de las mutuales de seguridad.

Instituciones administradoras de un fondo común creado por los trabajadores asociados a ellas y que tienen como finalidad la entrega de prestaciones y beneficios a sus integrantes.

- Características de las mutuales de seguridad.

Las mutuales, como toda institución presenta ciertas características que la diferencian de otro organismo, las cuales son las siguientes:

a) Se rigen por la Ley N° 16.744.

b) Deben tener un mínimo de 20.000 trabajadores que ocupen cargos dentro de distintas empresas.

b) Estas instituciones deben poseer los medios y las instalaciones médicas óptimas para establecer centros médicos para sus miembros. Esto deberá ser acreditado para dar marcha a la mutual.

c) La dirección debe llevar a cabo acciones periódicas tendientes a la prevención de riesgos.

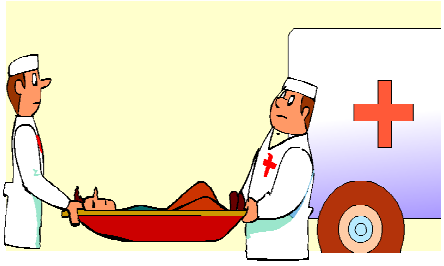
d) En su administración no deben intervenir, ni directa, ni indirectamente instituciones con fines de lucro.

e) Los miembros responden solidariamente de las obligaciones contraídas por la mutual de seguridad.

- Competencia de las mutuales.

Como estas instituciones deben pagar sumas altas por concepto de pensiones, es que, en el cobro de las cotizaciones actúan como verdaderos acreedores, donde podrán dirigir sus acciones en contra de cualquier empresa que se las deba.

Dentro de las competencias que le caben a las mutuales, se pueden encontrar las siguientes:



- En su calidad de prestadoras de servicios, por ejemplo, servicio de ambulancias, de aviones para sus miembros, entre otros.

- Puede otorgar prestaciones de otro tipo, como por ejemplo, realizando actos atingentes a prevenir riesgos en el desarrollo de una actividad remunerada.

Fiscalización de las mutuales.

Estas instituciones son supervigiladas por la Superintendencia de Seguridad Social, la que es la encargada de dictar las directrices sobre las cuales éstas organizaciones regirán sus actos. Esta institución, además, supervisa los acuerdos tomados por el directorio de las mutuales, para efectos de controlar la legalidad de aquellos.

Además de esta fiscalización, existe una prohibición de carácter legal, según la cual, las mutuales, no pueden gastar más de un 10% de sus recursos por concepto de administración.

Además, las mutuales y sus empresas asociadas deben dar una garantía, la que consiste en proporcionar seguridades que acrediten que estas podrán pagar hasta la última de las pensiones que deban en caso que cesen sus funciones, sea por el motivo que sea.

CLASE 03

1.2 Afiliados a las ISAPRES.

A continuación se estudiará los afiliados a los distintos sistemas de previsión social, partiendo, en primer término por los que están incorporados al régimen de las instituciones de salud previsional (ISAPRES); estos son los siguientes:

a) Trabajadores que imponen, ya sea de manera independiente, dependiente o voluntariamente.

b) Los pensionados de los sistemas previsionales acogidos al Decreto Ley 3.500.

c) Pensionados de las cajas previsionales del sistema antiguo que hayan optado por incorporarse al nuevo sistema.

d) Pensionados que estén incorporados a alguna mutual de empleadores.

1.2.1 Afiliados a FONASA.

La incorporación al sistema se realiza de manera automática al adquirirse el estatus de afiliado al sistema público de salud y se mantiene durante el tiempo que se mantenga esa calidad o hasta que se celebre un contrato de salud con alguna de las ISAPRES registradas en la Superintendencia de Salud. Estas personas, para todos los efectos legales, se entienden como beneficiarios del sistema público de salud, y son los que a continuación se señalan:

a) Trabajadores dependientes, ya sea que presten sus servicios en el sistema privado o público.

b) Trabajadores que ejerzan sus labores de manera independiente y que coticen en cualquier régimen de previsión social.

c) Los trabajadores que coticen de manera voluntaria en alguna ISAPRE.

d) Las personas que tengan la calidad de pensionados, pertenezcan al sistema que sea.

e) Los trabajadores que se encuentren recibiendo el seguro de cesantía y por incapacidad para trabajar de manera temporal.

f) Además, poseen la calidad de beneficiarios, las personas que constituyan cargas familiares de los afiliados y que sean trabajadores dependientes, independientes y pensionados.

1.2.2 Afiliados a las mutuales.

Las mutuales, como son instituciones en las cuales, los trabajadores y empleadores pueden incorporarse de manera voluntaria, los afiliados a ellas serán, precisamente, estos. No necesariamente deben pertenecer a un sistema de la economía determinado, lo que interesa es que se incorporen a la mutual de manera libre, donde, el requisito que deberán cumplir, será pagar las cuotas respectivas, las que configurarán el fondo común con cargo al cual se pagarán los beneficios y prestaciones establecidos en los contratos celebrados para ser parte de esta clase de entidades.

1.2.3 Permanencia de los afiliados a las ISAPRES.

A continuación corresponde estudiar la permanencia a los distintos tipos de sistema previsionales que se encuentran vigentes en Chile, y en primer lugar, la permanencia de los afiliados al sistema privado de salud, es decir, a las ISAPRES.

La persona cotizante empieza a recibir los beneficios entregados por la institución de salud previsional con la cotización del mes inmediatamente anterior, a pesar de esto, la ISAPRE puede anticipar la entrada en vigencia del las prestaciones contenidas en el plan de salud, siempre que el afiliado cumpla con la condición de no estar recibiendo beneficios de otra ISAPRE o de FONASA.

Como ya se ha señalado, el afiliado recibe las prestaciones por parte de la ISAPRE en virtud de la suscripción del contrato de salud, estos deberán ser pactados por un período de tiempo indefinido y no pueden quedar sin efecto mientras se encuentren vigentes, a menos que la causa sea el incumplimiento de las cláusulas contractuales o por consentimiento de ambas partes. Respecto a este tema, no se considera incumplimiento del cotizante, el hecho de no haber sabido, por comunicación de su empleador o por el organismo encargado del pago de las pensiones, el monto de las cotizaciones acordadas.

En caso que ocurra la situación anterior, la institución de salud previsional, a petición del afiliado, debe ofrecerle un nuevo plan de salud.

1.2.4 Permanencia de los afiliados en el sistema público de salud (FONASA).

Se ha señalado que los trabajadores, por el solo hecho de empezar a formar parte de la fuerza laboral, quedan automáticamente dentro del sistema público de salud (FONASA). Este es un derecho garantizado constitucionalmente por la legislación chilena, el cual puede ser rechazado por los afiliados, renunciando e incorporándose al sistema de ISAPRES mediante la celebración del respectivo contrato de salud.

Que FONASA sea el encargado del sistema estatal, no significa que sus afiliados no puedan atenderse en clínicas privadas de atención médica, ya que por el contrario, lo pueden hacer, siempre y cuando se presenten con su credencial de salud a uno de los centros de salud particulares que se encuentren inscritos en FONASA. De esta manera, el cotizante puede obtener los beneficios de este sistema en el centro hospitalario que desee, sea privado o público, lo que garantiza la libertad de elección consagrado como uno de los principios de la seguridad social.

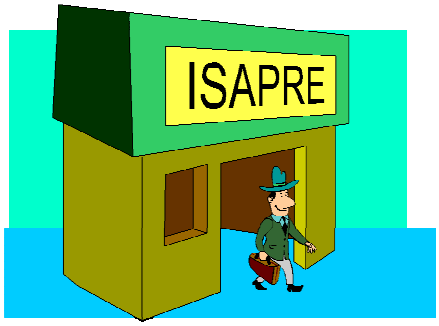
Ahora bien, mientras el afiliado se encuentre cotizando, este deberá pagar, por la obtención de beneficios, un 7% de su remuneración bruta o renta neta imponible.

1.2.5 Permanencia en las mutuales.

Como en toda institución que entrega beneficios a sus afiliados, estos, durante el período en el cual se encuentren incorporados, tienen ciertas obligaciones con su organismo previsional; lo mismo ocurre en el caso de las mutuales, en donde existe una cotización base que es pagada por el empleador, sin embargo, esta tiene un carácter excepcional, ya que estas son de los trabajadores.

También existen cotizaciones adicionales, las que fluctúan entre el 0 y el 3.4% de las remuneraciones imponibles mensuales, las que dependerán del grado de riesgos que presente la empresa, es decir, a mayor riesgo, mayores serán las cotizaciones adicionales que deberán imponer por los trabajadores que pertenecen a dicho recinto, por ejemplo, en este caso se encuentran las empresas mineras o las pesqueras de alta mar. La legislación establece, en este sentido, que las cotizaciones en las mutuales se reduzcan en la medida que la empresa acredite que ha bajado su peligrosidad en el desarrollo de sus actividades remuneradas.

1.2.6 Salida del sistema de ISAPRES.



Esta se hará efectiva una vez que se termine el respectivo contrato de salud, que es el título que acredita la incorporación y permanencia a una ISAPRE. Las causales que ponen término a este vínculo contractual son las siguientes:

- Luego de transcurrido 1 año de vigencia, por incumplimiento en el otorgamiento de las prestaciones y beneficios asociados que son de cargo de la ISAPRE.

- Por mutuo acuerdo de las partes.

- Por cesantía del trabajador. En esta situación, sin tomar en cuenta la oferta de un nuevo plan de salud y sin que existan excedentes de cotización, la ISAPRE está obligada a acceder a la desafiliación del cotizante, cuando este lo solicite.

- En caso de variación permanente de la cotización legal. Frente a esta situación, el afiliado también puede poner término al contrato de salud.

- Por desahucio del contrato por parte del afiliado. El desahucio es la comunicación que hace el trabajador a su ISAPRE, en donde le informa que dará por terminado el contrato de salud. Para esto, el cotizante debe avisar con 1 mes de anticipación a aquel en que hará efectivo su retiro. Frente a esta situación, la ISAPRE queda liberada de seguir otorgando las prestaciones y beneficios asociados. Si el trabajador se encuentra en estado de incapacidad laboral, el contrato de salud se entiende prorrogado hasta el último día del mes en que esta situación finalice. En este caso de desahucio, el vínculo contractual entre afiliado e ISAPRE, queda sin efecto desde el primer día del mes siguiente a la fecha en que el primero comunicó su decisión de no perseverar en el contrato al segundo.

1.2.7. Salida del sistema FONASA.

A diferencia del sistema privado, el sistema de salud pública no requiere de ningún término de contrato, porque la incorporación es automática, por lo que la manera de salir de este régimen es pasando a formar parte de una ISAPRE.

Además y en caso de cesantía, la persona dejará de formar parte del sistema FONASA una vez transcurrido 6 meses desde que se inició este estado. Cumplido este plazo, el sujeto pasará a formar parte del Fondo de Cesantía, en donde tendrá otro tipo de beneficios estatales. Lo que no puede ocurrir es que la persona quedé sin salud, porque esta se encuentra garantizada por la Constitución Política de Chile del año 1980.

CLASE 04

1.2.8. Salida de una mutual.

Como las mutuales se refieren a un sistema de asociación voluntaria, la salida de este régimen también es voluntaria, para lo cual se debe comunicar la decisión al comité directivo de ésta, con el fin que se borre de los registros al trabajador que ha decidido no formar parte de este tipo de organización.

Realice Ejercicio Nº 2

1.2.9 Contingencias cubiertas por las ISAPRES.

Las contingencias que deben ser cubiertas por las ISAPRES se pueden clasificar en dos categorías:

a) Coberturas obligatorias mínimas: Dentro de este tipo se encuentran las siguientes:

a.1.) Examen médico preventivo. Este es una prevención, que se puede hacer de manera periódica por el trabajador, según lo establecido en el respectivo contrato de salud vigente entre afiliado e ISAPRE.

a.2.) Control del embarazo. Medida de carácter general y protegida constitucionalmente, que apunta a hacer efectiva la garantía que establece la protección del Estado del niño que está por nacer.

a.3.) Control del niño sano. Cobertura que también puede utilizarse de manera periódica, de acuerdo al plan de salud que cada afiliado tenga con su ISAPRE y que se encuentre vigente al momento de hacer efectiva dicha prestación.

a.4.) Subsidio de incapacidad laboral. Este tipo de cobertura se hace efectiva si es que la incapacidad proviene de una enfermedad común.

b) Coberturas adicionales acordadas contractualmente por las partes. Estas son de libre discusión entre el afiliado y la ISAPRE respectiva, pero, generalmente se suele subclasificar de la siguiente manera.

b.1.) Coberturas médicas. Dentro de las cuales se encuentran las siguientes.

b.1.1.) Cobertura médica ambulatoria, como por ejemplo, los exámenes médicos, las consultas a profesionales de la salud y las intervenciones quirúrgicas.

b.1.2.) Cobertura médica por hospitalizaciones. Estas también van a depender, en cuanto a su cobertura, del plan de salud suscrito por el afiliado con su ISAPRE.

b.2.) Coberturas pecuniarias. Son las prestaciones en dinero que se acuerdan en el contrato de salud, y se refiere a la bonificación que entrega la ISAPRE para cubrir, en parte, el valor de la tarifa que los centros de salud cobran a sus afiliados cada vez que estos requieren atención médica.

La cobertura que deben entregar las ISAPRES a las atenciones de emergencia.

En caso de atenciones de este tipo, con el respaldo del debido certificado médico que acredite dicha circunstancia, los centros de atención médica, ya sean públicos o privados, aunque estos últimos no estén sujetos a convenios con la ISAPRE, deben otorgar la

prestación indispensable hasta que el paciente esté estabilizado, de manera que este pueda ser trasladado a otro centro asistencial. En estos casos, está prohibido a los prestadores de servicios médicos exigir a los afiliados al sistema de ISAPRES dineros, letras de cambio, cheques o cualquier otro instrumento de pago que garanticen el pago de estas atenciones o que condicionen de cualquier otra manera los tratamientos de emergencia.

Este tipo de atenciones deben ser acreditadas por un médico cirujano del establecimiento de salud y en aquel certificado se deberán incluir todas las atenciones prestadas.

Para entender el tema hay que clarificar algunos conceptos relevantes, los que a continuación se desarrollan:

a) Atención de emergencia o urgencia: Toda prestación o cúmulo de prestaciones que se otorguen a un individuo que se encuentre en un cuadro clínico de emergencia o urgencia, diagnosticada por el funcionario competente.

b) Emergencia: Condición de salud que puede acarrear la muerte de un individuo si no recibe ayuda médica inmediata e improrrogable; o todo estado que signifique una secuela funcional grave para una persona si es que no se le trata médicamente de forma inmediata.

   El estado clínico de emergencia se debe determinar por un diagnostico, el que tiene que, necesariamente, firmado por un médico cirujano en la unidad de urgencia del centro de salud público o privado en que el paciente es atendido; este hecho se certifica con la emisión de dicho documento por parte del funcionario.

c) Certificación del estado de emergencia: Declaración escrita y firmada por el médico cirujano que atienda al paciente en la unidad de urgencia pública o privada, en la cual se da fe que un sujeto se encuentra en un cuadro clínico de emergencia, la que, además, deberá dejar consignado el respectivo diagnóstico. La certificación debe hacerse en la ficha clínica y/o dato de atención de urgencia, la que debe consignar, a parte de la firma del médico, los siguientes datos del paciente:

   - Nombre completo.
   - RUN.
   - ISAPRE a la cual pertenece.
   - Motivo de consulta.
   - Diagnóstico.

- Fecha y hora de atención.

d) Paciente estabilizado: Aquella persona que está o ha sido objeto de una atención de emergencia y que presenta sus funciones vitales estables, de manera que, sufriendo una patología no sanada total o parcialmente, está en condiciones de ser trasladado, dentro del recinto o a otro establecimiento o a su domicilio, sin que esto signifique arriesgar su vida o la evolución de su enfermedad. La estabilización debe ser acreditada en la misma forma y en el mismo documento que certifica el estado de emergencia.

Pago de las atenciones de emergencia.

Es la ISAPRE la encargada de pagar, de manera directa, al Servicio de Salud o al centro de atención medica privado el valor de las tarifas por concepto de las prestaciones otorgadas a su afiliado. Para establecer de manera clara estos montos es necesario distinguir algunos temas:

- Si el centro de atención médica, público o privado, tiene vigente un convenio con la ISAPRE, se estará a lo establecido en dicho acuerdo.
- Si la atención médica fue otorgado por un recinto público con el que la ISAPRE no tiene suscrito ningún convenio, el valor a pagar será el que se les cobra a las personas que no son beneficiarias del sistema público y se le aplica a cada prestación otorgada, considerada individualmente.

- Si la atención fue realizada por un centro médico privado que no tiene convenio con la ISAPRE, se utilizarán las tarifas establecidas por dicho recinto asistencial.

La institución de salud previsional debe solucionar o convenir la manera de pagar las tarifas cobradas dentro de los 30 días hábiles siguientes a la fecha en la cual se le haya requerido el pago, donde se le remiten los certificados que acreditan la atención de emergencia que recibió el afiliado y la respectiva factura, en la que se consignará el monto total hasta la estabilización, con la respectiva codificación del arancel según la base de datos de FONASA. En caso que la ISAPRE requiera, esta puede, además, solicitar los exámenes y detalle de los procedimientos llevados a cabo por el médico a cargo.

Una vez que los gastos son cubiertos por la ISAPRE, esta tiene la facultad de cobrar a su afiliado el valor que exceda de lo que le corresponde pagar de acuerdo a lo convenido en el contrato de salud. Esto lo puede hacer cuando la institución de salud previsional cuente con una factura pagada o con otro documento que acredite que ha extinguido su obligación con el centro asistencial.

Dicho cobro al afiliado se sujeta a determinados parámetros:

a) Se realiza a través de una carta certificada enviada al domicilio del afiliado, este será el que la persona tenga registrado en la institución previsional.

b) En esa carta deben ir acompañados ciertos documentos, que son los siguientes:

- Una liquidación que certifique la suma de dinero pagada por la ISAPRE, el valor que correspondía pagar a dicha institución y lo que le cabe pagar al afiliado según el plan de salud acordado.

- Copia de la factura o del documento que acredite las prestaciones otorgadas al paciente y el valor de las mismas, el cual debe ser emitido por el centro médico en el cual se atendió la persona.

c) Contenido de la carta.

- La ISAPRE debe proponer a sus afiliados opciones para pagar el crédito, entre las que se puede contemplar el pago al contado o la posibilidad de cancelar la deuda de manera parcial o total con los dineros que la persona tenga en su cuenta de excedentes, a menos que dicha opción haya sido establecida en el contrato de salud.

- Deberá informársele al afiliado, que este tiene un plazo de 30 días hábiles, que se cuenta del envío de la carta, para objetar la liquidación por escrito, para pagar la deuda o para aceptar alguna de las proposiciones hechas por la ISAPRE. Si el cotizante no dice nada dentro de aquel plazo se entiende que este se acoge al crédito propuesto por la ISAPRE; para esto se debe consignar el valor mensual de la cuota que el afiliado debe pagar y el plazo por el cual dicha suma se pagará.

- El afiliado debe ser advertido que, sin perjuicio de la información que le ha sido proporcionada, una vez cumplido el plazo para el pago de las cuotas, sin que ésta hubiese sido pagada, la ISAPRE podrá liquidar el saldo que queda y proponer nuevas condiciones para solucionar la deuda.

e) Si el afiliado ha objetado la liquidación de la deuda, dicha cuestión será conocida y resuelta por la ISAPRE, por medio de un procedimiento administrativo.

En el plazo de 5 días hábiles, contados desde la respuesta al escrito de objeción, el afiliado tiene la opción de pagar el total de la deuda o acogerse al crédito propuesto por la ISAPRE. En este mismo plazo puede recurrir ante la Superintendencia de Salud, con el objetivo que sea este organismo el que solucione la controversia.

Sistema de crédito legal.

Si después de 30 días hábiles, contados desde que la ISAPRE pagó a la institución de salud que brindó la atención de emergencia, el afiliado no ha pagado a su ISAPRE el monto de dinero respectivo, se entenderá que será el titular de un préstamo por dicho valor. Este crédito estará sujeto a las normas que a continuación se señalan:

- Todo este sistema de pago no podrá tener una duración mayor a 5 años.

- Deberá ser pagado por el cotizante en cuotas del mismo valor, de manera sucesiva, con fechas de vencimientos todos los meses, reajustables según la variación del IPC sumado al interés corriente aplicado a las operaciones sujetas a reajustes hechas en monedas de curso legal.

- Las cuotas mensuales no pueden ser superiores al 5% de la remuneración o renta imponible. Si se trata de afiliados voluntarios, dicho valor no puede exceder a la suma convenida en el respectivo contrato de salud.

- Si se vence el plazo de 5 años antes señalado, sin que la deuda se hubiera pagado de manera íntegra, la institución de salud previsional puede proponer las bases para lograr un nuevo convenio de pago.

- La ISAPRE no puede exigir a los afiliados cheques, ni letras de cambio que garanticen el crédito.
- Cada año y con un plazo de 60 días antes que este finalice, la ISAPRE debe mandar una carta a su afiliado informándole la situación de su deuda y las posibilidades que existen para que se pueda llegar a un acuerdo de pago.

Forma de pago del crédito.

- Si se está en presencia de un cotizante independiente o voluntario, el pago de las cuotas mensuales debe hacerse en forma directa. Si se trata de un trabajador dependiente, dicho pago se puede realizar a través de su empleador. Y si es un pensionado por medio del organismo que paga dicho beneficio.

- La ISAPRE debe comunicar al encargado del pago de las cuotas, el valor mensual de éstas.

- Las cuotas mensuales se deberán pagar dentro de los 10 primeros días de cada mes, prorrogable hasta el día siguiente hábil si cayó en un sábado, domingo o festivo.

- Las cuotas atrasadas, se mirarán, para efectos de su cumplimiento, como cotizaciones atrasadas.

- En cualquier instante, el afiliado y la ISAPRE pueden convenir formas de pago de la manera que mejor les plazca.

CLASE 05

1.2.10. Contingencias cubiertas por FONASA.

Dentro de este tema hay que hacer una serie de distinciones para que sea comprendida de manera didáctica.

El sistema de coberturas entregadas se divide en dos grandes grupos: médicas y pecuniarias.

a) *Coberturas médicas:* Se trata de prestaciones que van en directo beneficio de la salud de la persona, las que configuran el tratamiento de las enfermedades. Dentro de éstas se pueden encontrar las coberturas asistenciales, las que se entregan con el sólo pago del 7% y las que se prestan con la suma del 7% más el co-pago.

- *Coberturas asistenciales:* Son las otorgadas por FONASA a los afiliados a este régimen y que están clasificados dentro del grupo A, es decir, los indigentes y las personas de escasos recursos, además, se incluye a los pensionados y a los causantes del subsidio familiar.

- Coberturas médicas que se entregan con el sólo pago del 7% de la remuneración o renta imponible. Dentro de este tipo se establecen una serie de hechos que serán cubiertos por FONASA, entre los cuales se encuentran los siguientes:

    - Control del embarazo: Toda embarazada, independiente si es o no afiliada a FONASA, tendrá derecho a un control gratis de su embarazo y el post-parto, hasta el sexto mes desde el nacimiento.

    - Control del niño sano: Se lleva a cabo desde el nacimiento del niño hasta sus 6 años de edad. Este control está enfocado a velar por los aspectos vacunatorios y nutricionales del menor.

    - Examen de medicina preventiva: De acuerdo a la legislación vigente, todo afiliado a FONASA tiene derecho a un examen de médico preventivo, con el fin de detectar posibles enfermedades, tales como glaucoma, cáncer, sida, entre otras.

- Coberturas que se prestan con la suma del 7% más el co-pago: Se trata de la medicina de carácter curativa, y corresponde a prestaciones médicas, entre las cuales se comprenden:

    - Exámenes, diagnósticos y procedimientos quirúrgicos.

- Consultas médicas.

- Tratamientos.

