

SEGURIDAD SOCIAL

16 de Marzo de 2004

La Seguridad Social ha evolucionado desde el ahorro voluntario hasta el ahorro colectivo. También desde las Geldas, las Cofradías, los Gremios, las Hermandades de Socorro. Desde la familia como una forma de atender la contingencia hasta los sistemas sociales obligatorios modernos.

Hay conceptos desde antes de la evolución de la Seguridad Social:

- 1) **RIESGO** (Tiene una característica: “provoca daño”)
 - Es un acontecimiento futuro, incierto e involuntario
 - Que provoca un daño;
 - También puede provocar una pérdida de ingresos, renta o ganancia,
 - Privando al jefe de familia y a sus cargas familiares
 - De los medios económicos de subsistencia, o sea la capacidad de ganancia
 - En forma:
 - i. Temporal (Enfermedad común, cesantía)
 - ii. Definitiva (Muerte)

Estamos hablando de algo que puede o no puede ocurrir. La ley da cuenta de las personas que están cubiertas por el sistema de seguridad social.

CLASIFICACION DE LOS RIESGOS

Riesgo de Tipo Profesional: Accidentes del Trabajo; Enfermedades Profesionales; Cesantía.

Riesgo de Tipo Fisiológico: Enfermedad Común; Accidente Común, Muerte; Invalidez.

Riesgo de Tipo Familiar: Maternidad; Matrimonio.

Riesgo de Tipo Ambiental: Terremotos; Inundaciones; Maremotos, etc.

- 2) **CONTINGENCIA PROPIAMENTE TAL:** No provoca daño
 - Es el acontecimiento o circunstancia
 - Que no provoca daño a la persona
 - PERO que genera la necesidad de una mayor capacidad de ganancia (provoca mayor gasto; se suprime aquí lo futuro y lo incierto.) Ejemplo: El nacimiento de un hijo; el matrimonio, etc.

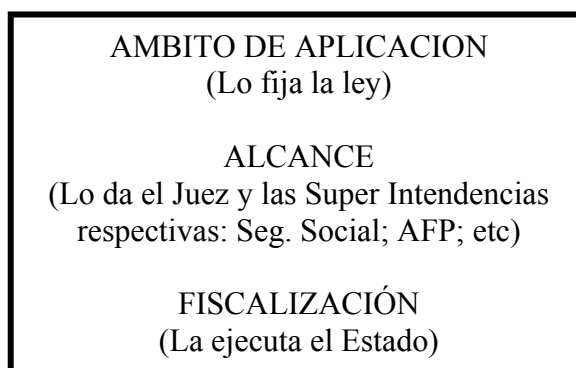
Cuando hablamos de riesgo y contingencia propiamente tal, estamos hablando de CONTINGENCIA SOCIAL.

CONTINGENCIA SOCIAL = CAUSA
ESTADO DE NECESIDAD = EFECTO

CONTINGENCIA SOCIAL:

- La constituyen ciertos acontecimientos (No todos; no cualquiera)
- Que dan origen a estados de necesidad específicos (no todos; no cualquiera)
- Frente a los cuales actúa la Seguridad Social
- Como instrumento político social (Está dentro de las prioridades del Estado)

MARCO LEGAL (LEY)



Hay una doble identidad en la que se fundamentan las características sociales:

- **IDENTIDAD DE INDIVIDUALIDAD:** Está referida a las circunstancias que la contingencia social afecta a cada persona en sí misma (es MI contingencia social). De tal manera que la seguridad social le da cobertura en forma individual.
- **IDENTIDAD DE NATURALEZA ECONOMICA:** Cuando se configure esta identidad la persona se ve afectada por dos situaciones:
 - i. Se crea una necesidad de mayor capacidad de ganancia porque hay que consumir un número mayor de bienes económicos (Ejemplo: cuando nacen trillizos y sólo se esperaba a un hijo)
 - ii. Disminución de los ingresos que satisfacen al individuo y su grupo familiar. (Ejemplo: cesantía)

CLASIFICACION DE LAS CONTINGENCIAS SOCIALES QUE INTERRUMPEN LA CAPACIDAD DE GANANCIA DEL TRABAJADOR.

- 1) Temporalmente: Cesantía; Enfermedad Común, Enfermedad Profesional, Accidente del Trabajo y Común; Maternidad; Invalidez Temporal.
- 2) Definitivamente: Invalidez Total, Muerte.
- 3) Sea temporal o definitivamente: Nacimiento de un hijo.

ESTADO DE NECESIDAD

- Es la situación que afecta a una persona
- A consecuencia de estar sufriendo o haber sufrido
- Una contingencia social (Maternidad; Enfermedad Profesional; Accidente Común; Accidente del Trabajo, etc.)

Este estado de necesidad siempre afecta la capacidad de ganancia.

COMO SE CUBREN LOS ESTADOS DE NECESIDAD

- **El hombre individualmente**
 - i. Por el trabajo por cuenta propia
 - ii. Por el trabajo por cuenta ajena
- **la sociedad organizada**
 - i. por montepropiedad
 - ii. sociedad de socorros mutuos
 - iii. seguros sociales obligatorios (Otto Von Bismark) = Previsión social
 - iv. seguros sociales contributivos (Williams Beveridge) = Seguridad Social

SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL

Puede organizarse de 2 maneras:

- 1) Como un régimen general; por ejemplo en la salud el régimen general es FONASA, Isapre; Mutualidades.
- 2) Como un conjunto de regímenes especiales (antiguas cajas de previsión), cualquiera que sea la forma en que se organice el sistema de seguridad social, ha de ser el Estado quien fije el marco legal, el ámbito de aplicación y fiscalización; y como órganos del Estado, los órganos de justicia y las instancias administrativas (como son la Superintendencia correspondiente).

OTORGAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE NECESIDAD

Se otorgan:

- A las personas afectadas por un estado de necesidad
- Que tienen la calidad de beneficiarios de los sistemas de seguridad social
- La calidad de beneficiario de seguridad social la fija el Estado a través del marco legal.

Ejemplo de Estado de Necesidad

Invalidez Total:

- Aquél que tiene disminuida su capacidad de ganancia entre el 40 y 70%
- La ley 16.744, sobre accidentes del trabajo, fija los beneficiarios.
- Una mutualidad de empleadores otorga el beneficio a sus afiliados
- Debe tratarse de un trabajador independiente afiliado a una mutualidad

LAS EXPRESIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

Algunos autores sostienen que el primero que habló de seguridad social fue Simón Bolívar en el discurso de Angostura de 1819.

Dice “que el sistema de gobierno más perfecto es el que produce la más grande suma de bienestar social y seguridad política”.

Sin embargo, a lo que él se refería era a la seguridad que tiene cada individuo de vivir en paz en su medio, pero no como aquella necesidad de cubrir contingencias de seguridad social.

Sin embargo, quien primero habló de este concepto en la dimensión que corresponde a esta cátedra es un documento denominado “*the pillar of social security act*” de 1935.

Aún cuando tuvo un sentido restringido, por cuanto se trató sólo de una referencia al seguro de cesantía y de vejez para el personal asalariado de la industria y el comercio.

Este documento es de **William Beveridge** quien ES EL PADRE DE LA MODERNA SEGURIDAD SOCIAL, porque es el primero que emplea este concepto en relación a cumplir contingencias sociales.

Esta seguridad social procede de la necesidad del ser humano de vivir en forma digna y se trata de cualquier persona, sin distingo, sólo por el hecho de serlo.

23 de Marzo de 2004

FUNDAMENTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

- Determinar la razón de ser de la Seguridad Social
- Determinar la estructura de la Seguridad Social, caso en el cual nos estamos refiriendo a cuales son sus elementos y en qué se basa.

¿Por qué debe existir la Seguridad Social?

Porque hay contingencias sociales que deben ser protegidas y que a la larga se transforman en estados de necesidad que el hombre por su cuenta y riesgo no puede suplir.

Se traduce en el principio de dar de acuerdo a la posibilidad y recibir de acuerdo a la necesidad.

La Encíclica *Pacem In Terris* de Juan XXIII se refiere al derecho de conservar la vida vivir dignamente. Al derecho de todo hombre a la existencia le corresponde:

- la obligación de conservar la vida (obligación)
- a un nivel de vida digno (derecho)
- al deber de vivir dignamente (deber)

la Seguridad Social cubre estados de necesidad para que cuando se produzcan tengan la adecuada cobertura.

El organismo principal encargado de cubrir estas necesidades es el Estado, pero también tienen un rol fundamental los grupos intermedios. El Estado actúa por medio del principio de subsidiariedad. (por ejemplo, en el caso de la salud el Estado actúa a través de FONASA.)