- Hospitalizaciones.

- Medicamentos que se establecen en el formulario nacional.

- Atenciones odontológicas: Estas prestaciones se entregan de acuerdo a la disponibilidad del sistema y en las formas que se establezcan por FONASA.

Las personas, para que puedan acceder a estos beneficios médicos entregados por FONASA, deben ser trabajadores dependientes con, al menos, 6 meses de cotizaciones dentro del año anterior a la fecha en que se solicite la prestación.

b) *Coberturas pecuniarias:* Se llaman pecuniarias porque se concretan con la entrega de dinero al afiliado, ya sea en el sistema público o privado. Los hechos cubiertos por estas prestaciones son los accidentes y las enfermedades comunes (hay un subsidio para cada una, son incompatibles entre sí). El objetivo de este beneficio es reemplazar a la remuneración o a la renta.

Estos presentan algunas características que se señalan a continuación:

- Se trata de una prestación pasajera, es decir, se otorga mientras dure la incapacidad.

- Este beneficio en dinero no se puede embargar por orden judicial en caso de existir un juicio en contra del afiliado.

- No puede ser percibido de manera conjunta con otro subsidio del mismo tipo, pero por otra enfermedad.

- Prescribe en el plazo de 6 meses, los que se cuentan desde el otorgamiento de la licencia médica.

Para tener derecho a este beneficio se debe tratar de trabajadores dependientes con una antigüedad mínima de 6 meses al sistema FONASA, además, debe tener pagado 3 meses de cotizaciones durante los 6 meses y la enfermedad debe ser acreditada con la respectiva licencia médica. Tratándose de un trabajador independiente, este debe tener un mínimo de 12 meses de afiliación a FONASA, y debe haber pagado al menos 6 meses de cotizaciones.

La *"licencia médica"* es el derecho que tiene el trabajador para ausentarse, de manera parcial o total, a su jornada laboral, en base a una indicación médica certificada, entregada

por un médico cirujano, dentista u obstetra que haya sido reconocido por el empleador y autorizado por el Servicio de Salud o por una ISAPRE, durante cuya duración gozará de un subsidio que será pagado por la entidad de previsión pública o privada.

Desde que se entrega la licencia médica al trabajador del sector privado, este deja de percibir su sueldo mensual, en cambio, tratándose de un empleado público, este seguirá percibiendo su remuneración de manera íntegra.

La licencia médica se entrega a través de un formulario único, que deber ser llenado por el profesional competente (médico cirujano, dentista u obstetra), en donde se debe señalar lo siguiente:

- La individualización completa del paciente y del propio profesional.
- La indicación del diagnóstico del paciente y el tiempo indispensable que este requiere para recuperarse.
- El lugar donde el trabajador deberá llevar a cabo su reposo.

La entidad previsional de salud, pública o privada, puede llevar un control del cumplimiento de la licencia médica, donde, incluso puede llevar a cabo la cancelación de ésta.

FONASA o la ISAPRE respectiva, ante la presentación de una licencia, pueden autorizarla, rechazarla o modificarla. Si es que se presenta cualquiera de las dos últimas acciones, el trabajador puede alegar al COMPIN, teniendo para ello un plazo de 15 días corridos, los que se cuentan desde el rechazo o modificación; si no obtiene resultados en esta instancia, podrá recurrir ante la Superintendencia de Seguridad Social, con el objetivo que sea esta entidad la que resuelva el asunto controvertido.

El plazo para realizar la presentación de una licencia médica es de 48 horas en el sector privado y de 72 horas la administración pública.

El plazo para cobrar la prestación pecuniaria derivada de una enfermedad o accidente común, prescribe en el plazo de 6 meses, contados desde el otorgamiento de la licencia médica.

Características de las coberturas otorgadas por FONASA.

Este tipo de beneficios presentan ciertas particularidades, las que se enuncian:

- Para que se obtengan, se debe cotizar en la institución pública de salud. Por este motivo, el valor total del subsidio, esta gravado con el 7% de la cotización legal para la salud, y con el 10% de las pensiones.

- El valor total del subsidio entregado se paga por cada día que dure la licencia médica. Si la licencia es por un lapso hasta 10 días, se pagará a partir del cuarto, ahora bien, si la licencia médica es por un mínimo de 11 días, ésta se paga desde el primer día.

- Tratándose de un trabajador del sector público, este continuará recibiendo el total de su remuneración mensual, lo que no ocurre para un afiliado que dependa de un empleador del sector privado.

Formas de llevar a cabo la cobertura que entrega FONASA.

Existen dos maneras de recibir esta cobertura, a través de la atención institucionalizada y por medio de la atención por libre elección:

a) Atención institucionalizada.

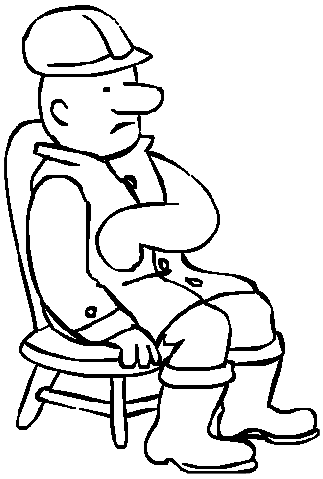
Por medio de esta modalidad, las coberturas se entregan a través de las entidades (hospitales, postas, clínicas, etcétera) que forman parte del sistema nacional de servicios de salud o por los organismos públicos o privados que tengan convenios vigentes con los Servicios de Salud.

Los afiliados pueden elegir, tanto el servicio de atención médica como al profesional tratante.

b) Atención por libre elección.

A través de esta modalidad, los afiliados pueden escoger el centro médico y al profesional que lo atenderá, siempre y cuando se encuentren inscritos un ROL, que con estos fines lleva FONASA.

1.2.11. Contingencias cubiertas por las mutuales.



Este tipo de instituciones tienen la particularidad de ser voluntarias, por lo que se puede establecer en cada uno de los estatutos las contingencias que serán cubiertas por estas entidades. Así mismo, en cada uno de los reglamentos de las mutualidades se determinarán los beneficios que serán entregados a sus integrantes.

Las principales contingencias que son cubiertas por este tipo de organismo son las siguientes:

- Accidentes laborales.

- Accidentes y enfermedades profesionales.

Este tipo de coberturas se sujetan, en cuanto a su clasificación y prestaciones respectivas, a la legislación vigente.

CLASE 06

1.2.12. Las preexistencias.

En esta materia conviene aclarar que las preexistencias se aplican al sistema privado de salud (ISAPRES), ya que, para acceder a las prestaciones, se deberá firmar un contrato de salud, donde se requiere que las partes, en especial el afiliado, declare sus datos personales, dentro de los cuales se debe incluir las enfermedades que padece, las que serán cubiertas según el plan de salud según acuerdo de las partes, y por supuesto, las que pueda padecer en el futuro. Para el estudio claro de este tema, se requiere, necesariamente, hacer una distinción entre enfermedades preexistentes declaradas y no declaradas en el contrato de salud:

- Enfermedades preexistentes declaradas.

Respecto a estas, la institución de salud previsional puede determinar una cobertura menor, hasta por un plazo de 18 meses. Las prestaciones mencionadas no pueden bajar del 25% del valor establecido en el contrato de salud. Al cabo de los 18 meses, la cobertura de este tipo de enfermedades debe ser total, es decir, se debe pagar el total de los beneficios.

- Enfermedades preexistentes no declaradas.

La ISAPRE no otorga cobertura a estas patologías durante un plazo de 5 años, pero, una vez que transcurra dicho tiempo, dicha institución se encuentra obligada a darle cobertura, de acuerdo al plan de salud respectivo, salvo que se acredite que, durante ese período de tiempo, la enfermedad requirió de atención y que el afiliado la ocultó.

1. ORGANIZACIÓN JURIDICO INSTITUCIONAL DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL.

Como se ha dicho, el Estado debe asegurar a sus habitantes la salud y su previsión social, para ello debe crear, mantener y regular las entidades encargadas de estas funciones.

Dichos organismos tendrán la misión de administrar los distintos sistemas de seguridad social chileno, para ello es de vital importancia conocer la organización jurídica de esas instituciones, que dicho sea de paso, pueden ser públicas o privadas.

En primer término se estudiarán, a continuación, los distintos sistemas de seguridad social y las respectivas instituciones que están a cargo de llevarlo a cabo.

2.1 Sistemas de protección a la salud en Chile.

Dentro de este punto hay que distinguir entre enfermedades comunes y accidentes y enfermedades profesionales.

a) Enfermedades comunes.

Se entiende por tal, toda aquella patología que no es la consecuencia del desarrollo de una actividad profesional, que puede ocurrirle a todas las personas. Ejemplo de estas son el cáncer, el sida, pulmonía, reumatismo, etcétera.

Tratándose de este tipo de enfermedades, actualmente, coexisten dos tipos de sistemas de protección a la salud, que son el sistema estatal y el sistema privado. Como base se establece el principio que las personas pueden optar por incorporarse a uno u otro régimen.

a.1.) Sistema estatal de protección de la salud.

Este régimen se sustenta, principalmente, en la Ley N° 18.469 y su Reglamento correspondiente, el Decreto N° 369, del Ministerio de Salud, que entra en vigencia el año 1986.

La Ley citada creó y reguló un sistema de general aplicación, que abarca, tanto a la medicina preventiva como a la curativa. La titularidad y administración de este sistema corresponde a FONASA, que es el Fondo Nacional de Salud, el cual ya había sido fundado por el Decreto Ley 2.763, del año 1979. Esta entidad fue la continuadora del, hasta entonces, Servicio Médico Nacional (SERMENA), este, a su vez, era el encargado de la administración de los programas de salud de los sectores de empleados. FONASA, también asumió determinadas funciones de financiamiento, las cuales le correspondían al Servicio Nacional de Salud, el que fue reemplazado por los Servicios de Salud.

El sistema estatal de salud es financiado por las cotizaciones del 7%, que deben ser pagadas por la totalidad de los afiliados y, también, con los pagos que se realizan de manera directa cada vez que se utilizan las prestaciones de los establecimientos de salud. De

manera adicional, FONASA percibe aportes del Fisco para la cobertura del déficit que se generan entre el otorgamiento de las coberturas y las cotizaciones pagadas por los afiliados. El resto de la organización se estudió al inicio de esta unidad.

a.2.) Sistema privado de protección de la salud.

Dentro de las garantías constitucionalmente protegidas, se encuentra el derecho a la protección a la salud. Se dispone que es un deber del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o *privadas*, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Además de la normativa señalada, la legislación chilena, permitió a los afiliados del actual sistema a aportar una cotización del 7% de su remuneración mensual o una mayor, con el fin de recibir alguna prestación por parte de alguna entidad previsional de salud, en donde el trabajador podía sustituir el régimen establecido y administrado por FONASA.

Aparte de las citadas reglas, se facultó al Presidente de la República para que emitiera la normativa necesaria para reglamentar este tipo de instituciones de salud. De esta manera, se dicta el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, del año 1981, el que permite la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), donde se reglamenta su forma de financiamiento y se les reconoce la calidad de ser instituciones con las cuales, el trabajador, puede reemplazar a FONASA y al Servicio de Salud en la entrega de beneficios.

A través de la Ley N° 18.469, se estableció un sistema uniforme de cotizaciones obligatorias, donde se incorporó a las ISAPRES al régimen chileno de salud.

Es de esta manera que se establece que la administración del sistema privado de salud chileno corresponde a las ISAPRE.

Los principales objetivos de este sistema de salud son los siguientes:

- Ser una alternativa de calidad para al sistema público de salud.

- Ayudar, de manera eficiente, a la administración del sistema de salud.

- Incentivar al empresariado a que invierta en materia de salud y que de esta forma se generen los recursos para la construcción de infraestructura hospitalaria.

La labor llevada adelante por las diferentes ISAPRES es supervisada por la Superintendencia de Seguridad Social, que más adelante se estudiará en detalle.

b) Accidentes y enfermedades profesionales.

Tienen esta categoría los accidentes y enfermedades que se originen con ocasión o a causa de un accidente del trabajo o de una enfermedad profesional.

La cobertura de estas patologías se regula por las disposiciones contenidas en la Ley 16.744.

2.1.1. Sistema de previsión social.

El sistema de previsión social se reglamenta por el Decreto Ley N° 3.500, que entró en vigencia en el año 1980.

- Características de este sistema.

El sistema que vela por la previsión social en Chile, que se encuentra vigente, presenta una serie de particularidades, que se enuncian a continuación:

a) Es conocido como nuevo sistema de previsión social.

b) Reglamenta los programas de pensiones.

c) Subsiste de manera independiente a todos los otros sistemas de beneficios públicos o privados, llámense protección de la salud, prestaciones de carácter familiar, beneficios por accidentes del trabajo, etcétera.

d) Como se dijo, se regula por el Decreto Ley N° 3.500, del año 1980.

e) Se sostiene sobre la base de la capitalización individual, es decir, las prestaciones obtenidas por los afiliados a este sistema, son directamente proporcionales al esfuerzo que estos realizan en sus imposiciones durante su vida laboral activa. Esto quiere decir que, mientras mayor sea el dinero que puedan reunir los trabajadores mientras estén activos laboralmente, mayor será su jubilación. Por este motivo es que no existen topes en las cotizaciones.

f) Los fondos de los cotizantes se invierten en la bolsa de comercio nacional y en los mercados internacionales, con lo que se busca, principalmente, 2 objetivos:

- Lograr el mayor aumento del fondo previsional de capitalización individual de cada cotizante, a través de la rentabilidad de la inversión; y

- Dar dinamismo al desarrollo económico chileno, a través de la administración de este sistema por organismos privados competentes.

g) Si el trabajador no puede reunir el capital suficiente para financiar la respectiva pensión, el Estado garantiza un sistema de pensiones mínimas.

h) Se puede escoger la administradora de fondos previsionales que se desee, pudiendo cambiar de una a otra en el momento que el afiliado quiera. Este, además, puede optar por la modalidad de la pensión que mejor le acomode.

i) Se establecen mecanismos de control y fiscalización de las administradoras de fondos previsionales, los que son ejercidos por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones. Este organismo fiscaliza, no solo el funcionamiento de las AFP, sino que también el cumplimiento de las leyes que las regulan y los beneficios que deben entregar a sus afiliados, así como los reclamos de estos.

j) La administración de este sistema está a cargo de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

Respecto a esta última característica cabe señalar que estas entidades son empresas privadas, constituidas como sociedades anónimas, las cuales se encuentran reguladas por el Decreto Ley N° 3.500, en su Título IV.

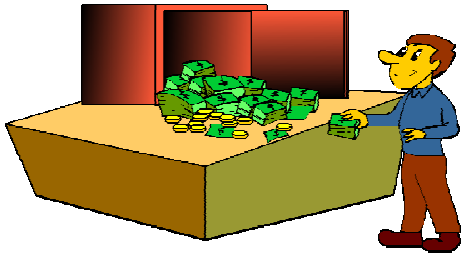
El estudio más abundante se tratará a continuación, cuando se desarrolle el tema de las AFP como administradoras del sistema de pensiones en Chile.

Realice Ejercicio Nº3

CLASE 07

2.2. Cajas de Previsión.

Las Cajas de Previsión eran instituciones privadas sin fines de lucro encargadas de la recolección de las cotizaciones previsionales, las cuales debían pagarse por los empleados activos y sus respectivos empleadores, que a la vez eran los encargados de pagar las prestaciones otorgadas por el régimen previsional.



Este sistema de Cajas de Previsión no proporcionaba alternativas de ningún tipo para sus afiliados, porque estos tenían la obligación de ingresar a la caja de previsión que les correspondía, según el trabajo que estos realizaban.

2.2.1. Cajas Existentes en el Antiguo Sistema.

Durante la vigencia del antiguo sistema de pensiones, llegaron a existir en Chile cerca de 45 Cajas de Previsión, quedando hacia finales de la década del 70, cerca de 30 instituciones de este tipo. Las siguientes son algunas de las cajas más importantes:

- Caja de previsión de empleados particulares EMPART.
- Servicio de Seguro Social SSS.
- Caja nacional de empleados públicos y periodistas, sector empleados públicos CANAEMPU.
- Caja de previsión de la Defensa Nacional.
- Caja nacional de empleados públicos y periodistas, sector periodistas (periodistas)
- Dirección de previsión de Carabineros de Chile DIPRECA.
- Sección previsión social del Banco Central.
- Caja de previsión y estimulo de los empleados del banco del Estado.
- Caja bancaria de pensiones.
- Caja de previsión y estimulo de los empleados del Banco de Chile.
- Caja de previsión de la Marina Mercante Nacional TRIOMAR.
- Caja de previsión de la Marina Mercante Nacional CAPREMER.
- Caja de previsión de empleados del Hipódromo Chile.
- Caja de retiro y previsión social de empleados del Club Hípico de Santiago.
- Caja de previsión Gildemeister.
- Caja de retiro y previsión social de empleados de Club Hípico de Concepción.
- Caja de previsión social de los profesionales hípicos de los Hipódromos Centrales.
- Caja de ahorro y retiro de preparadores y jinetes de Antofagasta.
- Caja de retiro y previsión de preparadores y jinetes de Concepción.
- Caja de previsión para empleados del salitre.
- Caja de retiro y previsión social del Valparaíso Sporting Club.
- Sección especial de previsión para los empleados de la compañía cervecerías unidas.
- Sección de previsión social de los empleados de la compañía de consumidores de gas de Santiago.
- Caja de previsión de empleados y obreros de la empresa metropolitana de obras sanitarias: departamentos empleados (EE EMOS.)
- Caja de retiro y previsión social de los ferrocarriles del Estado.
- Caja de retiro y previsión social de los empleados municipales de la Republica.
- Caja de previsión social de los empleados municipales de Santiago (EE.MM. Santiago).
- Caja de previsión social de los empleaos municipales de Valparaíso (EE.MM. Valparaíso)
- Caja de previsión social de obras sanitarias: departamentos obreros (OO EMOS.).
- Sección de retiro de los empleados de Mauricio Hochschild y CIA Ltda..
- Caja de previsión social de los obreros municipales de la republica (OO.MM .Republica).

2.2.2. Beneficios Asociados a las Principales Cajas de Previsión del Antiguo Sistema de Previsión Social.

Para comprender de una mejor forma el funcionamiento del antiguo sistema de reparto es necesario analizar las prestaciones entregadas por las cajas de previsión con mayor número de afiliados en cuanto a las pensiones que estas entregaban (requisitos, base de cálculo).

2.2.2.1. Servicio de Seguro Social Chileno o SSS.

Los beneficiarios que recibían estas prestaciones eran los trabajadores que obtuvieran una remuneración, los aprendices, algunas personas que desarrollaban actividades de manera independiente, entre otros.

- En cuanto a las pensiones de vejez.

Se debía tratar de hombres mayores de 65 años y mujeres a partir de los 55, con un mínimo de 800 semanas imponibles, con un volumen de imposición no menor a 0,5 mientras durara la afiliación.

El monto de las pensiones tenía como base la mitad de un sueldo bruto mensual, sumado a un 1% de dicho valor por cada 50 semanas de exceso, teniendo como límite el 70% del sueldo base.

- Con respecto a las pensiones de invalidez.

Debía tratarse de personas incapaces de producir un sueldo igual al 30% de un sueldo habitual (esto si se era por invalidez de carácter absoluta). Si la incapacidad permitía generar una remuneración mayor al 30% de un sueldo bruto, sin que pasara del 60% de dicho valor, era parcial.

El sujeto debía haber enterado imposiciones al menos por 50 semanas corridas, siempre que la invalidez se produjera antes de los 65 años.

El monto de la pensión en el caso de invalidez absoluta era igual a la pensión por vejez, si era parcial, un 50% de dicho valor.

- La pensión de viudez.

Esta pensión correspondía 50% de la obtenida por el difunto, o de la que este hubiese recibido en caso de haber sido inválido absoluto.

- Pensión por orfandad.

Al instante de su muerte, el beneficiario tenía que haber impuesto mínimo 50 semanas, y el beneficio era de 1/5 de la remuneración media de pensión por cada hijo, por ejemplo, si el padre obtenía un sueldo de $100.000.- mensuales y tenía 2 hijos, recibía por cada uno $20.000.- de beneficio.

2.2.2.2. EMPART (Caja de Previsión de Empleados Particulares).

Los beneficiarios de esta caja eran los trabajadores particulares, siempre que hubiesen efectuado imposiciones en dicha caja.

- Respecto a la pensión de vejez.

Tanto hombres como mujeres debían tener un mínimo de 65 años. Este límite se reducía 1 año cada 5 de trabajo, con un tope de 5 años en el caso de las mujeres. El valor total de la pensión era el siguiente:

$$\frac{\text{SUELDO BASE x TOTAL DE IMPOSICIONES}}{35} = \text{MONTO PENSIÓN.}$$

Este resultado no podía exceder el sueldo bruto de la persona beneficiada.

- Pensión por concepto de antigüedad.

Debía tratarse de hombres con 35 años de trabajo y las mujeres 30. El valor de la pensión se calculaba de la siguiente manera:

$$\frac{\text{SUELDO BASE x N° DE AÑO DE IMPOSICIONES}}{35} = \text{MONTO PENSIÓN}$$

El beneficio no podía exceder del sueldo bruto o base.

- Pensión por invalidez.

Las personas debían tener un mínimo de 3 años de imposiciones y ser menor de 65 años. El monto de la pensión era el 70% del sueldo bruto sumado a un 2% de esta remuneración cada uno de los años de trabajo que excediera los 20 primeros.

- Pensiones de viudez.

Esta pensión equivalía al 50% de la remuneración mensual o de la jubilación.

- Pensión por orfandad.

El beneficio total era un 15% del sueldo bruto o de la jubilación.

2.2.2.3. CANAEMPU (Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, Sección Empleados Públicos).

Los integrantes de esta caja eran los trabajadores que ocuparan algún cargo público, de la SOFOFA (Sociedad de Fomento Fabril), SNA (Sociedad Nacional de Agricultura) y SONAMI (Sociedad Nacional de Minería).
- Pensión por concepto de vejez.

Los beneficiarios debían haber impuesto por un mínimo de 10 años, además debían haber cumplido 65 años. El total del beneficio era la remuneración mensual bruta por el número de años trabajados, dividido 30; este no podía sobrepasar el sueldo bruto o base.

- Pensión por invalidez.

Cada persona beneficiada debía haber impuesto por un mínimo de 10 años. El sujeto debía estar en situación de invalidez total para el desarrollo del trabajo en que se jubilaba. El beneficio era el resultado de la multiplicación del número de años trabajados dividido por 30, la pensión no podía sobrepasar el sueldo bruto.

- Pensión por concepto de antigüedad.

Se debía tener como mínimo 30 años imponiendo y el beneficio era todo el sueldo base.

- Pensiones de Montepío

El trabajador fallecido debía haber cotizado como mínimo 10 años. Los primeros beneficiados eran la viuda y los hijos del causante (que en esa época se llamaban hijos legítimos), y después la madre “legítima” y los hijos fuera del matrimonio (en aquel tiempo “hijos naturales”), y por último, se veían beneficiadas la hermanas “legítimas” que estuvieran solteras.

Este era un orden de prelación, no debía encontrarse ningún beneficiario de la primera línea para que el beneficio pasara a la segunda, por ejemplo: para que las hermanas legítimas solteras del causante se vieran beneficiadas el causante no debía tener ni hijos, ni viuda.

Realice Ejercicio Nº 4

2.3. Las AFP.

Las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), son empresas constituidas como sociedades anónimas de giro único, el cual es administrar los 5 Fondos de Pensiones existentes, los cuales son independientes de la administradora en sí. Por otro lado, deben otorgar las demás prestaciones que les encomienda la ley, debiendo recaudar las cotizaciones previsionales, las cuales se abonan a las cuentas de los afiliados y a su vez invirtiendo estos recursos, para que de esta forma generen los fondos necesarios para costear las cotizaciones de los afiliados.

CLASE 08

2.3.1. Reglas para la Constitución de las AFP.

Las AFP son autorizadas para su funcionamiento por resolución de la Superintendencia de AFP, la cual aprueba sus estatutos. Para comenzar el proceso de constitución los interesados estarán obligados a presentar a la Superintendencia un prospecto donde se describan los aspectos fundamentales y la forma de funcionar de la sociedad. Si el prospecto es aprobado, se emite un certificado previsional que autoriza a los interesados a realizar todos los trámites pertinentes para poder autorizar la existencia de la sociedad.

La sociedad tiene personalidad jurídica desde que se extiende el certificado. Posteriormente se acompaña copia autorizada de la escritura pública que contenga los respectivos estatutos, donde además deberá insertarse el certificado. Cumplido con esto, la

Superintendencia verificará el capital de la empresa, hecho esto, se autorizará la sociedad a través de una resolución que apruebe sus estatutos.

Esta circunstancia será acreditada por un certificado que contenga un extracto de los estatutos. El mencionado certificado deberá ser inscrito en el Registro de Comercio correspondiente al domicilio de la sociedad y deberá publicarse en un plazo de 60 días en el Diario Oficial. Las AFP gozarán de personalidad jurídica desde el momento en que se les otorgue el segundo certificado.

Para que una AFP pueda constituirse la ley exige un capital de 5.000 UF como mínimo, este capital deberá estar suscrito y enterado en dinero efectivo al momento de autorizarse la escritura pública de sociedad. Se exige también que este capital mínimo se mantenga, si disminuye deberá completarlo en un plazo de 6 meses. En caso que la situación se mantenga por más de 6 meses la superintendencia revocara la autorización de funcionamiento y procederá a liquidar la sociedad. El capital de las AFP deberá aumentar dependiendo del número de afiliados de la siguiente forma:

a) hasta 4.999 afiliados: 5.000 UF.

b) de 5.000 hasta 7.499 afiliados: 10.000 UF

c) de 7.500 a 9.999 afiliados: 15.000 UF.

d) de 10.000 afiliados o más, sin límite: hasta 20.000 UF.

Como ya se mencionó, el objeto de las AFP será único, limitándose a la administración de Fondos de Pensiones y a otorgar las prestaciones y beneficios que establece la ley.

La razón social o nombre de las Administradoras debe incluir la sigla “AFP” o la frase “Administradora de Fondo de Pensiones”, no pudiendo incluir nombres ya existentes de personas naturales o jurídicas, ni tampoco nombres de fantasía que induzcan a equivocaciones respecto de la responsabilidad civil o administrativas de ellas.

2.3.2. Fusiones de las AFP.

a) Recaudación: deben realizar el recaudo de las cotizaciones, las cuales van dirigidas al fondo de pensiones y las cotizaciones adicionales.
b) Inversión: la ley las obliga a invertir los fondos previsionales, siempre velando por obtener la más alta rentabilidad. El mayor o menor riesgo de la inversión dependerá del propio afiliado.
c) Pagar: esto se traduce en el otorgamiento de las prestaciones de vejez, sobrevivencia e invalidez.

d) Otras funciones: pueden prestar servicios a otras AFP, también podrán constituir filiales con terceros que tengan por finalidad prestar apoyo a la gestión.

Comisiones.

Las comisiones son la retribución que recibe la AFP por administrar las prestaciones del sistema. En un comienzo el legislador contempló 3 tipos de comisiones: fija y porcentual sobre la cotización, fija y porcentual sobre el saldo administrado y fija y porcentual sobre los traspasos. Estas comisiones son establecidas por cada AFP y descontadas de las respectivas cuentas de capitalización individual de los afiliados, cuestión que trae aparejada una intensa competencia por captar afiliados, donde resultan victoriosas sólo las más grandes, las que a su vez pertenecen a los grupos económicos más importantes del país.

Por lo general, se trata de comisiones uniformes para todos los afiliados a un mismo tipo de fondo y se encuentran exentas del pago de I.V.A.

2.3.3. Afiliación a la AFP.

El Decreto Ley 3.500 en su Art. 2 inciso 2°, la define "*La afiliación es la relación jurídica entre un trabajador y el Sistema de Pensiones de Vejez, Invalidez y Sobrevivencia, que origina los derechos y obligaciones que la ley establece, en especial el derecho a las prestaciones y la obligación de cotización*".

Características de la Afiliación:

a) Única: la afiliación es una sola, la persona protegida solamente puede estar afiliada a una AFP. Independiente de si el trabajador tiene más de un empleador o si se tratare de un trabajador independiente y dependiente a la vez.

b) Permanente: la afiliación perdura por toda la vida del afilado, sin importar que el trabajador se mantenga o no en actividad o si este cambia de empleador.

c) Obligatoria: en el caso de trabajadores dependientes que hayan sido contratados con posterioridad al 1 de Enero de 1983.

d) Automática: la afiliación se produce por iniciar labores como trabajador dependiente.

2.3.4. Régimen de Cotizaciones.

Para poder comprender de mejor forma en que consisten las cotizaciones, es necesario tratar algunos conceptos generales como los siguientes:

a) Remuneraciones: están definidas en el Art. 41 del Código del Trabajo, “contraprestaciones en dinero y las adicionales en especie avaluables en dinero que debe perseguir el trabajador del empleador por causa del contrato de trabajo”. Las remuneraciones que no son pagadas en dinero serán determinadas por la Superintendencia.

b) Renta: corresponde a la cantidad de dinero declarada por un afiliado independiente como base de cálculo para su cotización. La renta no podrá ser menor al ingreso mínimo mensual ni podrá exceder de 60 UF.

c) Trabajadores que reciben de manera simultánea remuneraciones de más de 2 empleadores: en este caso pueden ocurrir 2 situaciones; los trabajadores dependientes que tengan más de un empleador deberán cotizar de acuerdo a la remuneración más alta, si existen remuneraciones iguales prevalecerá el contrato más antiguo, la segunda situación hace referencia al trabajador dependiente que a su vez declara como independiente, en este caso prima la remuneración por sobre la renta.

d)) Límite imponible: el límite máximo imponible será de 60 UF, sea que se trate de renta o remuneración.

2.3.5. Concepto de Cotización.

La cotización es el aporte obligatorio que realiza un trabajador a su fondo de pensiones, pudiendo cotizar también de manera voluntaria. Corresponde a las imposiciones del sistema antiguo.

Cada afiliado posee una cuenta de ahorro previsional en su respectiva AFP, pudiendo contar con más de una cuenta.

Tipos de Cotización.

Las cotizaciones pueden provenir del trabajador, ya sean obligatorias o voluntarias, o de cargo del empleador.

a) Cotizaciones del trabajador: están pueden ser obligatorias o voluntarias.

- Obligatorias: equivale al 10% de las remuneraciones o rentas imponibles quedando obligados a cotizar en una cuenta de capitalización individual los trabajadores menores de 65 años en el caso de los hombres y de 60 años en el caso de las mujeres.

Además los afiliados deberán realizar una cotización adicional a la ya señalada, calculada sobre la misma base y depositada en la misma cuenta. Esta cotización será calculada por la respectiva AFP, y tiene por finalidad pagar la prima del seguro que

obligatoriamente deben contratar para financiar las pensiones de invalidez o de sobrevivencia.

Por otra parte, los afiliados deberán cotizar un 7% de su remuneración y/o renta, para financiar los beneficios de salud.

- Voluntarias: los trabajadores están facultados para cotizar de manera voluntaria en su cuenta de capitalización individual, con el objetivo de mejorar su futura pensión. Estas cotizaciones podrán depositarse en cualquier fondo de la AFP e inclusive en otra AFP.

b) Cotizaciones del empleador: este tipo de cotizaciones encuentran su origen en dos leyes; por un lado la Ley 16.744 (Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades profesionales), la cual obliga al empleador a cotizar el 0,95% de la remuneración imponible del trabajador con el objeto de financiar la ocurrencia de riesgos profesionales, más una tasa diferenciada que fluctúa del 0% al 3,40% de la remuneración imponible del trabajador, dependiendo del menor o mayor riesgo en que el trabajador realice sus labores. En segundo lugar la Ley 19.404 establece para los afiliados que realicen trabajos pesados y sus empleadores estarán obligados a cotizar el 2% de la remuneración imponible de cada uno. Dicha cotización podrá ser rebajada a un 1%.

Pago y Cobro de las Cotizaciones.

Los encargados de declarar y pagar las cotizaciones son el empleador, el trabajador independiente o la institución pagadora de subsidios, según sea el caso, este pago deberá realizarse dentro de los primeros 10 días del mes siguiente al que se devengaron las remuneraciones o rentas. El plazo podrá ser prorrogado cuando expire los días sábado domingo o festivos, al día hábil siguiente.

Para dar cumplimiento con lo señalado, el empleador deberá deducir las cotizaciones de las remuneraciones del trabajador. En el caso que el empleador no page las cotizaciones deberá declararlas igual dentro del mismo plazo ya mencionado, lo mismo se aplica para las entidades pagadoras de subsidios. Si estas no son declaradas el empleador o la entidad pagadora de subsidios se exponen al pago de una multa a beneficio fiscal, la cual asciende a la mitad de una UF por cada trabajador que se encuentre en esta situación o por cada subsidio. En el caso de trabajadoras de casa particular las cotizaciones no pagadas o declaradas dan lugar a una multa de 0,2 UF.

Las cotizaciones que no han sido pagadas deberán reajustarse de acuerdo al IPC, además por cada día de atraso se aplicara un interés penal equivalente al aumento del 20% del interés corriente para operaciones reajustables.

CLASE 09

2.3.6. Cuentas en las AFP.

En el actual sistema de pensiones existen 3 tipos de cuentas de AFP:

a) Cuenta de capitalización individual: corresponde al registro unificado, expresado en cuotas de todas las operaciones que se realizan en un fondo de pensiones respecto de un mismo afiliado, en el cual se deben incluir los siguientes conceptos; cotizaciones, transferencia desde la cuenta de ahorro voluntario, bono de reconocimiento, complemento del bono de reconocimiento, aportes regularizadores de las administradoras, aporte adicional, transferencias de cotizaciones desde el sistema antiguo, comisiones, traspasos, renta temporal, retiro voluntario, trasferencia del capital necesario a una compañía de seguros, excedentes de libre disposición, cuota moratoria, herencia y desafiliación.

Las AFP deberán crear este tipo de cuentas a cada uno de sus afiliados, teniendo como plazo máximo el día 15 del mes siguiente a la afiliación. Además la administradora deberá proporcionar al afiliado que se incorpore una libreta, en ella quedara el registro de las cotizaciones enteradas por el trabajador. Las AFP también estarán obligadas a enviar cada 4 meses al domicilio del afiliado el estado de su cuenta.

b) Cuenta de ahorro voluntario: los afiliados podrán realizar depósitos voluntarios en sus respectivas AFP, los que no serán considerados desde el punto de vista tributario como cotizaciones previsionales.

Este tipo de cuentas tienen las siguientes características: son independientes de la Cuenta de Capitalización Individual, son una cuenta de carácter personal, pueden contar con ellas los trabajadores dependiente y los independientes, se puede realizar hasta cuatro retiros cada año, son embargables, sirven como ahorro habitacional (para obstar a viviendas SERVIU), si el afiliado fallece aumenta la masa de bienes y por último los fondos acumulados en esta cuenta no se consideran en la determinación del derecho de garantía estatal.

Los depósitos voluntarios del afiliado podrán efectuar a través su empleador o en forma directa, esto dependerá de si el trabajador es dependiente o independiente: en el primer caso los depósitos los realiza el empleador, previa autorización escrita por parte del trabajador, donde se señale que lo autoriza a efectuarle los descuentos correspondientes. En el segundo supuesto los trabajadores independientes pueden realizar de manera directa el depósito en su cuenta, por el monto que estimen convenientes, los cuales deberán enterarse de forma directa en la Administradora.

c) Cuenta de ahorro de indemnización: tienen por finalidad proporcionar una indemnización por años de servicio ante cualquier eventualidad.

Características:

- Se financia sólo con aportes del empleador.

- Es a todo evento.

- Los trabajadores podrán girar fondos de esta cuenta siempre y cuando acrediten que han dejado de prestar servicios para su empleador.

- Estos aportes se consideran cotizaciones previsionales.

- Estos fondos son inembargables.

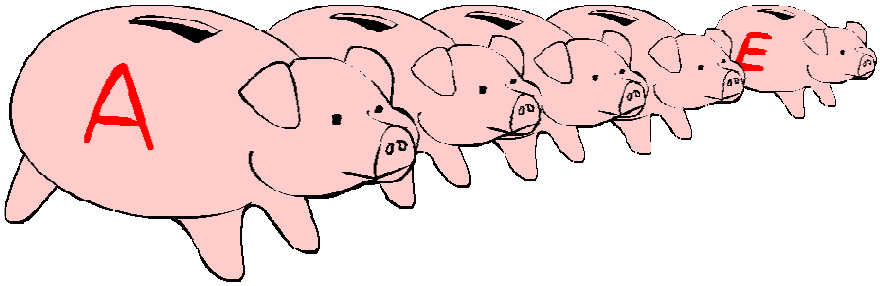
- Cuando el trabajador padece de incapacidad temporal, el empleador estará obligado a efectuar los aportes, sobre el monto de los subsidios que el perciba.

- Las AFP estarán facultadas para cobrar una comisión porcentual, sobre los depósitos que se depositen en estas cuentas.

2.3.7. Fondos Previsionales.

Actualmente el sistema contempla 5 fondos de pensiones, los que se denominan fondos tipo A,B,C,D y E. El legislador obliga a la AFP a ofrecer como mínimo los fondos B,C,D y E, respecto del fondo A las Administradoras no están obligadas a ofrecerlo a sus afiliados, pero en la práctica todos las ofrecen debido a la competitividad del sistema de AFP.

Estos fondos tienen como objetivo fundamental incrementar los ahorros previsionales con los que se pretende pensionar a los afiliados, por otra parte, le brinda a los afiliados distintas posibilidades de inversión de sus ahorros, a su preferencia. Estos fondos presentan un grado decreciente de riesgo, siendo el más riesgoso el fondo tipo A, el cual se invierte en instrumentos de renta variable, en contraposición el menos riesgoso es el fondo tipo E, el cual tiene prohibida la inversión en instrumentos de renta variable.



	Límite máximo Permitido	Límite mínimo Obligatorio
Fondo A	80 %	40 %
Fondo B	60 %	25 %
Fondo C	40 %	15 %
Fondo D	20 %	5 %
Fondo E	No autorizado	No autorizado

Por ejemplo, el caso que un afiliado elija como alternativa el fondo tipo A, limitara a la AFP a invertir solo el 80% de los fondos. Se desprende de esto, que los distintos tipos de fondos se diferencian por su rentabilidad.

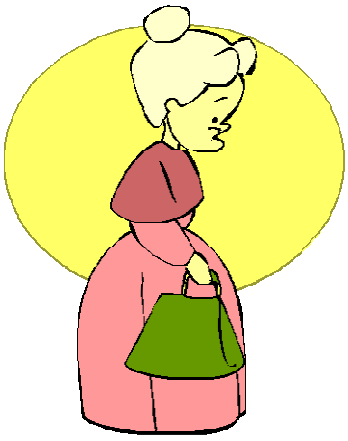
Elección de los Fondos.

El legislador permite a los hombres hasta los 55 años optar por cualquiera de los 5 tipos de fondos existentes. Por otro lado, los hombres de 56 años en adelante y las mujeres a contar de los 51 años sólo tendrán las opción de elegir los fondos de tipo B, C, D y E.

Realice Ejercicio Nº 6

2.3.8. Beneficios del Sistema de AFP.

Las AFP proporcionan a sus afiliados los siguientes beneficios: pensión de vejez, pensión de invalidez, pensión de sobrevivencia, cuota mortuoria, herencia y excedentes de libre disposición.



A) Pensión de vejez: Este tipo de pensión beneficia a los afiliados mayores de 65 años, si son hombres y mayores de 60, si son mujeres. El único requisito exigido por la legislación nacional, para optar a este beneficio, es haber cumplido con las edades señaladas.

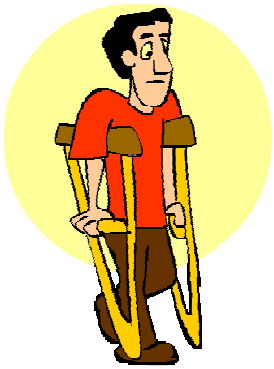
La pensión de vejez se clasifica de la siguiente manera:

- Pensión de vejez normal: le corresponde a los afiliados que han cumplido con la edad señalada con anterioridad.

- Pensión por vejez anticipada ordinaria: es aquella pensión a la que tienen derecho los afiliados, antes de cumplir los 65 años de edad si son hombres, y antes de los 60 años de edad si se trata de una mujer. Este tipo de pensión es posible por el régimen de capitalización que el nuevo sistema consagra, donde prima la capitalización individual de capitales, debido a esto, es que existe la posibilidad de que los afiliados se pensionen antes de cumplir con las edades establecidas por la Ley.

- Pensión de jubilación anticipada por haber desempeñado trabajos pesados: le corresponde a los trabajadores que han desarrollado labores durante toda su vida laboral trabajos pesados antes de cumplir las edades de 65 y 60 años según corresponda.

B) Pensión de invalidez: Este tipo de pensión beneficia a los afiliados que se ven afectados por una pérdida o disminución de su capacidad de percibir ingresos, como consecuencia de enfermedades o debilitamiento de sus fuerza física o intelectual, siempre que no se cumpla con los requisitos para optar a la pensión de vejez.



Tipos de invalidez.

- Invalidez total: consiste en la pérdida de a lo menos 2/3 de la capacidad de trabajo.

- invalidez parcial: se traduce en la pérdida de la capacidad de trabajo igual o superior al 50% e inferior a 2/3.

- Invalidez transitoria: se otorga por la comisión médica a través de un dictamen por un período de tres años.

- Invalidez definitiva: se otorgada por segundo dictamen de la Comisión médica regional. La resolución de esta comisión puede ser apelada ante la Comisión médica central que funciona en Santiago, que es quien decide en definitiva.

C) Pensiones de sobrevivencia: La pensión de sobrevivencia beneficia a los integrantes del grupo familiar del afiliado fallecido, siempre que concurran ciertos requisitos:

- Cónyuge sobreviviente: la viuda para tener derecho al pago de esta pensión debe haber contraído matrimonio con el fallecido a lo menos con 6 meses de anticipación a la fecha de su muerte o con una anticipación no inferior a 3 años si el matrimonio tuvo lugar cuando el afiliado ya estaba pensionado por vejez o invalidez.

  En el caso del viudo para tener derecho a esta pensión debe haber sido declarado inválido por la comisión médica correspondiente aparte de los requisitos del matrimonio antes citado.

- Los hijos: deben ser solteros, ser menor de 18 años, ser mayor de 18 años y menor de 24 años, si son estudiantes de enseñanza básica, media, técnica o superior o inválidos de cualquier edad.

- La madre de los hijos de filiación no matrimonial del causante: al momento de fallecer el afiliado deberá ser soltera o viuda y además tiene que haber vivido a expensas del causante.

- Los padres del afiliado fallecido: siempre y cuando falten todos las otras personas antes mencionadas y además siempre que a la fecha de la muerte del afiliado, estos hayan sido cargas familiares del causante.

D) Excedentes de Libre Disposición: en el caso de las pensiones de invalidez y vejez el legislador contempla la posibilidad de retirar los excedentes.
Este tipo de excedentes se pueden definir como, "aquellos que quedan en la cuenta de capitalización individual después que el afiliado se pensiona"

E) Cuota mortuoria: este beneficio consiste en el retiro de 15 UF desde las cuentas individuales de los afiliados, este retiro lo podrá realizar la persona que acredite el hecho de haberse hecho cargo de los gastos fúnebres del afiliado fallecido, independiente del vinculo de parentesco que lo una con el afiliado.

F) Herencia: está constituida por el saldo de la cuenta en aquellos casos que el afiliado falleciere por algunos de los siguientes motivos: por accidente de trabajo, cuando no se dejen beneficiarios de la pensión de sobrevivencia, pensionados contemplados por la Ley 16.744, encontrándose en trámite para obtener una pensión de invalidez y el caso del afiliado que deja remanentes en su cuenta.

CLASE 10

2.3.9. Control de las AFP.

El Estado interviene en el sistema previsional de forma subsidiaria, es decir le entrega la responsabilidad a los privados. Esto queda ratificado con el hecho de que los fondos previsionales los administran particulares, y además las cotizaciones son de cargo del propio afiliado.

Las AFP son intervenidas por el Estado desde distintos puntos, los cuales se sintetizan de la siguiente forma:

- Rol fiscalizador: este lo ejerce la superintendencia de AFP.

- Sistema de beneficios garantizados: la garantía del estado funciona de dos maneras: por un lado asegura pensiones mínimas y por otro lado, a través del aporte estatal, rentas vitalicias, pensiones de invalidez originadas por un primer dictamen y la cuota mortuoria.

2.4. Transición de las Cajas de Previsión a las AFP.

El Nuevo Sistema de Pensiones de Vejez, Invalidez y Sobrevivencia fue creado por el Decreto Ley N° 3.500, el cual data de noviembre de 1980, esta norma estableció la manera en que se realizarían los traspasos de afiliados desde el Antiguo Sistema de Reparto (Cajas de Previsión) al Sistema Actual (AFP). Se dicto también el Decreto Ley 3.501, el cual reguló las materias que armonizaron el antiguo sistema con la nueva institucionalidad previsional.

El D.L. 3.500 estableció en sus artículos transitorios 1 y 2 que los trabajadores que sean o hayan sido imponentes de alguna de las instituciones previsionales vigentes a la fecha de promulgación de este D.L., tendrían la alternativa de optar entre el Nuevo Sistema o el antiguo, dependiendo de la naturaleza de sus servicios.

Esta misma alternativa se les otorgó a los trabajadores que por primera vez se afiliaran hasta antes del 31 de Diciembre del año 1982. Los trabajadores que se afiliasen después de esta fecha, estuvieron obligados a incorporarse a una AFP (D.L. 3500).

Se estableció también otro plazo de 5 años, que se contaba desde el 1 de Mayo del año 1981, para que trabajadores que seguían en el antiguo sistema se afiliasen a una AFP, el plazo mencionado se derogo con la entrada en vigencia de la Ley 18.550.

Esta situación trajo como consecuencia que en Chile convivan hasta el día de hoy 2 sistemas previsionales, debido principalmente a que los imponentes del antiguo sistema no están obligados a cambiarse al nuevo.

2.5. Nueva Reforma del Sistema de Previsión.

En el año 2008 se volvió a reformar el sistema de pensiones después de casi 30 años de vigencia del anterior. La reforma básicamente está dada por la promulgación de la Ley 20.255 que data del 17 de Marzo del año 2008, la cual viene básicamente a entregar nuevos beneficios y a modernizar la institucionalidad vigente, sin realizar grandes transformaciones a la médula del sistema de pensiones.

2.5.1. Incorporación de Nuevos beneficios.

La Nueva Reforma establece varios beneficios que hasta antes de la entrada en vigencia de la Ley (año 2008) no existían, algunos de ellos son los siguientes:

a) Pensión Básica Solidaria: esta pensión puede ser de vejez e invalidez y es financiada con aportes del Estado.

- Pensión básica solidaria de vejez: es aquella que beneficia a las personas que no tienen derecho a recibir pensión, siempre y cuando hayan cumplido 65 años de edad, que su grupo familiar integre el 60% más pobre de la población de Chile y por último se exige que el beneficiado acredite residencia en el país por más de 20 años sean estos continuos o discontinuos.

El monto de esta pensión será de $75.000 al primero de julio de 2009, reajustable de acuerdo al IPC. Esta pensión será incompatible con cualquier otro tipo de pensión de algún régimen de previsión.