RAMAS O INSTITUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En doctrina el profesor Patricio Novoa sostiene que son las siguientes:

Los Seguros Sociales que tienen por objeto:

- 1) Prestaciones médicas para afiliados y cargas
 - a. Medicina preventiva
 - b. Medicina curativa
 - c. Rehabilitación

- 2) Prestaciones Pecuniarias
 - a. Cuando hay suspensión
 - b. Cuando hay disminución
 - c. Cuando hay terminación de la capacidad de trabajo o ganancia
 - d. Cuando se produce la muerte del jefe de familia

La asistencia social o seguro social no contributivo que tiene por objeto atender contingencias sociales que por cualquier causa o motivo no hubieren sido atendidas por los seguros sociales.

Prestaciones Familiares, cuyo fin es proteger a la familia

- a) Asignaciones Familiares
- b) Prestaciones en especies o servicios (leche infantil, desayunos y almuerzos escolares, policlínicos, etc.)

Están también los Auxiliares de la Seguridad Social que sin ser ramas de la Seguridad Social constituyen un fundamento importante y son:

- Servicios sociales
- Medicina social, que es una actividad complementaria de la Seguridad Social.

El Servicio Nacional de Salud puede actuar de 2 formas:

- como seguridad social en el caso de sus afiliados
- como servicio social en el caso de los indigentes.

Esto, por cuanto la C.P.R. asegura el derecho a la seguridad social de todos los habitantes de la República. Artículo 19 N° 18.

Servicios Sociales: son aquellas prestaciones que se incorporan a la Seguridad Social en aquellos países en vías de desarrollo, otorgando aquellos beneficios adicionales o complementarios de las prestaciones generales. Según el problema que tratan y las personas que atienden pueden ser:

- protección de la salud
- mejoramiento de la alimentación
- centros vacacionales, etc.

Medicina Social: no es una rama de la Seguridad Social, sino que es un problema, una disyuntiva en cuanto poder determinar el problema de la salud. Pasará a ser un servicio social cuando esté orientado a cubrir la salud de los indigentes.

La Organización Mundial de la Salud define el estado de salud como aquél estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades.

OBJETIVOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Objetivos Directos, Inmediatos o Propios

Protección de la salud en su triple fase:

- Preventiva: detectar la enfermedad en su etapa precoz. El autor de esta iniciativa fue el Dr. Cruz Cocke en los años 40.
- Curativa: caso en el cual nos encontramos con la enfermedad declarada. Lo hace el Estado a través de FONASA principalmente, pero actúan también en este sentido las Isapres o en el caso de las enfermedades profesionales, las Mutualidades.
- Rehabilitación: en el caso de los trabajadores independientes (ejemplo Teletón). Actúa en este sentido la ley de accidentes del trabajo cuando son accidentes de este tipo.

Mantención de Niveles de Ingreso

Hay que mantener los ingresos de las personas cuando hay disminución, suspensión o terminación de la capacidad de trabajo o de ganancias.

Ejemplo de disminución de la capacidad de trabajo o ganancias

- Invalidez parcial
- Reposo preventivo

Ejemplo de suspensión de la capacidad de trabajo o ganancias

- Cesantía
- Enfermedad
- Maternidad
- Accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, caso en el cual hay subsidios a la incapacidad laboral.

Ejemplo de terminación de la capacidad de trabajo o ganancias

- Muerte (se mantiene con las cuotas mortuorias)
- Invalidez total
- Vejez
- Muerte en pensiones de sobrevivencia (viudez y orfandad)

Protección de la Familia

En general se logra por medio de las prestaciones familiares y asignaciones familiares.

Objetivos Indirectos o Mediatos o Funciones Socioeconómicas

Se clasifican en CONTRIBUIR A:

- **Redistribuir Ingresos** (la seguridad social no distribuye nada)
 - i. Las asignaciones familiares son las más redistributivas
- **Regular la economía** porque el gasto en seguridad social es un porcentaje del PIB. Por lo general el presupuesto más alto de la Nación es el de seguridad social.
- **Ahorro y capitalización** (AFP, Cuentas de Ahorro, cotizaciones adicionales, etc.)

CONCEPTO DE SEGURIDAD SOCIAL

Según el profesor Alfredo Bowel

“Es el conjunto de principios (no leyes) que reconoce a todo ser humano el derecho a los bienes indispensables para prevenir sus contingencias sociales y cubrir sus efectos y regular las instituciones requeridas para ello.”