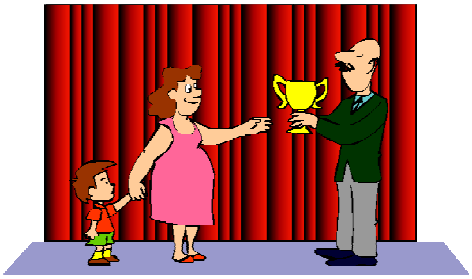
- Pensión Básica Solidaria de Invalidez: es aquella a la que pueden acceder las personas declaradas invalidez, que no tengan derecho a pensión en algún régimen, deberán tener más de18 años de edad y menos de 65 años, su grupo familiar integre el 60% más pobre de la población de Chile, además se deberá acreditar residencia en el país por un lapso de tiempo de 5 años, en los 6 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.

b) Aporte Previsional Solidario de Vejez: es un aporte que beneficia a las personas que sólo tengan derecho a una o más pensiones establecidas por el D.L. 3.500, siempre que el monto de su pensión base no supere el valor de la pensión máxima con aporte solidario, esto es $255.000, los que se reajustarán de acuerdo al IPC. Además debe cumplir con los siguientes requisitos: siempre y cuando hayan cumplido 65 años de edad, que su grupo familiar integre el 60% más pobre de la población de Chile y por último se exige que el beneficiado acredite residencia en el país por más de 20 años sean estos continuos o discontinuos.

c) Aporte Previsional Solidario de Invalidez: está dirigido a las personas que se hayan declarado inválidos conforme al Art. 17 de la Ley 20.255 y que estén pensionados por otros regímenes previsionales y que además cumplan con los siguientes requisitos: deberán tener más de18 años de edad y menos de 65 años, su grupo familiar integre el 60% más pobre de la población de Chile, además se deberá acreditar residencia en el país por un lapso de tiempo de 5 años en los 6 años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud, por último, se exige tener derecho a pensión de invalidez de acuerdo al D.L.3.500.

d) Subsidio Previsional a los Trabajadores Jóvenes: el Estado proporcionará un subsidio mensual (sólo por las 24 primeras cotizaciones) a los empleadores que tengan contratados trabajadores que tengan entre 18 y 35 años de edad, este equivaldrá al 50% de la cotización previsional señalada en el Art. 17 del D.L. 3.500, calculado sobre un ingreso mínimo, respecto de trabajadores que perciban una remuneración igual o inferior a 1,5 veces el ingreso mínimo mensual.

e) Beneficios para las Mujeres: la Nueva Reforma Previsional instaurada por la Ley 22.255, establece una serie de beneficios exclusivos para las mujeres: bono por hijo, separación del seguro de invalidez y sobrevivencia y la compensación en caso de divorcio.



- Bono por Hijo: beneficia a las mujeres que hayan cotizado en el sistema de pensiones al menos una vez en la vida y las que desde el 1 de julio de 2009 reciban pensiones de vejez, solidarias, invalidez o sobrevivencia, aun cuando no pertenezcan al grupo social más pobre y consiste en un bono por cada hijo nacido vivo o adoptado y equivale al 10% de 18 sueldos mínimos, dinero que se agrega al fondo de pensión. Este beneficio no es extensible a las mujeres que no cotizaron nunca en el sistema, ni tampoco a las pensionadas de DIPRECA, CAPREDENA e INP y a las que se pensionaron con anterioridad al 1 de Julio de 2009.

  Este bono es depositado a las mujeres a los 65 años de edad en su cuenta de capitalización individual, con la finalidad de aumentar los fondos previsionales, cuestión que a su vez repercute en la bonificación final.

- Separación del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia entre Hombres y Mujeres: esto se funda en la mayor esperanza de vida de las mujeres en relación con los hombres, la Ley A establecido que el Seguro de Invalidez y sobrevivencia se Licitara por separado. Lo que quiere decir que la prima que deban pagar las mujeres (es menor), se reintegrara a sus cuentas de capitalización individual mejorando de esta manera sus pensiones.

- Compensación Económica en Caso de Divorcio o Nulidad: esto se traduce en la incorporación de nuevas atribuciones a los jueces de familia de La Republica, los cuales podrán utilizar los recursos previsionales para compensar a los cónyuges. En la práctica se ordena el traspaso de la cuenta del cónyuge sentenciado a compensar a la cuenta del cónyuge compensado, independiente del régimen patrimonial pactado.

2.5.2. Reforma Previsional a la institucionalidad.

Se puede decir que la reforma del año 2008 apunta principalmente a los trabajadores independientes, al seguro de invalidez y sobrevivencia, a la creación del Instituto de Previsión Social (IPS), y la superintendencia de Previsión Social, entre otros aspectos. A continuación se detallarán algunas de las modificaciones:

a) Superintendencia de Pensiones: La reforma reemplaza la Superintendencia de AFP por la Superintendencia de Pensiones, la cual depende de la Subsecretaría de Previsión Social y es la encargada de controlar y fiscalizar el sistema.

b) Instituto de Previsión Social (IPS): este recientemente creado organismo se encarga principalmente de las pensiones solidarias y los regímenes previsionales que tenía a cargo el INP, el cual fue reemplazado por el IPS.

c) Centro Consultivo Previsional: es un organismo integrado por expertos y cuya función principal es prestar asesoría a los Ministros del Trabajo y Previsión Social y al Ministro de Hacienda, en la eventualidad que sea necesario modificar el Sistema de Pensiones Solidario.

d) Centros de Atención Previsional Integral (CAPRI): estos centros tienen como finalidad otorgar los beneficios del sistema de pensiones solidarias, además, deberán entregar información general y agilizar su tramitación. Dichos centros se encuentran emplazados en las comunas más importantes del país.

e) Comisión de usuarios: su creación obedece a la promoción de la participación de la ciudadanía por parte del Estado, están constituidas por los trabajadores, los pensionados y representantes de las AFP, en ella se recopilarán las evaluaciones periódicas sobre el funcionamiento del sistema hecho por los actores ya mencionados, su presidencia quedará a cargo de un académico.

f) Modificaciones al Seguro de Invalidez y Sobrevivencia: ahora será el empleador el obligado a pagar las primas por concepto de Seguro de Invalidez y Sobrevivencia de los trabajadores dependientes, la implementación de esta modificación será realizada en forma gradual, en el caso de empresas con más de 100 trabajadores se comenzó a pagar a contar del 1 de julio de 2009, en el caso de empresas que cuenten con menos de 100 trabajadores el pago de la prima se hará exigible a contar del 1 de julio del 2011.

g) Modificaciones respecto a la declaración y no pago de las cotizaciones: la reforma introdujo la posibilidad de que automáticamente se genere una declaración de cotizaciones impagas a contar del último día hábil del mes subsiguiente al plazo que se tiene para pagarlas, este hecho faculta a la AFP a iniciar gestiones de cobranza prejudicial, y en el caso de no obtener resultados por esa vía se podrá dar paso a la cobranza judicial. También se contempla la posibilidad de retención del pago de devolución de impuestos o crédito fiscal a través de la Tesorería General de la Republica. Por último, se contempla la restricción en el acceso a recursos fiscales de fomento productivo.

Estos nuevos mecanismos hacen más eficientes el cobro de las cotizaciones previsionales no pagadas por parte de los empleadores en desmedro de sus trabajadores

CLASE 11

2.6. Superintendencia de Seguridad Social.

La Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) es un organismo técnico de carácter autónomo, tiene a su cargo velar por garantizar los derechos de las personas, con especial énfasis en los trabajadores, pensionados y sus familias y la fiscalización del cumplimiento de la normativa de seguridad social vigente. Se encuentra regulada en la Ley 16.395 que data del año 1965 y depende del Ministerio del Trabajo y Previsión Social por intermedio de la Subsecretaria de Previsión Social.

Funciones Principales (Art. 2 de la Ley 16.395).

a) Tiene el deber de impartir las normas y orientaciones necesarias que tiendan a perfeccionar desde un punto de vista técnico y administrativo de las Cajas de Previsión, para que estas cumplan de mejor manera sus funciones.

b) Tiene como misión la confección de estudios e investigaciones respecto de la situación médico-social, demológica, demográfica y económica de los afiliados.

c) Debe realizar una calificación legal de los ingresos, así como de los egresos e inversiones de los sistemas de previsión y de la inversión de sus fondos y de los beneficios para los imponentes.

d) Realiza la supervigilancia administrativa de las instituciones de previsión, como así mismo su juzgamiento.

e) Debe analizar y juzgar los balances de contabilidad, acumulaciones y los actuariales, además debe inspeccionar los servicios médicos, contabilidad, administrativos, etc.

f) Debe proponer al Ministerio del Trabajo y Previsión Social las reformas legales que dicte la experiencia desde un punto de vista técnico.

2.6.1. Instituciones Sometidas a su Fiscalización.

La fiscalización que realiza esta Superintendencia se puede dividir en dos, por un lado está la fiscalización integral, es decir, la institución es fiscalizada en su totalidad y la fiscalización en materias especificas la cual encuentra su fundamento en la Ley de Fondos Nacionales.

a) Fiscalización integral:

- Instituto de Seguridad Laboral: Organismo recientemente creado que tiene por función administrar el Seguro contra los Riesgos por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Cajas de Compensación de Asignación Familiar: Son corporaciones de derecho privado sin fines de lucro que participan en la administración de los regímenes legales de prestaciones familiares, subsidio de cesantía y subsidio por incapacidad laboral.
- Mutualidades de empleadores de la Ley N° 16.744: Son personas jurídicas sin fines de lucro que tienen por finalidad la administración del Seguro Social Contra Riesgos del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
- Servicios de Bienestar del sector público: Administran regímenes de bienestar social de afiliación voluntaria en favor de los funcionarios del sector público.
- Comités Paritarios de Higiene y Seguridad del Sector: En toda empresa faena sucursal o agencia, en que trabajen más de 25 personas estarán obligados a crear un Comité Paritario. Se componen de 3 representantes del empleador y 3 representantes de los trabajadores.
- Comisión Médica de Reclamos de la Ley N° 16.744 (COMERE): Está encargada de conocer los reclamos en contra de las decisiones de las COMPIN o de Salud o de las Mutualidades, en su caso, que digan relación con cuestiones de hecho que se refieran a materias de orden médico de la Ley N° 16.744.

2.6.2. Fiscalización Respecto de Materias Específicas.

- Instituto de Previsión Social: Es una institución creada por la Nueva Reforma del año 2008, tiene por función administrar las prestaciones familiares, subsidio de cesantía del sector privado y paga subsidios familiares.
- DIPRECA: Se encarga de las prestaciones familiares de pensionados de Carabineros de Chile.
- Caja de Previsión de la Defensa Nacional: Prestaciones familiares de pensionados.
- Instituciones descentralizadas del Estado: en lo referente a prestaciones familiares.
- Servicio de Tesorerías: Prestaciones familiares de funcionarios públicos de servicios centralizados.
- AFP: Fiscaliza los temas relacionados con las prestaciones familiares de pensionados.
- Compañías de seguros de vida: Prestaciones familiares de pensionados.
- ISAPRES: Fiscaliza lo referente a los Subsidios por incapacidad laboral y maternal.
-COMPIN: Esta encargada de fiscalizar las licencias médicas, subsidios por incapacidad laboral, seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, calificación de discapacidad mental para acceder a subsidio, calificación de invalidez para acceder a asignación familiar al duplo.
-Empresas con administración delegada de la Ley N° 16.744: Seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- Municipalidades: En lo referente al subsidio familiar.
- Intendencias Regionales: Subsidio en favor de personas con discapacidad mental que tengan menos de 18 años de edad.

- Seremi Salud: Afiliados al Instituto de Seguridad Laboral y Cotización adicional de la Ley N° 16.744.

2.6.3 Posibilidad de Apelación o Reclamo de los usuarios.

La Superintendencia de Seguridad social es la encargada de resolver los reclamos o apelaciones presentados por los usuarios, en lo referente a su derecho a la seguridad social, siempre y cuando estén relacionados con las instituciones que están bajo su Supervigilancia. La Ley contempla incluso la posibilidad de realizar los reclamos a través de internet, además de esta opción existe la posibilidad de reclamar a través de una carta o de forma personal. Los temas susceptibles de apelación o reclamo son los siguientes:
- Accidentes del Trabajo Y Enfermedades Profesionales.
- Licencia Médica.
- Asignación Familiar.
- Cajas de Compensación.
- Servicios de Bienestar de Servicios Públicos.
- Seguro de Cesantía.

2.7. Superintendencia de AFP.

La Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) era un organismo público autónomo con personalidad jurídica y patrimonio propio, altamente profesionalizado, que tenía como principal funciones la Supervigilancia y control de las AFP y se relacionó con los gobiernos de turno por intermedio del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Fue creada por el D.L. 3.500 del año 1980. A su cabeza estaba el Superintendente de AFP, el cual era designado por el Presidente de La República.

Esta superintendencia funcionó desde el año 1980 hasta el año 2008 (Nueva Reforma), fecha a partir de la cual se suprimió, y pasó a llamarse Superintendencia de Pensiones (SP).

Principales Funciones:

- Llevar registro de las AFP.

- Dar la autorización para crear una nueva AFP.

- Debía dictar normas para el mejor funcionamiento del sistema.

- Fiscalizar la inversión de los fondos.

- Practicar la liquidación de las AFP.

- Velar por el buen funcionamiento del sistema.

- Debía aplicar sanciones y disponer la disolución de una AFP cuando correspondiera.

- Estaba encargada de velar por el cumplimiento de los requisitos al momento de hacer efectiva la garantía estatal.

Superintendencia de Pensiones.

-

La Superintendencia de Pensiones (PS) es un organismo público autónomo de carácter descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, su principal función es la de controlar y supervigilar a las AFP. Se relaciona con el Presidente de la República a través del Ministerio del Trabajo o de la Subsecretaria de Previsión Social. Fue creada en el año 2008 a través de la Ley 22.250 y para todos los efectos legales es considerada como la sucesora y continuadora de la Superintendencia de AFP, con todos sus derechos atribuciones y funciones.

En su funcionamiento estará sometida al Sistema de Alta Dirección Pública y estará sometida a la fiscalización de la Contraloría General de La República.

2.8. Funciones y Atribuciones.

a) Le corresponderá ejercer las funciones y atribuciones que se le encomendaban a la Superintendencia de AFP, las cuales están contenidas en el D.L. 3.500, D.F.L. N°101 y demás normas aplicables.

b) Fiscalizar al Instituto de Previsión Social, el cual es el reemplazante del INP.

c) Supervigilar y fiscalizar al recién creado Sistema de Pensiones Solidarias.

d) Dictar Normas e instructivos de carácter general que estén dentro de los límites de su competencia.

e) Velar por el acabado cumplimiento de la Ley en lo referente a la calificación de la invalidez de ambos sistemas.

f) Interpretar las normas de su competencia desde un punto de vista administrativo.

g) Velar por que las instituciones fiscalizadas cumplan con las leyes y con los reglamentos emanados por ésta.

h) Constituir el registro de asesore previsionales y administrarlo.

i) Prestar asesoría al Ministerio del Trabajo y Previsión Social en la celebración y ejecución de acuerdos internacionales que digan relación con materias previsionales.

3. INSTITUCIONES AFINES.

El sistema Previsional imperante en Chile contempla la existencia de instituciones que complementan la entrega de beneficios, ya sea por parte de las AFP o del INP, dentro de ellas destacan las Compañías de Seguros y las Cajas de Compensación.

3.1. Compañías de Seguros.

Las Compañías aseguradoras se pueden definir como aquellas empresas que se especializan en el contrato de seguro, el cual a su vez, se puede definir de la siguiente manera: "Contrato condicional por el cual la compañía de seguro o asegurador recibe una cantidad de dinero o prima por concepto de pago, a través de la cual, se obliga frente al asegurado a pagarle una suma de dinero previamente convenida por concepto de indemnización, en el supuesto que ocurra el evento esperado (enfermedad, muerte, incendio. etc.)". El riesgo tiene que quedar claramente estipulado en la póliza o contrato suscrito entre el asegurador y el asegurado.

Nuestro ordenamiento jurídico trata los seguros de manera general en el Código de Comercio a partir del artículo 512.

Los seguros previsionales.

Las pensiones de invalidez y sobrevivencia, se financian con la cuenta de ahorro previsional individual, sumado al bono pensional si a ello hubiere lugar y, finalmente, con *"la suma adicional que sea necesaria para completar el capital que financie el monto de la pensión"*, a este monto se le llama *"Suma Adicional",* la que está a cargo de la compañía de seguro con la que la AFP haya contratado por los seguros de invalidez y de sobrevivencia.

El afiliado, para acceder a este seguro, debe pagar un 3% de la remuneración base de cotización, el cual se destinará a pagar las primas de seguro para subvencionar dichas pensiones.

El seguro previsional siempre ha tenido un trato especial, esto queda de manifiesto en la regulación tributaria que se le da al efecto, ya que se consagran exenciones en el

impuesto a la renta y adicionales por los ingresos percibidos de las primas destinadas al pago de los seguros de invalidez y sobrevivencia. Este beneficio se hace extensible en el I.V.A por las compras de seguros y reaseguros que presten las aseguradoras para invalidez y sobrevivencia.

Naturaleza jurídica de los seguros previsionales.

La prestación a cargo de las compañías de seguro, en el sistema de ahorro individual con solidaridad, constituye un componente de las pensiones de invalidez y sobrevivencia, siempre y cuando se pague la suma adicional requerida para completar el capital que financie el valor de la pensión, recibiendo como contraprestación, una prima que proviene de la remuneración imponible del afiliado.

Con la creación de los seguros previsionales, la legislación instituyó un esquema particular para cubrir las pensiones de invalidez y sobrevivencia, que participa de los principios y reglas que informan el Sistema de Seguridad Social Integral.

Como ya se vio la suma adicional a cargo de la aseguradora es un componente necesario para financiar la pensión, por otra parte, se debe destacar que la naturaleza no extintiva del derecho a su reconocimiento, contrasta con la aplicación de la prescripción de acciones del contrato de seguro. Es decir, si tenemos en consideración que la prescripción funciona por el simple hecho de que durante cierto período de tiempo no se hubieren ejercitado tales acciones, los efectos de su aplicación se restituyen directa e inexorablemente sobre el derecho a la pensión, el que por el contrario tiene el atributo de ser imprescriptible según los mandatos de orden constitucional los que disponen de manera expresa que es un derecho irrenunciable y obligan a su pago oportuno, respectivamente.

Explicada la naturaleza jurídica especial que envuelve a los seguros previsionales, cuyas características los separan de los seguros tradicionales, se desprende que a estos no le son aplicables las normas del Código de Comercio que regulan los seguros privados, este es el caso de la prescripción de acciones establecida en su artículo 1081, cuya aplicación haría equivocado el establecimiento de la pensión que es de carácter imprescriptible y pasaría a llevar el mecanismo de pago de pensiones que el Estado garantiza.

CLASE 12

3.2. Cajas de Compensación de Asignación Familiar.

Son instituciones anexas al sistema previsional. Hoy se rigen por la Ley 18.833, así como por sus estatutos internos y, supletoriamente, por las normas contenidas en el Título XXXIII del Libro I del Código Civil.

Definición y característica de las cajas de compensación.

Son instituciones de previsión social y corporaciones de derecho privado, que no tienen fines de lucro, y cuyo fin es la administración de las prestaciones entregadas por la seguridad social.

Son de duración indefinida, pudiendo abrir sucursales en cualquier parte del territorio nacional y están bajo la fiscalización y supervigilancia de la Superintendencia de Seguridad Social.

La creación de una Caja de Compensación se realiza a través de un Decreto Supremo emitido por el Ministerio del Trabajo, el que le concede a dicha institución su personalidad jurídica y aprueba sus estatutos. Una Caja de Compensación la puede constituir, tanto las empresas del sector privado, así como empresas autónomas del Estado y aquellas en que el Fisco tenga participación.

Las Cajas de Compensación deben contar con un capital mínimo de 4.000 UF para dar inicio a sus funciones, las que se deben iniciar en un plazo de 6 meses desde la fecha de publicación del Decreto Supremo en el Diario Oficial que les concede su personalidad jurídica.

Además, para su constitución requiere del acuerdo previo de todos los trabajadores que pertenezcan a la empresa y de su empleador. Para esto, se convocará a una asamblea destinada para tal efecto, la que se deberá realizar ante un ministro de fe, el que puede ser un inspector del trabajo, un notario público o un funcionario público designado especialmente por la Dirección del Trabajo. En las empresas con un número menor a 25 trabajadores, puede actuar de ministro de fe el empleador o su representante legal.

Por regla general, todos los trabajadores que lo deseen pueden unirse a la caja de compensación. Solo excepcionalmente la caja puede denegar la afiliación a un trabajador, fundada en razones de infraestructura. La empresa se podrá retirar de la caja de compensación si contara con el acuerdo de sus trabajadores y siempre que haya estado afiliada por un mínimo de 6 meses. La entidad encargada de resolver los problemas derivados de la afiliación es el directorio de la caja; las resoluciones que este emita en esta materia son susceptibles de impugnarse ante la Superintendencia de Seguridad Social.

Cajas de Compensación Existentes.

Actualmente, en Chile hay 5 Cajas de Compensación:

- De los Andes.
- 18 de septiembre.
- Los Héroes.
- La Araucana.

- Gabriela Mistral.

Objeto y funciones de las Cajas de Compensación.

Según la Ley, el objeto de estas instituciones es la administración de las prestaciones de seguridad social. Las principales funciones de las cajas de compensación son las siguientes:

a) La afiliación de las empresas que quieran formar parte de ellas.

b) Administrar el sistema de prestaciones familiares de sus afiliados. Además, podrán administrar los programas de seguros de cesantía y de incapacidad laboral, previa autorización del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, la que se materializa a través de un Decreto Supremo, el que se dictará con el informe respecto de las condiciones administrativas de la Caja de Compensación respectiva, dicho informe se realizará por la Superintendencia de Seguridad Social.

c) Recaudar y fiscalizar los pago de las cotizaciones del punto anterior para los programas de subsidios por incapacidad laboral;

d) Administrar los beneficios derivados del crédito social, el sistema de prestaciones adicionales y los programas de prestaciones complementarias que se establezcan conforme a la Ley.

e) Inversión de los fondos disponibles.

f) Realizar las compensaciones que correspondan con los empleadores afiliados, con dineros y entidades previsionales;

g) Brindar prestaciones, a través de convenios, a organismos administradores de beneficios sociales.

h) Promocionar, organizar, y realizar acciones tendientes a mejorar el bienestar social de sus afiliados y de su familia.

i) Efectuar funciones específicas que le encomiende la legislación chilena.

j) Una de las últimas funciones que se le ha encargado a las cajas de compensación es el participar en el régimen de Leasing habitacional, por medio de la administración de las cuentas de ahorro.

k) Establecer programas de prestación de crédito social, que pueden consistir en préstamos de dinero. En este sentido, lo que deba un trabajador por concepto de estos

créditos debe ser descontado de la remuneración mensual por la empresa afiliada a la cual pertenece; esta retención deberá ser remesada a la Caja de Compensación. Esta materia se rige por las mismas disposiciones legales que regulan el pago y el cobro de las cotizaciones previsionales.

l) Establecer un sistema de prestaciones adicionales, el que puede consistir en prestaciones en especies, en dinero, y servicios especiales para los afiliados y su núcleo familiar. Estos programas pueden incluir beneficios complementarios que no están incorporados en el resto de los regímenes que administran; estos programas son voluntarios y se establecen a través de convenios con las empresas afiliadas a las que pertenecen los trabajadores o con estos de manera directa.

Para la entrega de sus beneficios, las Cajas de Compensación pueden acordar con los empleadores afiliados, que estos paguen directamente a sus trabajadores las prestaciones por incapacidad laboral.

Además de estas labores propias de las cajas, a estas se les autorizó, por medio de la Ley Nº 19.281, a abrir y mantener cuentas de ahorro, con el objetivo de recibir en ellas el ahorro voluntario que efectúen sus afiliados, con el fin de pagar sus rentas de arrendamiento y reunir los fondos necesarios para financiar la compra de viviendas. Las Cajas de Compensación pueden abrir estas cuentas, tanto para las personas afiliadas a ellas, como también a otras que lo soliciten. Los dineros depositados en estas cuentas constituyen el Fondo para la Vivienda, el que está separado del patrimonio de las cajas. Las cajas pueden cobrar una comisión por este servicio, la que se determinará de manera libre, pero uniforme para todos sus afiliados.