CARACTERÍSTICAS DEL DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

- 1) Derecho evolutivo y cambiante
- 2) Derecho inacabado y en suspensión
- 3) Rige situaciones jurídicas vívidas
- 4) Integra esencialmente el Derecho Público
- 5) Es un derecho con tendencia a la internacionalización
- 6) Es un derecho muy nuevo

LA SEGURIDAD SOCIAL ES UN DERECHO EVOLUTIVO Y CAMBIANTE

Análisis: no importa cual sea la economía que exista en un país, siempre va a haber un producto nacional bruto y la economía social va cambiando continuamente.

Ejemplo: en nuestra economía social de mercado el seguro de desempleo ha tenido una evolución considerable hasta ajustarse de mejor manera a la necesidad de un trabajador cesante.

Nace una idea y pasa a ser un proceso evolutivo hasta transformarse en algo concreto y aplicable a una realidad determinada.

Ejemplo: plan auge en salud, nació como una idea y pasó por un proceso hasta tomar una forma y adecuarlo a nuestra realidad social.

Cambian los gobernantes y con ellos la forma de ejercer administración.

Como vemos, los estados de necesidad evolucionan en el contexto de la seguridad social, se amplían, restringen o nace uno nuevo, pero todo ello en un contexto de cambio constante.

Dentro de las razones de estos cambios están:

- la Economía: mayores o menores ingresos de un país en un momento determinado.
- Razones sociales: hay clases tremendamente desposeídas y que no tienen cobertura suficiente frente a sus estados de necesidad
- Razones socioeconómicas: siempre van a existir personas en estratos altos, medios y económicamente débiles. El principio en este sentido es nivelar hacia arriba.
- Razones de costo: esta seguridad social se consume en sí misma y por lo tanto no genera beneficios.
- Política fiscal: en un país pobre el gasto en seguridad social será mínimo, en tanto que surgen otros gastos de mayor importancia como educación, trabajo, etc.
- Razones demográficas: baja o alta natalidad.

Objetivo de que sea un derecho evolutivo y cambiante

Aún cuando sea un derecho evolutivo y cambiante NUNCA CAMBIA SU OBJETIVO que es cubrir estados de necesidad.

Los Estados de Necesidad hay que analizarlos desde 2 puntos de vista:

- 1) Estado de Inferioridad de la persona en relación al medio social
- 2) Estado de Carencia de bienes y servicio suficientes para la digna subsistencia de la persona.

Estos estados de necesidad los cubre la Seguridad Social.

LA SEGURIDAD SOCIAL ES UN DERECHO INACABADO Y EN SUSPENSIÓN

El problema que se presenta es que hay una gran cantidad de leyes que se refieren a este tema.

Una de las leyes más acabadas en torno a esta materia es la Ley 16.744 sobre accidentes del trabajo.

LA SEGURIDAD SOCIAL ES UN DERECHO QUE REGULA UN NUMERO DE RELACIONES JURÍDICAS VÍVIDAS

La seguridad social protege personas cubriéndoles sus estados de necesidad, que son situaciones que se producen a diario y que afectan a las personas. De ahí el vigor que debe encontrarse en las formas de cubrir necesidades de seguridad social.

En este sentido, la seguridad social que atiende el estado de necesidad está dirigida a favor de la persona en esencia.

LA SEGURIDAD SOCIAL INTEGRA ESENCIALMENTE EL DERECHO PUBLICO

Esto por cuanto el estado de necesidad que se atiende le interesa a la comunidad entera y no sólo a ella, sino que también al Estado.

30 de Marzo de 2004

DERECHO CON TENDENCIA A LA INTERNACIONALIZACION

Existen 5 documentos internacionales importantes:

- a) Carta del Atlántico del 14 de Agosto de 1941
- b) Declaración de Santiago de Chile de 1942
- c) Declaración Universal de los Derechos del Hombre, París 1948
- d) Conferencia de Filadelfia de la O.I.T. de 1944
- e) Programa de Ottawa de 1966

Declaración de Santiago de Chile de 1942

Se dice que cada país debe mantener y acrecentar el valor físico y moral de las generaciones activas y sostener a las generaciones pasivas.

Es un sentido auténtico y racional de los recursos y valores humanos.

También existe un sentido de solidaridad.

Confederación de Filadelfia de la O.I.T. de 1944

De esta Conferencia de la Organización Internacional del Trabajo nacen los Convenios y las Recomendaciones.

Esta declaración nace de la Conferencia N° 26 del 22 de Mayo de 1944

Aparecen 2 Recomendaciones

- 1) Seguridad de los medios de vida
- 2) Asistencia Médica

Importancia: Esta declaración de seguridad de los medios de vida se incorpora a la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo.