Como se dijo, las cotizaciones que debe realizar el afiliado a una caja pueden descontarse por su empleador, pero estos no pueden exceder del 30% de su remuneración mensual.

Prohibiciones que afectan a las Cajas de Compensación.

A las cajas les está expresamente prohibido realizar las siguientes operaciones:

a) Levar a cabo explotaciones productivas.

b) Realizar donaciones.

c) Destinar los dineros que perciban a finalidades que no se hayan autorizado expresamente por la ley.

d) Contratar créditos. Lo podrán hacer, siempre y cuando, aquellos dineros se destinen a las siguientes materias:

- Adquirir bienes para su adecuando funcionamiento.

- Financiar sus programas de crédito social, con arreglo a las disposiciones generales dictadas por la Superintendencia.

e) Delegar la administración y otorgamiento de los beneficios que les corresponda.

f) Realizar declaraciones que atenten contra el prestigio o el trabajo de otras Cajas de Compensación y de entidades de carácter previsional.

g) Rechazar solicitudes de afiliación que cumplan con todos los requisitos establecidos por la ley.

h) Ponerse de acuerdo con otras Cajas de Compensación con el fin de limitar su autonomía operacional.

i) Acordar, con sus propios afiliados, prestaciones por tiempo trabajado que tengan las características de indemnización por años de servicio, desahucio o de cualquier otro tipo de prestaciones análogas.

Financiamiento de las Cajas de Compensación.

Estas instituciones se financian con el pago de una cotización realizada por sus trabajadores afiliados, correspondiente a un 0,6% de la remuneración mensual o renta imponible de las personas no afiliados a una ISAPRE. Además, las Cajas de Compensación, perciben comisiones con cargo a los fondos que administran, los que configuran las prestaciones familiares, seguro de cesantía y subsidio por incapacidad laboral.

Realice Ejercicio Nº 7

RAMO: SEGURIDAD SOCIAL

UNIDAD III

REGIMEN PREVISIONAL CHILENO

CLASE 01

1. HISTORIA DEL RÉGIMEN PREVISIONAL CHILENO.

La República de Chile, durante su época en que se generaron grandes cambios sociales, esto es, mientras estuvo vigente el Gobierno Militar se iniciaron importantes cambios en lo que se refiere a la Seguridad Social, en términos tales que se puede señalar que los pilares y principios que informan el actual sistema previsional fueron innovadores en todo el mundo y estos se generaron desde fines de los años ´70, donde se consideraba una revolución realizar un cambio al sistema antiguo.

El antiguo sistema previsional chileno había sido objeto de numerosas críticas, donde el régimen nuevo vino a dar una solución efectiva a estas temáticas. Estas reformas fueron y son el sustento en el cual se erige el nuevo sistema de pensiones y de salud pública y privada.

Respecto a este tema, ya se había discutido en varias etapas la situación previsional chilena, donde se pueden distinguir las siguientes etapas:

En el año 1956, la llamada Misión Económica Klein y Sacks, aconsejó desarrollar cambios profundos al sistema vigente. Luego, en 1964, una comisión presidida por Jorge Prat Echaurren, da a conocer un completo informe sobre la seguridad social en Chile, donde se proponían cambios radicales.

En 1968, el presidente de la época, don Eduardo Frei Montalva y su Ministerio de Hacienda, a cargo de Andrés Zaldívar Larraín, enviaron al Congreso Nacional un proyecto legislativo que contenía variadas normas de orden previsional, el cual nunca llegó a ser ley de la República. El mensaje del proyecto reconocía grandes defectos del régimen vigente, como los altos costos de administración, pago de privilegios irrisorios, entrega de beneficios sin que existieran estados de necesidad y falta de solidaridad.

El régimen propuesto, se erigía en un sistema único y uniforme que daba la posibilidad de pensionarse por vejez a los 65 años a los varones y 60 a las mujeres. Se quería, según el mensaje, que la totalidad de las cajas de compensación que había en esa época otorgaran pensiones bajo los mismos requisitos, por los mismos montos, calculados de igual manera, sujetos a los mismos reajustes. Como ya se dijo, el proyecto nunca se aprobó.

El Gobierno Militar, desde los inicios de su gestión planteó a la nación la gran necesidad de sustituir los sistemas previsionales existentes, por uno nuevo con carácter uniforme, universal, integral y suficiente. Tal objetivo se aprecia de manera clara en el documento llamado *"El Objetivo Nacional de Chile",* en el cual se plantean las grandes bases, herramientas y fines en esta materia, señalándose de manera expresa la intención de sustituir todo por un sistema nuevo.

A fines de 1975 se entrega a la nación un anteproyecto de cambio, que llevaba como nombre *"Anteproyecto del Estatuto Fundamental de Principios y Bases del Sistema de Seguridad Social",* en el que se acogían los principios ya señalados. Este proyecto pretendía abarcar muchas temáticas sociales, incluyendo otros sistemas de beneficios además de las pensiones, tales como asignación familiar, medicina social, asistencia social, subsidio por interrupción temporal del trabajo, etcétera.

En lo referente al financiamiento, el anteproyecto proponía un sistema mixto de capitalización individual y colectiva para las pensiones y el de reparto para otros beneficios.

En cuanto a la administración, esta se entregaba a organismos llamadas *"Corporaciones de Seguridad Social".* Este anteproyecto no llegó a ser aprobado y posteriormente, en el año 1980 se dio a conocer al país la reforma del sistema de pensiones.

El antiguo sistema de previsión social se llamaba *"reparto"*, el que cubría de una manera amplia contingencias sociales como la incapacidad, la vejez, la muerte, contando también con subsidios para los riesgos de la salud que podían acarrear un estado de necesidad.

Los trabajadores debían pertenecer a una determinada caja de previsión, en atención al trabajo que realizaban, ya que cada grupo de empleados de un sector de la economía tenía formada su caja, por este motivo, el sistema de reparto no era uniforme, ya que se clasificaba de acuerdo a 3 tipos de trabajadores, generando 3 grandes subsistemas.

- Previsión social para trabajadores manuales.
- Para empleados asalariados y;
- Para empleados públicos.

De estas tres bases nacían subsistemas más acotados y determinados según cierta clase particular de trabajadores. Todo esto redundaba en beneficios dispares, que no eran uniformes y algunas veces eran injustos, siendo mejores para unos grupos, los que generalmente eran los que tenían mayor capacidad económica y más influencia política.

En este sistema de reparto, las personas sujetas a cobertura de sus estados de necesidad debían participar en el financiamiento de este, tomando en consideración sus facultades económicas, recibiendo prestaciones de acuerdo a las necesidades reales de cada individuo. Ello implicaba que los cotizantes debían tener un deber de ayuda mutua y una participación colaborativa entre los integrantes de cada asociación de trabajadores, lo que significaba un alto nivel de solidaridad.

Evolución de las normas para establecer el sistema de seguridad social.

Respecto de este tema ha habido una gran cantidad de normas y textos legales que configuran el sistema de seguridad chileno, las cuales se pasan a estudiar.

A.- La Constitución de la República de Chile.

Esta ha tenido una gran evolución, por los siguientes motivos:

La Constitución Política de Chile del año 1833 no trataba este tema en ninguno de sus artículos. Antes de esta fecha no existía seguridad social chileno, no había tampoco ningún sistema de salud.

En un comienzo el cuidado de la salud quedó a cargo de los conventos, y estaba destinado a los más pobres.

En el año 1818 no existía ningún centro hospitalario completo, todavía en esa época se creía que la medicina iba de la mano con la magia.

En el año 1820 hubo una cruenta persecución religiosa y política de los ideales de la revolución francesa, haciendo que la atención de la salud salga de manos religiosas.

Ya, hacia el año 1830, muchos conventos que se dedicaban a esta labor se encontraban totalmente deshabitados.

En el año 1850 llega un grupo de profesionales de las más diversas ramas del conocimiento, traídos especialmente al efecto por el gobierno de turno, entre los cuales se contaban con profesionales de la salud.

En 1833 tampoco existían las jubilaciones, solo por la Constitución de ese año, redactada por Diego Portales, se empieza a vislumbrar un atisbo de un tipo de pensión de gracia, la que iba en directo beneficio de los descendientes de aquellos chilenos que habían muerto como mártires en la guerra de la independencia.

La Constitución Política de 1925 tampoco establecía normas concretas referidas a la seguridad social. Sólo se encontraban algunos artículos que hacían referencias a este tema en el capítulo de las garantías constitucionales; esa situación de precariedad legislativa en esa carta fundamental llama la atención, ya que se habían dado grandes saltos en el desarrollo de la seguridad social en Chile.

El estatuto de garantías de 1970.

La Democracia Cristiana (DC) le exigió al futuro gobierno de la Unidad Popular (UP), para darle su apoyo, que este dictara una propuesta de reforma constitucional con el objetivo de resguardar y promover la seguridad social. De esta manera se dicta el acta constitucional número 3, la que, aparte de señalar una serie de normas que protegían el derecho laboral, regulaba el sistema previsional. En dicha acta se garantizó a todos los habitantes de la República de Chile el derecho a la seguridad social, establecido en el número 21 de la Carta Fundamental.

La evolución de las normas sociales sufre una divergencia dentro del gobierno militar, en donde se distinguen claramente 2 etapas, que son la humanista nacional y la influencia liberal.

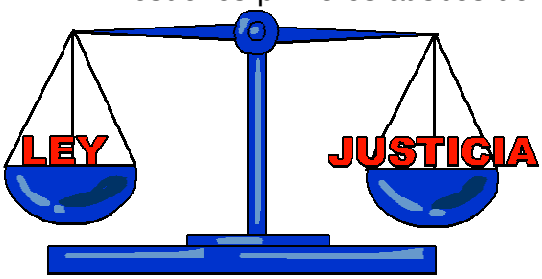
Durante el inicio del gobierno de facto (1973-1978) existe una gran influencia proveniente desde España y de la doctrina social católica en el ordenamiento laboral y previsional. En este período hay una idea que se materializa en un proyecto de Código del Trabajo demasiado influido por las ideas españolas y que reformó todo el sistema de seguridad social chileno. Sin embargo, dicho proyecto se rechazó. Esta reforma consistía en la creación de cierto número de cajas de previsión, con 4 ó 5 prestaciones de carácter básico. El proyecto no prosperó dada la línea de principios o convicciones que tenía el gobierno de turno.

En la Constitución Política de 1980 se cambia la ideología de pensamientos por parte del Estado. Esa Carta Fundamental contiene artículos destinados a la seguridad social. Pero estas normas se apartan del carácter social que deberían tener y se refieren o propenden la competitividad del Estado. No se trató de garantías de seguridad social, ya que los organismos previsionales particulares se reservan la facultad de aceptar o rechazar a los afiliados; se establece un régimen previsional con mínimas prestaciones, demasiado uniformes que podían ser entregadas por el Estado o por los privados, esto último fue los que llevó a Chile a configurar su actual sistema de seguridad social.

CLASE 02

B.- La Ley como fuente de la seguridad social.

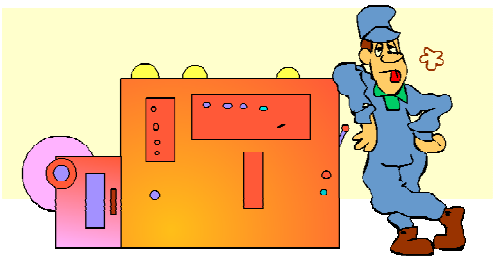
Desde los primeros atisbos del sistema de seguridad social se han modificado de gran manera las leyes previsionales, dado que se ha dictado muchos cuerpos legales que configuran el actual sistema. En chile la inquietud de conformar un sistema de previsión viene desde 1857 aproximadamente, donde se establece un escuálido sistema de pensiones para los empleados públicos, sin embargo beneficiaba solo a los altos rangos de la administración pública.



En el año 1906 se da comienzo a la dictación de leyes que configuraría el antiguo sistema social, el cual fue insostenible en el tiempo por su gran cantidad de falencias; este estaba estructurado sobre la base de 47 servicios previsionales primarios y rudimentarios, a los que había que sumar el servicio nacional de salud, el seguro social y el SERMENA, todos creados y regulados por leyes.

Todo esto se simplifica con el actual sistema de previsión social, que es mucho menos caótico, pero que es más difícil de entender para los beneficiarios.

La evolución de las leyes referidas a la seguridad social es la siguiente:



a) Ley de la Silla del año 1904. Su fin era que los establecimientos comerciales tuviesen sillas para todos sus trabajadores.

b) Ley de habitación obrera de 1906. Esta ley se tramitaba desde 1887 y fue a proposición de Gregorio Pinochet, donde Ramón Barros Luco propuso invertir en la creación de barrios para los obreros, lo que se materializa en 1906.

En aquellos años los trabajadores vivían en los llamados “conventillos”, estos se componían de casas habitadas en cada cuarto por una familia y existía solamente un baño común. Las condiciones sanitarias eran deplorables, ya que en Santiago no se había creado el sistema de alcantarillas y solo se usaban las acequias para eliminar los desechos humanos.

c) En el año 1916 se dicta la primera ley de accidentes del trabajo, a proposición de Alfredo Barros Errázuriz

d) 1917, en este año se dicta la primera ley que crea y regula las salas cuna.

e) En 1918 entra en vigencia la Ley de Previsión y Retiro de Ferrocarriles del Estado. Esta ley es de suma importancia, ya que se trata de la primera ley de previsión global, ya que esa empresa fue la de mayor importancia para Chile.

f) En el año 1921 Alessandri propuso el primer proyecto de Código del Trabajo, esto para cumplir sus promesas que había hecho en su campaña electoral.

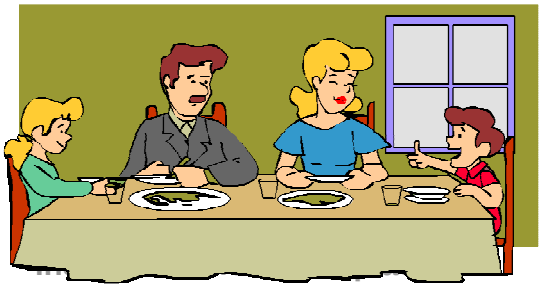
g) En 1924 se vivió el episodio de la historia chilena conocido como “ruido de sables”, esto trajo como consecuencia que se dictaran 7 leyes sociales, de las cuales solo importan dos, las que a continuación se señalan:

- Ley número 4.054, sobre el seguro obligatorio de enfermedad e invalidez.

- Ley número 4.055, ley sobre accidentes del trabajo.

h) Durante el segundo período presidencial de Alessandri se dictan 2 leyes muy relevantes:

- Ley 6.020, sobre el sueldo vital y asignación familiar.



En este tiempo existía la remuneración mínima para los obreros, sin embargo este no

beneficiaba a los empleados particulares, para estos se crea el sueldo vital, el que toma en consideración 4 partidas: alimentación, vivienda, vestimenta y ahorro.

En dicha ley se establece un sistema donde se debe cotizar una canasta mínima de productos por la Comisión Mixta de Sueldo y Salarios, de donde se obtenía un promedio. Este cuerpo legal solo establecía este beneficio para el trabajador, pero en ningún caso para su familia, frente a lo cual nace la *"asignación familiar"*, que comprendió todas las partidas, excepto el ahorro. Luego de estructurar e iniciar este sistema se determinó que este hacía demasiado realista a la economía y se crea de esta manera el *"IPC" (Índice de Precios del Consumidor)*. Es por esto, que hoy en día la proporción entre remuneración mensual mínima y asignación familiar es menor.

En la década del ´70 se deja de usar el concepto de sueldo vital y nace el *"ingreso mínimo"*. En este mismo periodo surge una asignación familiar nueva.

Ambos se han ido reajustando, pero la asignación familiar más reciente, que es la que entrega más dinero, está cerca de los $3.000. Esto ha hecho que se vaya desvirtuando la idea original del legislador (que la persona pueda alimentarse, vestirse y aportar a los gastos de la vivienda).

- Ley 6.174, sobre medicina preventiva.

Es considerada una de las mejores leyes realizadas en Chile, la cual fue redactada por el Doctor Cruz Coke. En la década del ´30 existía mucha gente que padecía de ceguera, tuberculosis y sífilis; con estos datos se buscó estableces un sistema que pudiera detectar estas enfermedades de manera precoz, para su respectivo tratamiento.

Anualmente, el trabajador, debía realizarse exámenes para detectar una enfermedad y si estaba enfermo o con potencial para estarlo se sometía a reposo. Si en el plazo de 2 años no se libraba de su enfermedad se jubilaba por la ley de medicina preventiva, lo que hoy en día equivaldría a jubilarse por invalidez total.

Hoy en día, esta ley esta plenamente vigente, pero solo respecto de los integrantes de las Fuerzas Armadas y Carabineros.

Ley 10.383 de 1952. Crea el Servicio Nacional de Salud y el Servicio de seguros Sociales. (Aplicación del plan *Beveridge*.)

i) Ley 10.475 de Jubilación de Empleados Particulares, la que complementa el sistema de asignación de beneficios a los trabajadores del sector privado según lo que les correspondía en atención a ciertos parámetros establecidos por esa ley, los que eran distintos, dependiendo de la labor realizada por la persona.

j) Ley número 10.986, que establece la continuidad en la previsión. Antes de la dictación de esta ley los beneficios se pagaban por la última caja en que cotizó el trabajador, pero desde

la dictación de este cuerpo legal el resto de las cajas debía aportar en un porcentaje equivalente al tiempo en que el sujeto estuvo afiliado.

k) Ley 16.744, que es la encargada de establecer los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales. Se considera una de las leyes más notables a nivel mundial sobre este tema, fue dictada en la década del ´60, en el gobierno de Eduardo Frei Montalva.

l) La ley 16.781 sobre la medicina de libre elección, es decir, a través de este cuerpo legal, el afiliado podía optar con qué centro médico se atiende.

m) Ley 17.322 sobre el cobro a través del procedimiento ejecutivo de las imposiciones impagas. En Chile existe una gran cantidad de trabajadores que debe imposiciones, lo que implica que el sistema no funcione de manera óptima. Esta ley presume que si el empleador paga los sueldos retiene las imposiciones y hace su respectivo depósito. Si este no las depositara está cometiendo el delito de apropiación indebida. Un trabajador no puede ser apartado de sus funciones sin que se le hayan pagado la totalidad de sus imposiciones y si así sucediera, ese despido queda nulo.

n) Decreto Ley número 307, que establece el sistema único de prestaciones de carácter familiar. Esta ley determinó que todas las asignaciones familiares son iguales para cada uno de los afiliados.

o) Decreto Ley número 869, sobre pensiones asistenciales para los ancianos y personas carentes de recursos.

p) Decreto Ley número 3.500, que crea las AFP. Fue una reforma de gran connotación, ya que uniformó todo el sistema antiguo. Se complementó con los Decretos Leyes 3.501 y 3.502.

q) Ley número 18.833, sobre las cajas de previsión. Las cajas eran las entidades encargadas de administrar los fondos de pensiones de sus trabajadores; existía una para cada sector de trabajadores, los que formaban un fondo común, con cargo al cual se repartían los beneficios y pensiones. Esta ley crea y estructura las bases sobre las cuales funcionan dichos organismos.

r) Decreto con Fuerza de Ley número 150, que establece el nuevo sistema único de prestaciones.

s) Decreto con Fuerza de Ley 90, sobre el sistema de asignación por muerte. Este era un beneficio que se les entregaba a los herederos del cotizante que fallecía, ya que los fondos de este no se perdían e iban en directo beneficio de la viuda y sus hijos. Esta ley establece dicho sistema de beneficios.

t) La ley número 19.466, que regula el ejercicio de la garantía constitucional de protección a la salud.

u) Ley 19.728, sobre protección de desempleo. Esta ley Estableció normas que iban en directo beneficio de los trabajadores, los que necesitan una red de beneficios y obligaciones que se deben imponer a los empleadores para que el trabajador realice sus funciones de la manera más segura posible. Este cuerpo legislativo, junto a otros, cumple dicha función, siendo un complemento al Código del Trabajo.

CLASE 03

C.- La jurisprudencia como fuente del sistema de seguridad social.

En esta materia hay que distinguir dos tipos de jurisprudencia, la judicial y la administrativa:

- Jurisprudencia de carácter judicial. Existen grandes conflictos de intereses que han redundado en juicios de previsión social, los que han sido un verdadero precedente en el establecimiento de normas.
- Jurisprudencia administrativa. Este tipo de jurisprudencia emana de las siguientes instituciones:

    - Superintendencia de AFP.
    - Superintendencia de Isapres.
    - Superintendencia de Seguridad Social.
    - Contraloría General de la República.

Estas resoluciones son muy abundantes, incluso más que los dictámenes emanados por la Dirección del Trabajo.

Otras fuentes que podrían tener importancia en esta materia son *"La Costumbre"* (que es la opinión de los especialistas en el tema) y *"La Doctrina"* (repetición constante y uniforme de actos en el tiempo, los que pasan a ser generalmente aceptada por una comunidad y que puede llegar a convertirse en ley); sin embargo, ninguna de estas dos instituciones tiene relevancia para el sistema de seguridad social.

Acta Constitucional número 3 del año 1976.

En 1976 se lanza un anteproyecto por parte de la Democracia Cristiana en materia de seguridad social, el que otorgaba de manera uniforme el sistema completo a las cajas de compensación; estas debían entregar 7 prestaciones iguales para la totalidad de sus afiliados. Pero este anteproyecto no fue acogido, porque entró en vigencia la Constitución Política de 1980.

El punto que marca la inflexión entre el antiguo sistema y el nuevo se encuentra en la entrada en vigencia de los Decretos Leyes número 3500, 3501 y 3502, desde esa fecha las pensiones de salud y la cesantía tomaron un camino distinto al que primaba en esos años, sin embargo esto, el antiguo sistema no desaparece. Ejemplo de esto es la ley de accidentes del trabajo, que siguen siendo regulados por la ley dictada en la década del ´60.

En lo referido a la invalidez, no existían cuerpos legales generales, ya que, cuando se quiso legislar se alzó una oposición en el parlamento, que estimaba que los inválidos se aprovecharían de su condición para lucrar.

Desde el año 1984 se comienza a crear un sistema previsional desordenado, ya que cada área de trabajo quiso establecer sus propios programas previsionales, se crearon más de 40 cajas de previsión, sumado a 2 sistemas de bienestar y el seguro social. Los beneficios entregados a los afiliados eran dispares según la cantidad de dinero que tuviera la caja.

Los trabajadores también empezaron a solucionar el tema de la salud, creando sus propios organismos, como por ejemplo, la Caja Marino Mercante. Estas cajas se financiaban con un aporte pagado por el empleador y las imposiciones del trabajador, que hoy en día se llaman cotizaciones.

Uno de los temas con mayor caos era la salud, ya que solo algunas cajas poseían centros médicos propios. Es así, como en 1958 Alessandri le encarga a especialistas el estudio acabado a fin de cambiar de manera global el sistema de salud y previsión, pero dicho informe no pudo terminarse porque el profesional a cargo murió.

Aparte del enredo y desconocimiento del sistema de salud, este presentaba grandes falencias financieras, ya que se financiaba con las imposiciones de los afiliados y en la medida que estos envejecían solicitaban cada vez más prestaciones. Así, el Estado obligó a las cajas que construyeran casas para sus afiliados y las vendieran a bajos precios, lo que se conoce como la *"Ley Pereira";* sin embargo, esta medida no dio frutos, porque produjo que las cajas incurrieran en altos gastos de construcción, lo que trajo como consecuencia que el sistema tuviera un nuevo agujero financiero. Todos estos problemas en el error de las inversiones llevó a que se creara la *"CORFO"* (Corporación de Fomento de la Producción), institución que se nutre con gran parte de los fondos de previsión social y que busca obtener una mejor administración de las empresas, dentro de las cuales se contemplaba a las administradoras del sistema de seguridad social.

También se dictó el Decreto con Fuerza de Ley 2, donde se construyeron miles de casas con cargo a los fondos previsionales, lo que genera un *agujero financiero* para responder frente a estos beneficios asegurados por el Estado chileno.

En este momento histórico existía un número mayor de gente que retiraba sus fondos que los que aportaban, además, se empezó a instaurar la idea que la medicina alargaba la vida cada vez más.

La reforma agraria hizo que se expropiara gran cantidad de terrenos campesinos para repartirlos a las familias, esto con el fin que estas los explotaran. Cada vez que se le expropiaba su inmueble a un latifundista, a este se le tenía que pagar una indemnización, estas se dieron, muchas veces, con cargo a lo fondos previsionales, lo que también provocó un desfinanciamiento del sistema. Frente a esto, el Estado fue quien se tuvo que hacer cargo de los aportes, hasta que no se pudo cubrir las prestaciones prometidas. Por esto, el sistema antiguo se critica, por su falta de eficiencia y mala administración. A pesar de esto, nunca se reconoció por el Estado que este hubiese sacado dineros previsionales para realizar obras de gobierno.

En la década del ´70 empezó la presión que quería un cambio en el sistema, porque se decía que el Estado era incapaz de administrar el sistema previsional. Frente a los rumores que el Estado sacó dineros de los fondos de pensión, este tuvo que crear el *"bono de reconocimiento".*

Definición del bono de reconocimiento.

Instrumento emitido por el Estado en el que se establece el dinero que el sujeto tenía en el sistema antiguo, con el compromiso de ser pagado en el régimen nuevo, reajustado, cuando la persona se jubilara.

Un punto importante lo determinó el Decreto Ley 220 del año 1978, el que cambió el sistema al eliminar la categoría de obrero empleado, sustituyéndolo por el único concepto de *"trabajador",* con un sistema previsional igualitario. Frente a estos cambios, el Estado vio que no todas las personas querían cambiarse al nuevo sistema y que no se podía obligar a la población.

No se aceptó a ninguna persona en el nuevo sistema de previsión social, además, se quiso unir la totalidad de las cajas, con los que se crea el INP (Instituto de Previsión Social).

Ideas sobre las que se sustenta el nuevo sistema previsional.

a) El sistema nuevo, llamado de *"capitalización",* busca que cada uno de los individuos se haga cargo de manera responsable de su previsión social para el futuro.

b) Además, la capitalización busca que el dinero aportado sea productivo, ya que los fondos se invierten en las bolsas de comercio internacional.

En este sistema no existen fondos comunes masivos sino que fondos propios pequeños. La capitalización se basa en que cada afiliado sepa qué hacer con su dinero. Además, tiene un carácter participativo, ya que el trabajador debe decidir y elegir la institución previsional a la cual quiere pertenecer, antes las personas pertenecían a una caja por el trabajo que realizaran. Para lograr esto, al afiliado se le informa los beneficios de cada organismo para poder tomar la mejor decisión.

Desarrollo del antiguo sistema de reparto chileno.

El sistema previsional antiguo calzaba perfectamente con lo que se denomina internacionalmente como *"pay as you go" o "sistema con financiamiento sobre la marcha" o "sistema de reparto".*

Aquel régimen de previsión establecía que las pensiones debían pagarse a los trabajadores jubilados y que dicho pago se tenía que hacer con cargo a un fondo común, el cual era financiado con los dineros aportados por los trabajadores activos del país, los empleadores y también por el fisco, o sea, se estaba frente a un sistema de acumulación de dinero privado, pero con aportes del Estado.

La determinación del monto a pagar a cada asegurado consideraba su registro previsional o historial y tenía casi nula relación con el dinero aportado por la persona durante sus años de trabajo.

En la práctica, esto redundó en que el Estado debía aportar, continua y crecientemente, dineros para que se pudiera cumplir con las pensiones que se habían comprometido a pagar de acuerdo al grupo de trabajo en el cual se encontraba el sujeto.

Administrativamente, el sistema de reparto, que antiguamente regía en Chile, operaba a través de las distintas *"cajas de previsión".* Estas eran entidades encargadas de la recolección de las cotizaciones previsionales aportadas por los trabajadores activos o por sus respectivos empleadores, las que a la vez eran las responsables de pagar las prestaciones otorgadas por el régimen previsional.

En el antiguo régimen existía un alto nivel de compromiso o intervención del Fisco. La participación de los privados en aquella época se materializaba a través de organismos de gestión sin fines de lucro, los que eran los encargados de administrar los fondos previsionales en base a una delegación administrativa del Estado. Dentro de estos órganos se encontraban las cajas de asignación familiar, las cajas de previsión, las mutuales de empleadores, etcétera. Estas últimas actúan hasta la fecha en el sistema de la ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

CLASE 04

El Instituto de Normalización Previsional (INP).

El INP es un organismo autónomo, que cuenta con personalidad jurídica y con un patrimonio propio. Esta institución está relacionada con el Gobierno por medio del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

El Decreto Ley 3.500 de 1980, había establecido que los trabajadores que tuvieran o hayan tenido imposiciones en alguna institución de previsión vigente, tendría derecho a elegir

entre el nuevo sistema establecido por ese cuerpo legal o el que les correspondía según la antigua normativa, según la naturaleza de los servicios prestados.

Esa misma facultad para optar entre el antiguo y nuevo sistema se les dio a los trabajadores que se afiliaran por primera vez antes del 31 de diciembre de 1982. Los que lo hiciesen después de esa fecha quedarían, obligatoriamente, incorporados al nuevo sistema. Esto generó una gran inseguridad entre los usuarios y una inestabilidad del régimen vigente hasta ese momento, ya que, a gran cantidad de la fuerza laboral chilena se le obligó a optar por el sistema nuevo para renovarles sus contratos o para incorporarlos a un trabajo.

Paralelamente, se estableció un plazo de 5 años, contados desde el 1 de mayo de 1981, para que los afiliados al antiguo sistema se cambiaran al nuevo.

El escenario anterior significó que coexistieran 2 sistemas previsionales, ya que para los afiliados al antiguo no fue obligatorio cambiarse al nuevo, ya que se podía mantenerlo hasta gozar totalmente de sus respectivas prestaciones previsionales, situación que se controlaría y garantizaría por el INP.

Las principales funciones del INP eran las siguientes:

a) Estudiar y dar propuestas al gobierno las políticas y medidas que dieran garantías en el oportuno cumplimiento de los compromisos de carácter previsional que el Estado hubiese contraído o contrajese con posterioridad.

b) Administrar el Fondo de Financiamiento Previsional, que estaba destinado, básicamente, a financiar los Bonos de Reconocimiento (este era el documento que permitía a los afiliados que se cambiaban al nuevo sistema a que se les reconocieran los derechos adquiridos en el antiguo régimen) y las jubilaciones de los imponentes de las antiguas cajas de previsión.

En el año 1988, la Ley N° 18.689, fusionó al INP las siguientes cajas de previsión:

- Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas.

- Servicio de Seguro Social.

- Caja de Previsión de Empleados Particulares (EMPART).

- Caja de Retiro y Previsión Social de los Ferrocarriles del Estado.

- CANAEMPU Caja nacional de empleados públicos y periodistas, sección empleados públicos (CANAEMPU)

- Caja de Previsión de la Marina Mercante Nacional.

- Caja de Previsión Social de los Obreros Municipales de la República.

- Caja de Previsión Social de los Empleados Municipales de Santiago.

- Caja de Retiro y Previsión Social de los Empleados Municipales de la República.

- Caja de Previsión Social de los Empleados Municipales de Valparaíso.

- Caja de Previsión de la Hípica Nacional.

- Caja de Previsión Social de los Empleados y Obreros de la Empresa Metropolitana de Obras Sanitarias.

- Caja de Previsión y Estímulo de los Empleados del Banco del Estado de Chile.

- Caja de Previsión para Empleados del Salitre.

- Departamento de Indemnización para Obreros Molineros y Panificadores.

- Sección de Previsión Social de los Empleados de la Compañía de Consumidores de Gas de Santiago.

Aquella ley ordenó que, en lo sucesivo, toda referencia que fuera hecha por cualquier cuerpo legal a esas instituciones, se entendería efectuada al INP, el que, para todos los efectos, pasó a ser su sucesor, haciéndose cargo del todas las ganancias y deudas, y de cada uno de los regímenes de seguridad social que administraban las cajas de previsión. Pero se respetarían todos los beneficios de cada una de esas cajas.

La ley 18.689, también dispuso, que las instituciones de previsión del régimen antiguo que no aparecieran entre las mencionadas y que necesitaran, en lo sucesivo, aportes del Fisco para cubrir los déficit en el financiamiento de sus sistemas de beneficios, se fusionarían por el solo ministerio de la ley en el INP. Un ejemplo de esto fue lo que pasó con la Sección Retiro de los empleados de la Sociedad Mauricio Hochschild y Cía. Ltda.; con la Sección Especial de Previsión de Empleados de la C.C.U., con la Caja de Previsión Gildemeister y con la Caja Bancaria de Pensiones.

Esta Ley hizo que se encomendara la administración de los regímenes de las cajas de previsión al INP, ordenando el traspaso del Fondo de Financiamiento Previsional a ese instituto.

Las reformas impulsadas no sólo modificaron el sistema de pensiones, sino que abarcaron el total de los beneficios de seguridad social, donde, únicamente, se excluía la protección frente a los riesgos profesionales, la que no ha sufrido grandes cambios, a pesar que este sistema de protección data del año 1968, se concilia absolutamente con el esquema que se buscaba implantar. Este programa busca brindar protección de carácter,

diferenciando a los riesgos sociales que se buscan proteger y no a las personas que recibirán tal protección, en una clara y constante búsqueda de llevar a cabo el principio de la uniformidad. Esto queda de manifiesto en el año 1975, donde entraron en vigencia dos leyes que establecían el mismo sistema de prestaciones familiares y subsidios de cesantía para todos los trabajadores, sin diferenciar si eran del ámbito público o privado.

Estos procesos de cambios legislativos culminaron con la creación de un sistema uniforme y único de pensiones de vejez, invalidez y sobrevivencia.

Críticas al antiguo régimen previsional.

El antiguo régimen, llamado de reparto, dio malos resultados, que no eran para nada beneficiosos, por regla general, para sus afiliados. Pero estos problemas se habían detectado desde los años 50, que fueron dadas las primeras ideas para intentar cambios en aquel sistema de previsión.

Los problemas del sistema de reparto se referían tanto a la forma en que surgió, como también en su organización general. Por estos motivos, las principales críticas que se le hacen son las siguientes:

- Dicho sistema presentaba graves problemas en cuanto a su uniformidad.

Este punto quedaba de manifiesto en el hecho que había mucho más de 100 organismos que otorgaban beneficios a sus afiliados, como se dijo, dependiendo del trabajo que estos realizaran. Esto producía radicales diferencias en la manera de calcular las distintas pensiones en cada uno de los casos, así como en los requisitos mínimos para la jubilación.

El hecho señalado resaltaba, innegablemente, que el sistema de reparto carecía totalmente de uniformidad en los beneficios otorgados a los beneficiados, lo que redundó en discriminaciones flagrantes de unos en comparación con otros trabajadores, a mayor abundamiento, se podía señalar que el antiguo régimen era absolutamente falto de solidaridad.

- No existían sistemas de reajuste en las pensiones.

Las compensaciones obtenidas cada cierto período por los afiliados no eran directamente proporcional con la variación, mensual o anual, del índice de precios al consumidor (IPC).

- Existía mucha dependencia de subsidios otorgados por el fisco.

En el sistema antiguo de previsión social, los subsidios estatales eran fundamentales, ya que las imposiciones de los afiliados eran insuficientes para el pago de las pensiones de los sujetos inactivos.

El problema que esto presenta es que en tanto los recursos fiscales son también limitados, esta siempre latente la presión por disminuir en términos reales el nivel de las pensiones, y de esta forma lograr una menor brecha.

Como consecuencia de tales desigualdades y subsidios limitados por parte del fisco se redundaba en un sistema sin financiamiento desde sus bases, lo que provocaba disminuir el nivel real de los beneficios en el tiempo.

- Los asegurados tenían una participación demasiada pasiva.

Si se toma como base que antiguamente los afiliados no tenían ninguna participación relevante que los hiciera parte del sistema de reparto, no existían formas de presión o maneras en que estos indujeran a una eficacia administrativa de los organismos de previsión. Y en general, no había, en los hechos, ninguna opción para los miembros de las cajas de previsión social.

Los afiliados tenían la obligación de pertenecer a la caja que les correspondía en razón del trabajo que desempeñaban y recibían los beneficios en base a operaciones matemáticas establecidas por ley para cada uno de dichos organismos, sin que les fuera permitido interferir en dicho sistema, lo que se traducía en la incapacidad o falta de motivación de las cajas para mejorar sus sistemas de administración.

- Existía una total falta de seguridad para los afiliados.

Salvo ciertas excepciones a la regla, un presupuesto exigido para obtener una pensión era tener el estatus de imponente al momento de solicitarla, por ejemplo, si un trabajador, al momento de solicitar el beneficio por concepto de vejez no tenía la calidad de imponente por haber estado cesante los últimos años o meses no obtenía la pensión. Esto era tan tajante, que se perdía la jubilación, aunque el sujeto hubiese impuesto todo el período en el cual estuvo trabajando.

Lo expresado configuraba una potente inseguridad para los afiliados, porque no se abstraían del riesgo de estar expuestos a hechos que los dejara fuera del sistema de protección social establecida por ley.

CLASE 05

Desarrollo del actual sistema de previsión social chileno.

El sustento sobre el cual se erige el nuevo sistema son las AFP (administradoras de fondos de pensiones), el cual se ha convertido en un negocio muy rentable, ya que las grandes compañías pueden capitalizar montos de ahorro en los grandes mercados, que configuran la macroeconomía mundial.

En el dominio de las AFP están involucrados los grandes grupos económicos chilenos, lo que comprueba que, a parte de ser una inversión que da gran rentabilidad, son un punto estratégico determinante en lo referido a la diversificación de los grandes holdings empresariales.

Características esenciales del sistema de previsión actual.

- Existe una gran diversidad de organismos de administración de fondos, todas empresas privadas, siendo su único horizonte el administrar los fondos de pensiones y competir por obtener la mayor rentabilidad posible, logrando los objetivos prometidos a sus afiliados.

- El monto de lo que un individuo recibirá como pensión es la suma de lo que este aporte durante su vida laboral más la rentabilidad que logre la AFP en los mercados de inversión.

- Un sistema muy parecido al anterior, de reparto, subsidia el pago de las pensiones de sobrevivencia e invalidez.

- Al contrario que el sistema de reparto, los afiliados pueden elegir a qué AFP pertenecer.

- Los requisitos que deben cumplir los afiliados son los mismos.

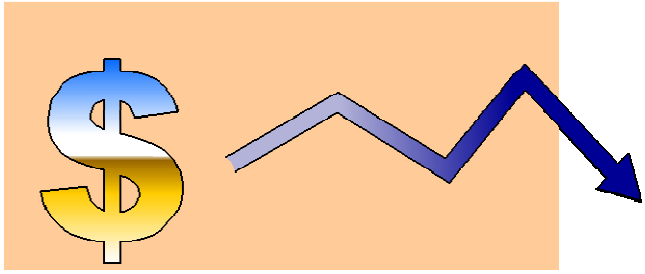
- El Fisco, a través de sus organismos, no participa en la administración, pero establece los marcos que se deben cumplir por las instituciones privadas, asegurando al mismo tiempo, los beneficios asistenciales mínimos, así como la rentabilidad base que ellas deben otorgar.

- Los organismos encargados de la administración del nuevo sistema previsional son las A*dministradoras de Fondos de Pensiones (AFP).*

Repercusiones del sistema actual respecto de la privatización en esta área social.

Un punto de gran relevancia en el desarrollo del sistema de capitalización fue la posibilidad que las AFP pudieran invertir los fondos previsionales en las distintas bolsas de comercio mundial, lo que constituye un grado de participación en determinadas sociedades anónimas. Esto trajo aparejada las siguientes consecuencias:

- La rentabilidad de los fondos de pensión depende de las fluctuaciones de los mercados, tanto nacional como internacionales donde estos dineros están invertidos.



- La característica anterior permite que la rentabilidad de los fondos sea mayor al momento de su uso.

- Permite una diversificación real en cuanto a la posibilidad de elegir el fondo en el cual cotizar.

- Los fondos se vieron beneficiados con el alto crecimiento de la economía chilena de fines de los ´80 y principios de los ´90 y;

- La privatización entró a jugar un rol decisivo en la capitalización de los fondos desde el año 1985 en adelante.

Programas que entrega el sistema previsional chileno.

La legislación chilena contempla una serie de prestaciones de carácter previsional, las que deben organizarse en programas, esto con el fin que la administración sea óptima, estos regímenes son los siguientes:

a) Régimen o programa antiguo, llamado sistema de pensiones, que se encuentra reglamentado por la ley 10.383 y por la ley 10.478, que establece ciertas modificaciones a la primera. Este apunta a desarrollar un sistema de entrega de pensiones y beneficios asociados a los cotizantes que cumplan los requisitos establecidos por dichas leyes.

b) Régimen llamado nuevo sistema de pensiones, que se encuentra regularizado principalmente por el decreto 3.500 del año 1980 y por una gran cantidad de modificaciones legales.

c) Programa público de salud, establecido fundamentalmente por la ley 18.469 y por el D.F.L. (decreto con fuerza de ley) 44 del año 1978 del Ministerio del Trabajo y de Previsión Social.

d) Programa privado de salud, establecido fundamentalmente por la ley 18.933 y sus correspondientes modificaciones legales.

El régimen de carácter público esta a cargo del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el privado por los organismos previsionales a las cuales se les denomina ISAPRES.

Ahora bien, existe una serie de leyes de previsión social que se han dictado con el fin de regular los distintos programas de previsión social.

- Ley 16.744, la que establece y regula los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, estableciendo obligaciones para trabajadores y empleadores, esto con el objetivo de reducir al mínimo posible la accidentabilidad laboral

- Decreto con fuerza de Ley 869 del año 1978, sobre el régimen asistencial de pensiones. Este reglamentó el sistema encargado de entregar las pensiones a los trabajadores que sufrían una contingencia social que los dejara imposibilitados, absoluta o relativamente, de trabajar.
- Decreto con Fuerza de Ley 150 del año 1980, el cual regula el régimen de asignación regular u ordinario. Estas asignaciones eran entregadas a los cotizantes por el hecho de haber pagado sus cotizaciones y por el hecho de haber sufrido una contingencia social que los hiciera caer en un estado de necesidad.
- Ley 18.020, reguladora del subsidio único familiar de carácter asistencial. Este es un beneficio que se le pagaba al trabajador por las cargas familiares que este tenía a su cargo, es decir, se les da dinero por cada hijo y también por su cónyuge.

- Régimen público de salud.

Se encuentra establecido y regulado fundamentalmente por la ley 18.469 y por el Decreto con Fuerza de Ley 44.

El sistema en cuestión se estructura sobre la base de 2 ramas, los cuales son el seguro y la asistencia social. El seguro social es la institución que busca proteger a los trabajadores en caso que estos caigan en un estado de necesidad que comprometa sus ingresos. Esto se logra a través de la prestación de determinados beneficios garantizados por el Estado; y la asistencia social es la rama de la seguridad social que se encarga de implementar las condiciones de vida mínimas a los integrantes de la comunidad que, por causas fuera de su voluntad, se encuentran en situación de menor de ver gravada su subsistencia física, síquica y socio-económica.

- Definición de filiación.

Acto jurídico por medio del cual el sujeto protegido ingresa a un determinado programa de seguridad social.

- Forma de acreditar la afiliación.

Se acredita por medio de un documento llamado “credencial de salud”, que se entrega a los afiliados y beneficiarios, y que para los pensionados es de duración indefinida, sin embargo, para las personas no pensionadas dura 2 años.

- Clasificación de la afiliación.

En este tema se puede encontrar dos tipos de afiliaciones, la única y la múltiple, las que se pasan a desarrollar a continuación:

a) Afiliación única.

Se refiere a la incorporación en el régimen previsional de manera total o en su conjunto. Por ejemplo, un trabajador, por el solo hecho de incorporarse a la fuerza laboral se incorpora automáticamente al sistema previsional, sin entrar a distinguir a qué institución puede pertenecer, ni bajo qué régimen.

b) Múltiple.

El beneficiario se afilia a un régimen especial dentro de todo el sistema de previsión social chileno. Por ejemplo, en el caso del cotizante que se haya incorporado al sistema previsional, este debe elegir a qué institución pertenecerá para obtener los beneficios, o sea, elige una entidad dentro de todo el régimen de seguridad social.

En el caso de Chile el sistema aplicable es el de afiliación múltiple, o sea, se enfoca a un régimen determinado.

En el programa de salud pública la afiliación para el trabajador bajo un contrato con su empleador es automática, o sea, el dependiente se encontrará afiliado desde el momento de firmar el contrato por el solo ministerio de la ley, pasando a tener la calidad jurídica de beneficiario y al mismo tiempo afiliado.

Pero también existe la posibilidad de afiliarse de manera voluntaria, un ejemplo se encuentra en la afiliación al programa privado de salud, ya que esta se perfecciona por medio de un contrato de salud.

CLASE 06

Personas que se entienden como afiliados al régimen previsional chileno.

a) Las personas que desarrollen una actividad de manera dependiente, sea que desarrollen su actividad en el sector público o privado. Estos sujetos son aquellas que han celebrado un contrato de trabajo y las que se han incorporado por un acto jurídico de carácter administrativo o por uno de afiliación.

b) Trabajadores independientes cotizantes en el régimen previsional que sea.

c) Las embarazadas, a pesar que no sea beneficiaria de alguna asignación familiar.

d) Niños hasta 6 años de edad, solo cuando se trata de prestaciones de carácter materno-infantiles.

e) Pensionados en cualquier régimen y los subsidiados por incapacidad laboral o por cesantía y los que gocen del seguro de desempleo.

Personas beneficiarias del régimen de afiliación chileno.

- Los afiliados propiamente tal.

- Las personas que cobren la asignación familiar a nombre del afiliado que ha fallecido.

- Las embarazadas que también se encuentran incorporadas al régimen por su afiliación a este.

- Los pensionados.

- Los sujetos beneficiados con algún subsidio entregado por el Estado.

El derecho a elegir por afiliarse al sistema público o al privado es una garantía establecida por la Constitución Política de Chile de 1980.

Financiamiento del sistema previsional.

Este sistema se financia por las cotizaciones con cargo a la remuneración del trabajador, las que ascienden a la suma del 7% del sueldo bruto o renta imponible. El monto máximo que puede imponer un trabajador es de 60 UF.

Definición de cotizaciones.

Porcentaje o cuota de la remuneración o renta imponible, con cargo a la cual se financia un régimen determinado dentro del sistema de seguridad de previsión social.

Este porcentaje del sueldo puede ser considerado como una clase de impuesto especial que se encuentra regulado por una legislación especial.

Como se verá más adelante, el sistema de seguridad social chileno clasifica a las cotizaciones en obligatoria y voluntarias o adicionales, y según a la Constitución Política de Chile solo una ley las puede establecer y regular.

Las personas consideradas empresarios no tienen la obligación de cotizar en el sistema público de seguridad social, solo los trabajadores lo harán.

Estas cotizaciones son los recursos que financian el sistema previsional chileno, pero, a parte de estos dineros, existe otro tipo de financiamiento, otra entrada de recursos, la que proviene de las tarifas que se les cobra a los afiliados, que dependen del arancel establecido por los Ministerios de Hacienda y de Salud en base a la propuesta que les hace llegar FONASA. Estas tarifas deben pagarse por los afiliados al momento de requerir los beneficios de las respectivas prestaciones. Para este pago, se ha creado una clasificación de los afiliados, la cual se divide en 4 grupos, que son el A, B, C y D.