Consecuencia: No sólo se ocupa en fines laborales, previsionales, sino que también de políticas sociales.

Declaración de Filadelfia

- a) Establecía que debían extenderse las medidas de seguridad social para garantizar ingresos básicos a quienes los necesitaran y prestar asistencia médica total.
- b) Proteger eficientemente la vida y la salud de los trabajadores.
- c) Proteger la maternidad y proteger la infancia. La maternidad hay que protegerla en forma racional para que no se produzcan abusos. Al infante, en tanto, hay que protegerlo porque es el potencial futuro del país.

Sobre estas dos recomendaciones en 1949 se propone la categoría de convenios y se les da forma de un verdadero tratado internacional.

En 1952 la Conferencia de la Organización Internacional del Trabajo aprueba el Convenio 102.

Convenio 102 o de estándares mínimos de 1952

Se refiere exclusivamente a lo que entendemos como seguridad social.

Consta de 13 partes.

En cuanto a prestaciones cubre:

- los cuidados médicos
- los subsidios por enfermedad

- accidentes del trabajo y enfermedades profesionales
- maternidad
- cesantía
- vejez
- invalidez
- supervivencia

Este convenio se refiere principalmente a:

- a) **El cuidado de la salud en su triple fase:**
 - a. Preventiva
 - b. Curativa
 - c. Rehabilitación
- b) **Prestaciones Pecuniarias**, que van a sustituir el salario, el sueldo, la renta en caso de suspensión, disminución y término de la capacidad de ganancia o de la muerte del Jefe de Familia.
- c) **Prestaciones Familiares:**
 - a. En forma de asignación (\$)
 - b. En especies (leche, almuerzos, desayunos escolares, etc.)
 - c. En servicios (consultorios, policlínicos)

Hubo una ratificación flexible del convenio en 2 fases:

Primera Fase: Ratificación Flexible para países desarrollados

Segunda Fase: Ratificación Flexible para países con sistemas incompletos de seguridad social.

Los estándares mínimos o normas mínimas, no van en relación ni al monto ni a qué prestaciones sociales. Se refieren al número de personas protegidas por la seguridad social y se dan en un porcentaje:

1er. Porcentaje: Es de asalariados, generalmente el 50% de todos los asalariados, cónyuges e hijos.

2do. Porcentaje: Sistema de Residentes, generalmente el 50% de los residentes del país.

3er. Porcentaje: La población económicamente activa y debe ser una proporción de un 20%, incluyendo los cónyuges y los hijos.

Normas Mínimas para Países Desarrollados

Cubren en los porcentajes señalados (Incluido Chile)

- a) La Medicina, que debe ser preventiva y curativa
- b) Prestaciones Pecuniarias, se otorgarán por enfermedad, vejez, invalidez, sobrevivencia. Ejemplo: asignaciones familiares.
- c) Prestaciones Pecuniarias por cesantía. Ejemplo: seguro de desempleo.
- d) Prestaciones por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional. Ejemplo: Ley 16744 Mutuality de los Empleadores.
- e) Prestaciones por Maternidad que incluyen a las cónyuges de los asalariados.

Normas Mínimas para Países con Sistemas Incompletos de Seguridad Social

Todos estos países, en una declaración anexa a la declaración del convenio, se pueden acoger a las excepciones temporales:

- prestaciones médicas
 - accidentes de trabajo
- } como prestaciones mínimas

La declaración debe hacerse anualmente y actualizarse.

Internacionalidad de la Seguridad Social

Esto significa que la seguridad social se aplica en cualquier país, como la manera más efectiva de cubrir los estados de necesidad. Previamente se necesita llegar a la internacionalización del derecho social.

Hay 2 fundamentos:

- a) Preámbulo de la parte 13 del Tratado de Versalles
 “La no adopción por cualquier Estado de un régimen de trabajo humano es un obstáculo para los otros Estados que quieren mejorar el trabajo de sus obreros” (trabajadores)
 lo anterior, se refiere a las políticas laborales, pero también a las políticas de seguridad social, porque el Estado que no tiene una buena seguridad social es un ancla para los Estados que sí la tienen.

- b) Declaración de Santiago de Chile
 Es la Primera Conferencia Interamericana de seguridad social.
 “La salud, la capacidad y el bienestar de los trabajadores de una nación americana interesa también a las demás naciones, por lo que debe haber una acción concertada de los organismos de seguridad social que resguarde el capital humano, que es garantía de la integridad y defensa del continente.”