- Grupo A: Lo componen los indigentes y las personas de escasos recursos, así como los sujetos beneficiados de pensiones de asistencia social del Decreto Ley 869, y los causantes del subsidio de asistencia familiar establecido por la ley 18.020.
- Grupo B: Personas afiliadas al sistema, cuya ingreso no exceda del ingreso mínimo remuneracional vigente.
- Grupo C y D: Trabajadores cuya remuneración sea mayor al mínimo legal vigente.

El monto de las tarifas se reajusta de forma periódica en un 1%, el cual es determinado por el Ministerio de Hacienda y por el Ministerio de Salud. Dicho reajuste no puede exceder del índice de precios al consumidor (IPC) vigente entre el mes anterior al del último reajuste y el mes que antecede a aquel en que entra en vigencia el nuevo reajuste.

El Estado entrega a los beneficiarios y afiliados un bono extra, cuyo valor se determina tomando en consideración a los grupos en que estos se encuentran. De esta manera, las personas que pertenecen a los grupos A y B reciben un bono ascendente al 100% de la tarifa requerida. En cambio, si se trata de sujetos pertenecientes al grupo C el monto de dicho beneficio es de un 70% de la tarifa, y a los integrantes del grupo D el Estado les cubre el 50% de la tarifa que deban pagar.

Mecanismo de financiamiento del sistema de seguridad social.

El régimen de previsión social se financia en base a 2 clases de sistemas, el de reparto, que ya se estudió y el de capitalización. Este último, actualmente vigente, es el que se sustenta en las cuentas de capitalización individual de cada afiliado, donde estos dineros pueden ser invertidos en las bolsas de comercio mundiales, con el objetivo de lograr la mayor rentabilidad posible, lo que redunda en mejores prestaciones para los usuarios.

El régimen de financiamiento utilizado por el sistema de beneficios de la salud pública es el sistema de reparto.

Pero en el caso del régimen de pensiones, el sistema utilizado por Chile es el de capitalización individual. Es decir, en la legislación de seguridad social chilena coexisten los dos tipos de financiamiento, el de reparto para la salud pública y el de capitalización individual para las pensiones asistenciales.

Régimen privado de salud.

Este régimen se regula por la Ley 18.933 y sus respectivas modificaciones, donde la última es la Ley 20.015.

Este régimen se hace efectivo a través del *"seguro social",* el cual ya se explicó en el desarrollo de esta unidad.

La afiliación a este régimen de salud privada es absolutamente voluntaria y se materializa por medio del *"contrato de salud",* el cual se analiza a continuación.

Definición de contrato de salud.

Acto jurídico bilateral por el que una de los contratantes, llamada Isapre, se obliga a entregar prestaciones enfocadas en la salud, y la otra, que es el cotizante protegido por el sistema seguridad previsional, se incorpora al régimen y contrae la obligación de enterar las cotizaciones establecidas por la ley para el financiamiento del mismo, pasando a ser titular del derecho de exigir a la Isapre los beneficios convenidos, a través de los que se materializa la cobertura de los estados de necesidad relacionados con la salud.

Características de este acto jurídico de salud.

a) Contrato principal, es decir, no necesita de ningún otro acto complementario para que tenga validez legal.

b) Contrato de carácter nominado, o sea, esta plenamente regulado por la legislación chilena.

c) Solemne, y, precisamente, la solemnidad consiste en que el contrato de salud debe constar por escrito.

d) Se complementa con la incorporación de otros documentos, los cuales deben ser agregados y los que deben ser firmados por las partes.

e) Oneroso, porque los contratantes quedan obligados recíprocamente, y ambos se ven beneficiados mutuamente, el uno a favor del otro.

f) Aleatorio, ya que los beneficios y obligaciones recíprocas van a depender del estado de salud del afiliado y sus cargas, cuya intensidad se vislumbra desde el instante en que se produce el estado de necesidad relacionado con la salud.

g) De adhesión, ya que la Isapre fija de manera unilateral las cláusulas del acto jurídico, donde el afiliado solo se ve limitado a prestar su aprobación.

h) Dirigido, es decir, los elementos básicos de este acto jurídico están consagrados en la legislación que también determina sus efectos.

i) De tracto sucesivo y de ejecución instantánea al mismo tiempo, lo será de la primera forma para el afiliado, ya que este debe pagar sus cotizaciones de manera periódica y lo es de ejecución instantánea para la Isapre, la que entrega el beneficio cuando se produce el estado de necesidad, cumpliendo su obligación de pagar la prestación acordada con su afiliado.

Documentos anexos que se incorporan al contrato de salud.

Como se dijo, estos deben ser firmados por los contratantes, y son los siguientes:

- Las condiciones de carácter general.

Están destinadas a señalar los beneficios que deben ser otorgados por la respectiva Isapre y determinar la forma en que aquellas prestaciones van a entregarse a sus afiliados que cumplen los requisitos convenidos.

- El plan de salud.

En este documento esta contenida la información suficiente para establecer la cantidad y los estados de necesidad que cubrirá la Isapre, en donde se indicará el arancel a pagar, así como otros beneficios que puedan ser pactados.

Hay variadas modalidades de planes de salud, de esta manera, existe un plan de carácter colectivo que es aquel suscrito por el trabajador dependiente, donde su empleador ha negociado un convenio con una determinada Isapre y que beneficia de manera masiva a todos los integrantes de su empresa.

Existe otro plan para los matrimonios, cuando se unen las cotizaciones de los cónyuges que trabajan, en donde ambos financian, de manera conjunta, un plan de prestaciones, con iguales beneficios otorgados por el organismo de previsión.

Por otra parte, la Isapre está obligada a ofrecer a los afiliados, que son los mismos que en Fonasa, una gama variada de planes y tarifas dirigidas a sujetos con un distinto nivel de remuneración, sexo, edad, y grupo familiar.

- La elección de las prestaciones valoradas.

Es un documento en el que se establece la elección de las prestaciones de salud más comunes y en la que se señalan:

  - El porcentaje que bonificará la Isapre.
  - La clase de bono para cada una de las prestaciones acordadas entre los contratantes.

- La declaración de salud.

En esta cartilla se deben señalar por parte del afiliado, primero, todas sus enfermedades, cirugías médicas, accidentes y de su grupo familiar que pueda resultar

beneficiado con su prestación que hayan sido clínicamente diagnosticadas antes de la celebración del contrato y también debe señalarse cualquier otro antecedente médico solicitado por la Isapre.

Además, en aquella declaración debe ir indicado el registro de cada una de las enfermedades pre-existentes, donde es individualmente responsable el afiliado y no la persona encargada de ofrecer el servicio entregado por la Isapre.

En el evento que se sume un beneficiario a las cargas del afiliado esta declaración se debe actualizar.

- FUN (Formulario único de notificación).

- El arancel de cada una de las prestaciones valorizadas.

Revisión anual de este contrato.

Anualmente, la Isapre puede revisar el contrato de salud de los afiliados, con ésta la institución previsional tiene la opción de hacer propuestas acerca de condiciones nuevas respecto de las prestaciones, como también en la posibilidad de variar el precio de ellas.

De manera conjunta a estas propuestas de condiciones nuevas, la Isapre, debe adjuntar a la carta que expide a sus afiliados planes alternativos que sean proporcionales a los valores y beneficios entregados por el plan inicial.

El respectivo afiliado puede aceptar o rechazar dicha propuesta, en este caso puede revisar los otros planes, incluso se le da la opción de desafiliarse de su Isapre.

Actitudes del afiliado frente a las propuestas de la Isapre.

- Aceptar la propuesta.

- No aceptarla, lo que podría conllevar una posible desafiliación.

Período de vigencia entre las partes del contrato de salud.

Este acto jurídico tiene una vigencia de carácter indefinida y los beneficios se entregan desde el siguiente mes contado desde la suscripción de dicho instrumento.

Modificaciones de las cuales es susceptible el contrato de salud.

El contrato de salud puede modificarse por las siguientes causas:

- Por variación en el plan de salud.
- Por el retiro o por la incorporación de un beneficiario.
- Por modificación, incorporación o eliminación de empleadores.
- Modificación de la situación laboral.

Término del contrato de salud.

Este instrumento puede terminar por las siguientes causales:

- Luego de un año de vigencia por incumplimiento de las prestaciones por parte de la Isapre.
- Por mutuo acuerdo de los contratantes.
- Término unilateral del afiliado, dando aviso a la Isapre.

Financiamiento del régimen privado de salud.

Este se financia a través de las *"bonificaciones"*, las que se pasan a desarrollar a continuación.

Definición de las bonificaciones.

Porcentaje o cuota del monto del arancel de la prestación entregada por la respectiva Isapre a sus beneficiarios. Esta bonificación es de cargo de la entidad previsional de salud.

La Isapre tiene la posibilidad de señalar los topes o máximos aportes, ya sea por cada una de las prestaciones o por un grupo de estas al año, por cada año de contrato o bien de un tope uniforme de carácter anual para cada uno de los beneficiarios.

Estos valores máximos pueden ir expresados en UF, pesos o en la cantidad de veces arancel.

Administradores del régimen privado de seguridad social.

Esta está a cargo de los organismos denominados *"Instituciones de Salud Previsional"*.

Definición de instituciones de salud previsional.

Instituciones de carácter privado cuya finalidad única es otorgar a los afiliados y a los beneficiarios de los programas las prestaciones y beneficios legalmente pactados, de manera directa o por el financiamiento de las trabajadores y/o por todas las actividades complementarias, con cargo al 7% de los sueldos o rentas imponibles o a una suma superior pactada.

CLASE 08

1.1. Población Protegida.

El Estado es obligado a entregarle a sus nacionales beneficios previsionales, los que deben estar asegurados por Ley. Ahora bien, no todas las personas pueden ser protegidas por este sistema asistencial, por esto, se determina la población protegida, los cuales son los siguientes:

- Pensiones.
- Salud común.
- Salud laboral.
- Protección familiar.
- Bienestar social.

A estas personas se les entregan beneficios asistenciales, para esto, hay ciertos organismos públicos o privados encargados de la administración de los programas previsionales, los que deben entregar los siguientes beneficios:

- Cobertura integral de las consecuencias que acarrea una contingencia social.
- Coordinación de las distintas instituciones, a fin de asegurar la total protección de las personas beneficiadas.
- Un sistema complementario de beneficios, que van aparejados con el sistema de cobertura, como por ejemplo, la rehabilitación que requiere un trabajador para volver a formar parte de la fuerza laboral.
- Responsabilidad social. Este es un principio relativamente nuevo dentro de la seguridad social chilena, ya que se le exige a cada empresa, privada o pública, que tenga un compromiso social con las personas, que va más allá de cubrir gastos de sus trabajadores; esto quiere decir que la institución debe presentarse en la sociedad como un organismo preocupado de esta, como por ejemplo, cuando las empresas, por

propia iniciativa, hacen campañas para la disminución del consumo de tabaco, de alcohol, paternidad y maternidad responsable, entre muchos otros casos.

- Uso de los recursos públicos para el beneficio de los habitantes del Estado, lo que se traduce en la protección que este brinda a sus nacionales, un claro ejemplo de esto es FONASA.

Actualmente, con el sistema de protección social, se protege al 98% de las personas del Estado, los que en su mayoría son trabajadores, por lo que a continuación se señalan qué tipos de integrantes están protegidos por el régimen de seguridad social en Chile:

a) Trabajadores dependientes que se encuentren regidos por un contrato de trabajo o vínculo jurídico laboral.

b) Empleados públicos. Estas, son las personas que trabajan en los distintos organismos de administración del Estado, como por ejemplo, los trabajadores de la salud, municipales, funcionarios del poder judicial, etcétera.

c) Dirigentes gremiales. Estos son beneficiarios de las prestaciones sociales, independiente se realizan sus labores en el sector privado o en el público.

d) Trabajadores independientes. Los que no se encuentran bajo ningún tipo de subordinación o dependencia.

e) Estudiantes. Este tipo de personas están protegidas por accidentes ocurridos en sus estudios, o por labores realizadas en su práctica profesional. También se contempla a los estudiantes que ejerzan una función remunerada para el plantel educacional.

Si una persona entra al sistema de previsión social, inmediatamente se afilia al régimen de acción del trabajo.

Respecto a los trabajadores subcontratados, la legislación establece que la responsabilidad en materia de afiliación corresponderá al dueño de la faena o empresa donde el sujeto se encuentre prestando los servicios que corresponde al contratista o subcontratista.

1.2. Normas para el trabajador dependiente e independiente.

Cabe señalar, que la tasa de accidentabilidad laboral, tomada desde el año 2002 a 2010, ha venido en continua caída, llegando el último año a un 5,3%, baja significativa en dicho período, ya que en 2002 la tasa de accidentes laborales ascendía a un 7,6%.

Los riesgos cubiertos por la seguridad social en el ámbito laboral son:

- Accidentes laborales o del trabajo. Estos son cualquier lesión que se genere como consecuencia de una actividad laboral, el que produce una incapacidad para desarrollar el trabajo o la muerte.

- Accidentes ocurridos desde o hacia el puesto de trabajo. A estos se les suman u homologan los accidentes de los dirigentes gremiales de los distintos órganos que conforman la fuerza laboral, públicos o privados.

- Enfermedades profesionales. Estas deben ser el resultado directo del desarrollo de un trabajo, el cual debe producir una incapacidad o muerte, pero este trabajo debe acarrear de por sí un riesgo inminente, como por ejemplo, esparcir pesticidas, que arriesga a la persona a sufrir complicaciones en sus vías respiratorias e infecciones pulmonares.

Excepciones. Enfermedades o accidentes no cubiertos.

Los producidos a consecuencia de hacer una fuerza excesiva, que no se condice de ninguna manera con el trabajo realizado; y aquellos que son producto de la intencionalidad del beneficiario, como por ejemplo, en el caso que un trabajador se quebrara intencionalmente una pierna para cobrar la licencia médica.

Prestaciones de las cuales se ven beneficiados los trabajadores que han sufrido una contingencia social cubierta.

a) Médicas: Esta tiene que ver con las atenciones e intervenciones quirúrgicas, médicas y dentales. También cubre las hospitalizaciones respectivas, medicamentos recetados, aparatos y prótesis de ortopedia, rehabilitación física, síquica e incorporación laboral, así como los respectivos traslados.

b) Económicas: Si se trata de una incapacidad temporal los beneficios son los subsidios. Si es invalidez se otorga una indemnización o una pensión asistencial, esto depende del grado de incapacidad. Si se trata de invalidez total se otorgan prestaciones que financian la supervivencia del afectado.

Ahora, un tema importante es la prevención de riesgos laborales, en donde, no es solo obligación del empleador o de los órganos de Estado dar cumplimiento a sus normas, para esto hay que distinguir las funciones que caben, tanto al trabajador como al empleador:

A.- Funciones que corresponden al trabajador para prevenir los accidentes o prevenir los riesgos laborales.

- Acatar a cabalidad las normas que establece el Reglamento de Higiene y Seguridad del Trabajo, el cual debe estar en cada empresa o establecimiento en donde se realice una actividad remunerada.

- Dar cumplimiento a las disposiciones dictadas por los organismos de seguridad laboral, como el Servicio de Salud, el Departamento de Prevención de Riesgos o el Comité Paritario de Higiene y Seguridad, este último es facultativo dentro de cada trabajo.

- Dar uso responsable, cuidando la indumentaria de protección personal en la labor productiva desarrollada por el trabajador.

- Acudir a los exámenes médicos prescritos por las instituciones de previsión social.

- Ser partícipes en labores encaminadas a controlar y disminuir los riesgos, llevados a cabo, por lo general, por los Comités Paritarios de Higiene y Seguridad.

B.- Funciones que corresponden al empleador para prevenir los riesgos laborales.

- Constituir y velar por el funcionamiento del Comité Paritario de Higiene y Seguridad dentro de la faena.

- Desarrollar, determinar y mantener actualizados los Reglamentos Internos de Higiene y Seguridad en el desarrollo de una actividad remunerada.

- Contar con secciones enfocadas a la prevención de riesgos y seguridad en el trabajo.

- Proporcionar gratuita y oportunamente indumentaria indispensable para desarrollar de manera segura la actividad laboral.

- Informar de manera eficaz los distintos riesgos que puede presentar el trabajo desarrollado.

- No se puede exigir por el empleador que el trabajador realice actividades más allá de su capacidad física, las que puedan significar un peligro para su seguridad.

- Denunciar los accidentes profesionales que ocurrieran dentro de la empresa.

Virtudes y debilidades del sistema de previsión social en cuanto a su cobertura.

Como todo sistema de previsión social, el caso chileno tiene fortalezas, pero también desafíos por superar:

a) Virtudes.

- Genera una cobertura amplia para los trabajadores dependientes. Esta alcanza a un 98%.

- Es integral y se desarrolla de manera independiente, además, asegura la gratuidad o rebaja significativa en las prestaciones médicas.

- Hay libertad de afiliación. Es decir, nadie está obligado a formar parte, lo que no significa que las personas queden desprotegidas.

- Hay una participación significativa de fuerza laboral, ya sea a través de las Direcciones Laborales o por los Comités Paritarios.

- Es un sistema solidario, ya que busca el bien común por sobre intereses individuales de los trabajadores.

b) Debilidades.

- Presenta una cobertura baja para los trabajadores independientes.

- Vacíos al establecer mecanismos de recargo y rebaja en la cotización adicional.

- Se exacerban las declaraciones de accidentes del trabajo, con el fin de aprovecharse del sistema.

- Falta de un sistema de información eficaz, que dé cuenta de los estados de los fondos de previsión.

- Baja educación laboral en la prevención de contingencias sociales.

- Escasa cobertura para el desarrollo de programas destinados a prevenir riesgos en la mediana y pequeña empresa.

CLASE 09

1.3. Imponibilidad y cotización, responsabilidad respecto de ellas, régimen APV.

A continuación se desarrollará el régimen previsional chileno actual, pero ya enfocado en el tipo de imponibilidad, montos y cotizaciones, los que darán lugar a la respectiva jubilación al momento de ocurrir una contingencia social.

Tipos de cotizaciones previsionales.

El primer tema de gran relevancia es saber qué clase de cotizaciones existen en el régimen de capitalización de los fondos previsionales.

a) Cotizaciones previsionales de carácter obligatorio.

- 10% de la remuneración base, este monto está destinado a financiar las respectivas pensiones.

- Un 2.29% de la remuneración base imponible financia a la Administradora de Fondos de Pensiones, esto incluye el valor de la prima del aporte adicional.

- 4% ó 2% de la remuneración imponible es destinada al pago de las pensiones por concepto de trabajos pesados.

- 0.6% de la remuneración imponible, el que financia, por ley, el respectivo seguro de cesantía.

b) Cotizaciones previsionales de carácter voluntario.

Este valor es la suma aportada por trabajadores a la AFP, estén estos afiliados a una administradora o no. Como su nombre lo señala, tienen un carácter voluntario. No tienen ningún tope; a continuación se detallan.

- Depósitos de Ahorro Previsional Voluntario (Régimen APV).

Dineros aportados por los trabajadores, los cuales se destinan financiar los planes de ahorro previsional voluntarios; estos son ofrecidos solo por instituciones destinadas y autorizadas al efecto, las que son distintas a las AFP.

El actual régimen de pensiones en sus inicios, determinó que los afiliados que eligieran incorporarse a una AFP no se podían pensionar por vejez durante los 5 primeros años de afiliación; por ende, las primeras pensiones que se pagaron solo podían ser a causa de invalidez o fallecimiento de los beneficiarios.

En rigor, y bajo este sistema las administradoras de fondos de pensión estuvieron, durante los 5 primeros años, liberadas de tener instalaciones específicas para el manejo de pensiones, porque las pensiones de invalidez y sobrevivencia estaban bajo la cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia, pago que era de cargo de las compañías de seguro y no de las AFP.

Esto cambió radicalmente con la dictación de Ley Nº 18.208 del 26 de enero de 1983, norma que derogó la prohibición que impedía a los trabajadores pensionarse por vejez en el lapso comprendido dentro de los 5 primeros años desde la incorporación a alguna administradora de fondos de pensión.

La derogación de aquella norma permitió a muchas personas la posibilidad que se incorporaran al nuevo sistema, siempre que cumplieran con las edades legales para obtener el pago de la pensión, el que era de 65 años para los hombres y 60 años para las mujeres, también para que pudieran acceder a la jubilación por concepto de vejez sin la necesidad de esperar 5 años. Esto vino a alivianar la desconfianza recurrente que los trabajadores tenían para afiliarse al nuevo sistema.

- Características del Ahorro Previsional Voluntario.

- Es independiente y voluntaria, siendo un tipo de cotización totalmente aparte del fondo de capitalización individual.

- Estos fondos constituyen una cuenta personalísima del afiliado al sistema de previsión social.

- Es una alternativa que se le brinda tanto al trabajador independiente como al dependiente.

- Pueden realizarse hasta 4 retiros de manera libre y voluntaria, los que son con cargo a este fondo.

- Según la modificación establecida por la ley 18.964, que entró en vigor el 10 de Marzo de 1990, los dineros constitutivos de esta cuenta individual pueden acreditarse como ahorro en los proyectos habitacionales establecidos por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, para lo que se requiere que se celebre un contrato con la respectiva administradora, el que señalará el monto mínimo de ahorro al que se obliga el afiliado, el plazo en el cual se pagará, el dinero mínimo semestral que deberá mantenerse en la cuenta personal y demás condiciones establecidas por la Superintendencia de AFP.

- Los dineros que configuren un ahorro previsional voluntario pueden ser embargados cuando el afiliado tenga deudas con un acreedor.

- Los afiliados que reúnan ciertos requisitos para jubilarse pueden elegir entre traspasarse el total o una parte de sus ahorros a su cuenta individual de capitalización, esto con el fin de aumentar su jubilación. Este traspaso no se considera giro bajo ninguna circunstancia, ni tampoco se tomará en cuenta para determinar el número de retiros máximo, ni para el cobro de comisiones o impuestos.

- El dinero acumulado en este fondo voluntario de ahorro no se toma en cuenta para determinar si la jubilación está asegurada por el Estado.

- En caso de muerte del afiliado, su cuenta de ahorro voluntario aumentará su patrimonio, el que deberá liquidarse para efectos partir la herencia. Pero si el cotizante

hubiese cumplido con los requisitos para jubilarse o si ya lo hubiera hecho y hubiese elegido hacerse traspasos a su cuenta individual de capitalización, la masa de bienes del difunto solo aumentará con el saldo que resulte luego de hecho el respectivo traspaso.

Forma de realizar el ahorro previsional voluntario.

Puede realizarse de dos maneras: A través del empleador y por medio de los depósitos directos.

- A través del empleador.

Debe tratarse de trabajadores dependientes, en donde el sujeto realiza los depósitos voluntarios a través de su empleador con la respectiva autorización escrita del primero a fin que se le realicen los respectivos descuentos de su remuneración mensual. También deberá comunicarle cualquier cambio o revocación que pudiera afectar a estos dineros de previsión voluntaria.

Por orden de la Superintendencia de AFP, el dinero a título de descuento debe ser por sumas de dinero fijas o por un cierto porcentaje de la remuneración mensual, el que puede acordarse por un determinado período de tiempo o de manera indefinida, según sea la elección del trabajador. Los descuentos se harán efectivos desde el siguiente mes a aquel en que se dio la autorización por el afiliado a su empleador.

Se les obliga a las AFP a que estas persigan los dineros que se descontaron por el empleador y que no fueron pagadas por este y siempre que el trabajador le hubiese otorgado la facultad para realizar dicha labor.

La respectiva obligación del empleador para que este acate el mandato dado por su trabajador, cesa cada mes en que este último realice pagos de cotizaciones previsionales por intermedio de un organismo encargado de entregar los subsidios. Estas entidades no deben descontar los ahorros previsionales voluntarios a los subsidios que entreguen.

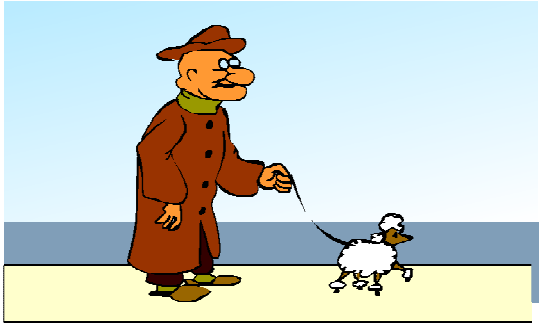
- Depósitos directos.

Los trabajadores dependientes o independientes pueden realizar de manera directa en su fondo de ahorro previsional voluntario los depósitos que quieran, los que deberán pagarse de forma directa en la AFP. El trabajador puede realizar los depósitos voluntarios que quiera en el mes.

Si se trata de trabajadores independientes la legislación establece que aquellos pueden dar mandato en el cual se faculta a la AFP para que traspasen todos los meses dineros de su cuenta de ahorro voluntario a su fondo individual de capitalización, con el propósito de cubrir las cotizaciones previsionales; y para hacer retiros de ellas los fondos para pagar el resto de las cotizaciones de previsión social correspondientes, de acuerdo a la

remuneración y por el tiempo que se acuerde. Las administradoras deben aceptar dicho mandato si existieran los ahorros suficientes en la cuenta para cumplir dichos pagos. Estos retiros no se cuentan para determinar los montos máximos de retiros anuales.

La pensión de vejez.



Durante los primeros meses de actividad del nuevo sistema se comenzó a pagar un alto porcentaje de pensiones por invalidez y sobrevivencia, las cuales eran de altos montos, muy superiores a los pagados por el sistema antiguo (de reparto). Esto redundó en que para el año 1983 se pagaran cerca de 11.200 pensiones de sobrevivencia y 2.300 de invalidez aproximadamente.

Con la entrada en vigencia del sistema de capitalización comenzaron a detectarse lagunas y errores en la entrega de beneficios. Estos problemas se solucionaron de manera efectiva y casi total por Ley N° 18.208, del 26 de enero de 1983.

Pensión y tipos de invalidez.

La determinación de las clases de invalidez solicitada por los afiliados, que es indispensable para ser beneficiado con una pensión de este tipo, debe ser realizada por ciertas comisiones médicas, las que se encuentran establecidas en las diferentes regiones de Chile. Cada organismo de salud esta integrado por 3 doctores, los que son contratados por la Superintendencia de AFP, lo que configura y brinda una total independencia respecto de las AFP, así como de las compañías de seguros y de los sistemas de salud en curso.

Cotización y financiamiento adicional.

Las primeras normas legales ordenaban que las AFP contrataran con una aseguradora, elegida de manera libre, con el fin de cubrir los riesgos por invalidez y muerte. La compañía de seguros elegida tenía la obligación de pagar las jubilaciones de los afiliados que estuvieran declarados en estado de invalidez y de los beneficiarios de las personas afiliadas y que hubiesen fallecido. Para esto, tenían que crear las correspondientes reservas de carácter técnico. Con esto se busca la transferencia a la compañía de seguros del saldo de la cuenta individual y el bono de reconocimiento del afiliado que sufrió la contingencia social y que le había causado un gravamen.

Para cumplir y lograr el financiamiento de este régimen de pensiones de invalidez y sobrevivencia, las AFP tienen que cobrar a sus afiliados el pago de una cotización adicional, la que se descuenta de su remuneración base destinada a imposiciones. La legislación dio a las AFP la posibilidad de eximirse del contrato de este seguro con una compañía aseguradora, siempre y cuando fijaran su cotización adicional en un 3% y pagarla en la

respectiva institución de previsión social del régimen antiguo, todo en concordancia a los servicios prestados por cada uno de los afiliados. Estos organismos otorgarían las jubilaciones o pensiones correspondientes.

Los primeros porcentajes de cotización previsional cobrados que se establecían variaban entre un 2.36% y un 2.65% de la respectiva remuneración. Estos montos podían diferenciarse tomando en consideración a cada afiliado de acuerdo a su edad, a su núcleo familiar, dinero depositado en su cuenta de capitalización individual, años de cotizaciones y porcentaje de la remuneración cubierta por el seguro; sin embargo, no todas las administradoras elegían el mismo régimen para hacer el cálculo del porcentaje del seguro.

CLASE 10

Jubilaciones aseguradas.

Las pensiones por concepto de invalidez y sobrevivencia cubiertas por las compañías aseguradoras se determinan utilizando la respectiva remuneración cubierta por el seguro. Si se habla de una pensión de invalidez, esta es equivalente al 100% de la remuneración cubierta y tratándose de pensiones de sobrevivencia, a cada afiliado le corresponde un determinado porcentaje de su ingreso cubierto, los que se detallan a continuación:

- 60% para la viuda que no tenga hijos y que haya calificado para recibir el beneficio.

- 50% para la viuda que tenga hijos del causante y a la que le corresponda la pensión en cuestión; y

- 15% para cada hijo (el ingreso basal es el resultado del promedio actualizado correspondiente a las 12 últimas remuneraciones del causante, inmediatamente anteriores a la ocurrencia del siniestro).

El porcentaje cubierto en aquel tiempo variaba de acuerdo al número de años que llevaba cotizando el afiliado y eran los siguientes:

- 50% para afiliados con menos de cinco años cotizando en cualquier sistema o régimen previsional, con un incremento del 5% por cada cinco años de cotizaciones hasta enterar 70% con 25 ó más años.

- Aquel porcentaje podía ser incrementado voluntariamente hasta en un 150%, para ello los afiliados tenían que pagar una cotización previsional adicional por un monto mayor al obligatorio.

Cobertura del actual sistema previsional.

En la primera etapa del sistema previsional chileno, la cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia llegaba solo a los afiliados que estaban cotizando a la fecha de

ocurrencia del siniestro, es decir, los que se encontraban trabajando de manera dependiente, los que debían tener pagadas el total de sus cotizaciones previsionales al mes calendario anterior al hecho que acarreaba el perjuicio.

Los trabajadores que no tenían derecho a ser beneficiados con el seguro de invalidez o sobrevivencia debían cubrir sus jubilaciones con el dinero acumulado en la cuenta individual de capitalización más un bono de reconocimiento.

Los siniestros causados por hechos atribuibles a enfermedades profesionales o a accidentes del trabajo no estaban cubiertos por el régimen de beneficios previsionales. Esto obligó a que las compañías de seguro y las instituciones regidas por la ley de accidentes del trabajo se definieran en cada una de sus obligaciones con los trabajadores, que eran los que sufrían esta clase de contingencias sociales y que les producía un perjuicio o gravamen.

La rehabilitación como punto de preocupación del sistema previsional.

Este fue un foco de mucho interés y promoción para el sistema de capitalización, ya que se les exigió a las compañías aseguradoras que promovieran la rehabilitación de los afiliados a una administradora de fondos previsionales. Esto intenta que el trabajador se mejore rápidamente y así pueda reintegrarse nuevamente a la fuerza laboral, de esta manera las aseguradoras pueden ahorrarse el aporte adicional que deben hacer para el pago de las prestaciones previsionales.

La cuota mortuoria.

Esta se define como el beneficio previsional que nace como consecuencia del fallecimiento de un afiliado.

Este consiste en el pago de hasta UF 15 del total de la cuenta individual de capitalización previsional, la cual es pagada en pesos.

La persona beneficiada es aquella que, vinculada por matrimonio o parentesco, acreditara haber costeado los gastos del funeral del afiliado.

Pensiones o jubilaciones por concepto de invalidez y sobrevivencia.

Desde el año 1983, a consecuencia de la derogación de la ley que impedía pensionarse a los afiliados con menos de 5 años de antigüedad en el nuevo sistema, nacen, de manera incipiente, las pensiones de vejez.

Los beneficiarios que cumplían los requisitos mínimos de edad para jubilarse por vejez tenían la posibilidad de elegir por las distintas opciones de jubilación ofrecidas por el nuevo sistema en sus comienzos, los cuales consistían en la *“renta vitalicia”* y el *“retiro programado”*, modalidades que actualmente se conservan de acuerdo a

su concepto original, sin embargo, estos mecanismos han sido mejorados y complementados.

Normas sobre protección a la maternidad.

Estas normas se vislumbran como esenciales dentro de la seguridad social, ya que esta tiene un carácter netamente protector. Es por este motivo que el legislador se ha ocupado de regular y determinar normas destinadas a la protección y defensa de los derechos de la madre e hijos.

El primer cuerpo legal sobre este tema entró en vigencia el 13 de enero de 1917 y fue la ley número 3.186, que estableció el beneficio de las salas cuna. Desde esa época han sido muchas las leyes encaminadas en este sentido, donde se protege a la madre, a la criatura que está por nacer, y a ambos cuando se ha producido el parto.

Categoría de mujeres que gozan de protección maternal.

Las beneficiarias son todas las mujeres trabajadoras que estén bajo la subordinación de cualquier empleador, donde se comprenden a todas las que trabajen desde su hogar, y en general toda mujer acogida a algún régimen de previsión social.

Se sujetan a estas disposiciones todos los servicios públicos, semifiscales, de administración autónoma, municipales, y en general, cualquier empresa pública o privada.

Beneficios que acarrea la protección maternal:

a) Descanso maternal.

b) Permiso por grave enfermedad del hijo que tenga una edad inferior a 1 año.

c) Permiso de carácter extraordinario en caso de grave enfermedad de su hijo.

d) Beneficios médicos.

e) Subsidio estatal maternal.

f) Asignación estatal maternal.

g) Fuero maternal.

h) Derecho a que la madre sea transferida a trabajos que no perjudiquen su salud.

i) Derecho a conservar el puesto de trabajo.

j) Beneficio a sala cuna.

CLASE 11

A) El descanso de maternidad

Las madres trabajadoras tienen derecho a un descanso maternal de 6 semanas antes del parto (pre-natal) y 12 después de este (post-natal).

Si la madre muere al dar a luz o durante el post-natal, el resto del tiempo que sobre para completar las 12 semanas será traspasado al padre del niño. Para optar a esta prestación se debe acreditar la muerte con el respectivo certificado de defunción.

Para que es post-natal se haga exigible solo es necesario que el parto se produzca, siendo indiferente si el niño sobrevive a este o muere en el. Pero, si la mujer pierde a su hijo por aborto, espontáneo o provocado, automáticamente pierde este beneficio.

Tampoco se podrá aumentar el post-natal en caso que la madre haya tenido más de un hijo.

Si la mujer da a luz después de la sexta semana del descanso pre-natal este se prorrogará hasta el momento del parto, lo que se acreditará con el respectivo certificado médico otorgado por un doctor o por una obstetra.

Si la mujer se enferma gravemente a consecuencia del parto, los plazos de descanso pueden aumentarse, previa autorización de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN).

B) Permiso por grave enfermedad del hijo que tenga una edad inferior a 1 año.

Toda mujer tiene derecho a este beneficio junto a un subsidio cuando su hijo menor de 1 año requiera de cuidados en su hogar por una enfermedad grave.

También goza de esta prestación la mujer u hombre trabajador que tengan bajo su cuidado personal a un niño menor a un año, cuya tuición haya sido entregada como medida de protección y en virtud de una resolución emanada de un Tribunal de Familia.

La prestación solo se hace efectiva en el evento que el médico tratante del niño determine que este requiera los cuidados necesarios para tratar su enfermedad y que estos deben ser entregados solamente en su hogar, si se puede realizar en un centro hospitalario no habrá lugar a este beneficio.

El permiso se otorga por un plazo no superior a 7 días, los cuales se pueden renovar, pero, en el evento de pasar los 30 días de licencia, este se puede extender por todo el tiempo que sea indispensablemente necesario.

Si los 2 padres trabajaran, cualquiera de ellos podrá obtener el beneficio, lo cual queda a decisión de la madre. El padre obtiene este beneficio si es que la mujer ha fallecido o si aquel tiene el cuidado personal del niño.

C) Permiso de carácter extraordinario en caso de grave enfermedad de su hijo.

Este permiso lo obtiene la madre que trabaja; si ambos padres trabajan cualquiera de ellos a elección de la mujer; el padre cuando tuviera el cuidado personal del niño o si la madre ha muerto o en el evento que esta esté imposibilitada para hacer uso de este beneficio por el motivo que sea; y cuando no haya ni madre, ni padre, cualquier persona que acredite el cuidado personal del niño.

Para que proceda este beneficio deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Niño menor de 18 años.

- La salud del menor debe requerir el cuidado personalísimo de alguno de sus padres.

- Ese cuidado de carácter personal debe ser a causa de un grave accidente, una enfermedad terminal en fase final o por una enfermedad aguda y con probabilidades que sea mortífera.

- Todos los requisitos deben ser acreditados con el respectivo certificado médico.

El beneficio consiste en un permiso para no concurrir al recinto laboral por un número de horas que equivalen a 10 jornadas de trabajo anuales, las que se distribuirán a elección del beneficiario.

D) Beneficios médicos**.**

Estos se otorgan a toda mujer embarazada, aunque no se encuentre cotizando en ninguna institución previsional; este beneficio se extiende al niño hasta que cumpla los 6 años.

Además, se establece legalmente, que la mujer embarazada cuenta con toda la protección del Estado mientras dure su embarazo y hasta el sexto mes posterior a este, lo que consiste en atención gratuita en el sistema de salud.

El niño que acaba de nacer y hasta los 6 años también goza de atención gratuita garantizada por el Estado.

e) Subsidio estatal maternal.

Junto con los permisos antes descritos, se entrega a la madre una serie de subsidios destinados a cubrir su estado de necesidad causado a consecuencia del parto, lo cual varía si se trata de madres trabajadoras dependientes o independientes, situación que determina el COMPIN al momento de hacer efectivo el beneficio.

f) Asignación estatal maternal.

Son beneficiarios de esta prestación estatal las trabajadoras pertenecientes al sector público o privado y sus cónyuges respecto de la asignación dejada por la mujer si esta hubiese fallecido.

Su monto total será igual a la asignación vigente de carácter familiar, se puede cobrar a partir del quinto mes de embarazo, y se cubre todo el embarazo, es decir, se cobrará con efecto retroactivo.

Tiene el mismo tratamiento, regulación y montos que las asignaciones familiares.

g) Fuero maternal.

Es el derecho protegido constitucionalmente y que consiste en que determinados trabajadores no pueden ser apartados de su trabajo sin que haya de por medio una autorización judicial.

La mujer embarazada goza de este beneficio desde el momento en que queda embarazada, lo que se acredita con el certificado médico respectivo.

El empleador no podrá despedir a la mujer, a menos que cuente con la autorización judicial para ello, la que se concederá, en general, en los siguientes casos:

- Por vencimiento del plazo que se ha convenido en el contrato de trabajo.

- Término del trabajo, obra o servicio que dio origen al contrato de trabajo.

- Por cualquier causal de caducidad del contrato.

De todas formas, esto quedará a la prudencia del Juez del Trabajo.

La trabajadora que esté embarazada goza de fuero por todo el lapso de tiempo que dure su embarazo, el cual se extiende hasta un año a contar del término del post-natal.

Si el empleador, por desconocimiento de la ley o por ir en contra de ella, despide a la trabajadora esta tiene derecho a ser reincorporada inmediatamente con la sola presentación del certificado médico que acredite su estado de embarazo, y se le pagará todo el dinero que hubiese dejado de percibir por estar despedida. La afectada tiene derecho a hacer uso de este beneficio dentro del plazo de 60 días desde el despido.

Si la mujer ha renunciado en desconocimiento de su estado de gravidez y quisiera reclamar.

h) Derecho a que la madre sea transferida a trabajos que no perjudiquen su salud.

Mientras duré el embarazo la madre trabajadora que realice labores que causen un perjuicio para su salud debe ser trasladada a otra función totalmente opuesta, es decir, que no sea perjudicial ni para ella, ni para su hijo que está por nacer. Dicho traslado no debe significar una disminución en sus ingresos.

i) Derecho a conservar el puesto de trabajo.

La legislación laboral dispone que, no obstante cualquier acuerdo en contrario, a la mujer embarazada se le debe asegurar la estabilidad en su trabajo, teniendo derecho a conservar su puesto mientras estén vigentes los plazos de descanso pre y post-natal.

j) Beneficio a sala cuna.

La mujer que trabaje, que se encuentre en estado de gravidez y que pertenezca a una empresa con un mínimo de 20 trabajadoras tiene derecho a contar con el beneficio de sala cuna, las que tendrán un carácter anexo e independiente al puesto de trabajo, donde puedan alimentar a sus hijos que no tengan más allá de 2 años y dejarlos ahí mientras dure su jornada laboral. La empresa en donde desarrolla sus funciones debe ser de giro comercial.

El empleador podrá cumplir con esta obligación manteniendo salas cuna dentro de la empresa, habilitando estas salas en colaboración con las establecidas por la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y que se encuentren dentro del territorio en donde se encuentre la empresa; o pagando los costos de una sala cuna a la cual la trabajadora lleve a sus hijos que no hayan cumplido los 2 años de edad. Bajo ningún presupuesto el empleador puede pagar directamente a la trabajadora el dinero equivalente a los gastos de una institución particular independiente de la empresa.

La trabajadora, para ir a alimentar a su hijo goza de un período de tiempo que puede repartirse en 2 porciones dentro del día, pero que en su conjunto no pueden exceder de una hora. Para esto, el empleador debe correr con los gastos de movilización de la mujer.

Definición de retiro programado.

Modalidad de la pensión previsional, en virtud de la que la persona afiliada o los beneficiarios de ésta, son pagados por la AFP correspondiente con el producto de lo ahorrado en la cuenta previsional individual más el bono asistencial voluntario si hubiera.

Definición de renta vitalicia.

Contrato en virtud del cual una de las partes se obliga a entregar a la otra un bien (mueble, inmueble o dinero) y esta última se compromete a pagarle a la primera una renta por el resto de su vida, la que se puede pactar para que su pago sea mensual, trimestral, semestral o anual, o como los contratantes deseen.

CLASE 12

Partes involucradas en el contrato de renta vitalicia.

- Acreedor rentista o constituyente de la renta: Es la persona que entrega un bien mueble, inmueble o una suma de dinero a cambio que se le pague una renta vitalicia por el resto de su vida.

- Deudor rentista: Persona que, a cambio de dinero o de un bien apreciable en dinero, se obliga a pagar al acreedor rentista o a sus beneficiarios una cantidad de dinero anualmente durante se mantenga con vida la o las personas señaladas en el contrato.

- Vida contemplada o cabeza de renta: Es la o las personas designadas en el contrato, de las cuales depende el pago de la renta vitalicia al acreedor vitalicio, es decir, mientras la cabeza de renta vivan se continuará pagando el dinero.

- Beneficiario: Es aquella persona a la que el acreedor rentista puede donar el pago del beneficio.

Estos 2 últimos no son considerados partes en el contrato de renta vitalicia, pero sí son importantes al momento de analizar este pacto.

Características de la renta vitalicia.

a) Contrato real: Porque se perfecciona con la entrega del bien comprometido por el acreedor vitalicio; sin embargo la promesa respecto a una renta vitalicia es planamente vinculatoria para las partes, ya que teniendo en mira el principio de la libre contratación o autonomía de la voluntad, para que los actos jurídicos sean válidos basta acuerdo entre las partes o consentimiento y una causa lícita.

b) Unilateral: Es decir, solo el deudor rentista resulta obligado a pagar la renta vitalicia mientras viva la persona cabeza de renta.

c) Contrato oneroso. Es decir, ambas partes se ven beneficiadas recíprocamente. Si fuera gratuito se estaría hablando de una donación sujeta a plazo.

d) Típico: Es un contrato que se encuentra claramente establecido y regido por la legislación chilena (2070 y siguientes del Código Civil).

e) Solemne: Su solemnidad se traduce en que debe suscribirse por escritura pública otorgado ante competente funcionario.

f) Aleatorio: Porque los beneficios o pérdidas para las partes dependen del tiempo de vida de la persona cabeza de renta.

Nulidad de la renta vitalicia.

Se puede presentar en dos casos:

- Si la cabeza de renta no existiera al suscribirse el contrato de renta vitalicia, esto es obvio, porque el pago de la renta vitalicia no puede depender de una persona que no existe, ya que el contrato estaría desprovisto de una de las partes, lo que acarrea su nulidad.

- Cuando la cabeza de renta estuviese afectado por una enfermedad producto de la cual muriera dentro de los 30 días siguientes a la suscripción del contrato.

La renta temporal con renta vitalicia diferida.

Esta modalidad de pensión nace en el año 1988 y ofrece a los afiliados la posibilidad de optar entre asegurarse del riesgo por una renta vitalicia diferida, y asumir en un comienzo, a través de la renta temporal, el riesgo de la rentabilidad del fondo de pensiones. De esta manera el valor de la renta temporal solo varía de acuerdo a la rentabilidad del fondo de pensiones, porque no se ve afectado por el aumento en las expectativas de vida, lo que sí ocurre en el caso del retiro programado.

El valor de la renta vitalicia diferida va disminuyendo con el paso de los años en que se va pagando, ya que la prima se cancela de manera anticipada y su probabilidad de uso también va en disminución. Al pasar los 10 años, desde la firma del contrato, la prima de la renta vitalicia disminuye a un 41% del capital del fondo individual de previsión.

La jubilación anticipada.

Esta es una alternativa que en el papel se contemplaba desde que se inició el nuevo sistema previsional. Para acceder a este beneficio el afiliado debía financiarlo con su fondo individual de capitalización, pero sin cargo al bono de reconocimiento, que, precisamente, era la mayor parte de los dineros acumulados en las jubilaciones mínimas.

- Bono de reconocimiento: es el valor más alto entre el 100% de las jubilaciones mínimas que garantiza el Estado y el 70% promedio actualizado de los sueldos imponibles de la última década. Se trata del documento que representa el capital indispensable para pagar las jubilaciones devengadas por el afiliado en el antiguo régimen de reparto, según su nivel de remuneración y el tiempo de cotización.

Este bono se paga por el Estado, cuando el afiliado lo impetra para financiar su pensión, o sea, cuando cumple la edad requerida para jubilarse o cuando se encuentra en situación de invalidez o si muere, fecha a partir de la que los dineros ingresan al fondo de capitalización individual del beneficiado y constituye una porción del capital que financia el monto de la jubilación.

Con la jubilación anticipada se busca que el Estado no se haga responsable del pago de las jubilaciones mínimas garantizadas cuando el sujeto elige libremente por pensionarse de manera anticipada. Y como segundo objetivo, la jubilación anticipada busca sustituir la remuneración que el beneficiado deja de proveer al terminar su vida en el trabajo.

Requisitos para obtener la jubilación anticipada.

a) Que se trate de una jubilación de un valor mínimo de un 70% del promedio del sueldo imponible de la última década anterior a la fecha de percibir la pensión.

b) Que la jubilación sea de un valor mínimo a un 150% de vejez garantizada por el Estado vigente a la fecha en que el trabajador pretende el beneficio.

Normas de operación de la afiliación.

En diciembre del año 1982 entra en vigor la circular nº 169, el que brindó un enfoque totalmente distinto al que existía en ese momento, lo cual trajo las siguientes consecuencias al nuevo sistema de capitalización:

- Ordenó que la suscripción de donde se solicita la afiliación se hiciera en una agencia de la AFP elegida.

- Concedió una etapa de validación para corroborar la información dada por el afiliado, incorporó requisitos previos antes de la notificación al empleador del afiliado, lo que impedía que se pagaran las cotizaciones de una solicitud que pudiera quedar sin efecto por ser considerada nula.

- Obligó a la correspondiente AFP para que notificara al empleador para concretar el beneficio.

- Crea un registro de “solicitudes de incorporación pendientes por aclarar”, determinando fechas tope para regularizar los procedimientos que permitían facilitar el control.

- Crea el sistema de solicitudes de incorporación por vía del empleador cuando se tratara de trabajadores dependientes que empezarán su vida laboral por vez primera y que no hubiesen optado por una AFP.

- Determinó de manera detallada las distintas etapas de los procesos, sus plazos y el resto de requisitos para que se llevara a cabo.