El sentido de la Internacionalización

Todos los Estados deben tener un sistema de seguridad social, es decir, cada Estado debe tener un sistema de seguridad social que sea de acuerdo a su realidad social. La igualdad está en el esfuerzo para detener la miseria.

Los fines de la seguridad social son igualmente sólidos para cada Estado, porque son inherentes a cada persona.

Obstáculos para lograr la internacionalización

El alto costo de la seguridad socialporque está dentro del presupuesto de la nación y se consume en sí misma.

El alto costo está en la burocracia y administración del sistema. También en la falta de solidaridad internacional.

ES UN DERECHO MUY NUEVO

Antecedentes Históricos de la Seguridad Social

En roma existieron los colegios romanos que protegían las contingencias sociales de personas de un mismo oficio, cubrían enfermedad y muerte.

Con el Cristianismo surgen 2 Instituciones:

- 1) Cofradías: Cubrían enfermedad y muerte
- 2) Diaconías: La fundan los primeros cristianos para practicar la caridad.

En el Medioevo surgen las:

Gildas: Los sajones basándose en los Germanos las crean. Estaban influenciadas por el cristianismo. Eran organismos de asistencia mutua y de tipo fraterno.

Cofradías en el Siglo XII: Actuaban bajo el signo de un patrono que generalmente era un santo. Cubrían enfermedad y muerte.

Cofradías Gremios: Tienen un carácter dual, como gremio organizado y como cofradía que da asistencia y previsión.

Hermandades de Socorro en el Siglo XVI: Son el antecedente de la sociedad de socorros mutuos. Son más cercanos a un seguro social.

Siglo XVIII

Los Monjes de Piedad o Montepíos: En el sector público militar por primera vez se va a ocupar de la sobrevivencia, es decir, viudez y orfandad.

América Colonial: Los conquistadores darían inicio a la asistencia social.

En 1521 en México se funda el “Hospital de México” por Hernán Cortés y es el primer hospital de América.

En Chile, en 1552, don Pedro de Valdivia funda el primer hospital de Chile y se llamó Nuestra Señora del Socorro que corresponde al actual hospital San Juan de Dios.

Las Cajas de Comunidad

Fueron creadas por los Virreyes del Perú. Tienen un origen incaico. Se financiaban por ingresos agrícolas industriales, por medio de censos y con los réditos producidos se forma el Hospital de huérfanos, viudas e inválidos.

Europa en el Siglo XIX “Ahorro Individual Voluntario”

Ahorro: Consiste en ahorrar bienes presentes para atender necesidades futuras. Es un esfuerzo de tipo moral, porque se sacrifica el uso de bienes presentes para asegurar el futuro.

Chile: Caja de Ahorro \Rightarrow Banco del Estado \Rightarrow Banco Estado \Rightarrow Cuenta Ahorro Voluntario AFP

Deficiencias del Ahorro

La inflación deprecia la moneda y el ahorro puede llegar a desaparecer. En estos casos sólo pueden ahorrar personas de altos ingresos.

Aspecto Técnico del Ahorro

La persona ahorra voluntariamente para solventar necesidades, pero falta la solidaridad. Por ejemplo, el trabajador independiente que prefiere ahorrar en cuenta de ahorro antes de pagar cotizaciones previsionales en forma voluntaria.

Aspecto Psicológico del Ahorro

Es muy difícil ahorrar debido al consumismo.

Ahorro Colectivo

Se puede materializar cuando el ahorro individual se organiza mediante un fondo común y de este último se hacen préstamos a los miembros del grupo.

Siglo XIX segunda mitad

El Mutualismo

Aparece en la segunda mitad del siglo XIX y es el precedente inmediato del seguro social.

Hasta ese momento era el sistema más perfecto de previsión social.

Fueron entidades de derecho privado que se financiaron con aportes de sus afiliados.

Su talón de aquiles fue que a estas mutualidades se afiliaron las personas de más alto riesgo.

Del mutualismo emergen los seguros sociales obligatorios.

Chile en 1853, Víctor Linez funda la sociedad tipográfica; don Fermín Vivaceta los apoya y tendrán importancia hasta 1924, año en que Arturo Alessandri Palma, en la Ley 4054 del Seguro Obrero, la va a cambiar aplicando en Chile la Seguridad Social.

06 de Abril de 2004

No “**UBO**” clases

13 de Abril de 2004

Otto Von Bismark

A sus leyes se les conoce como Leyes Bismark (1881). En el Parlamento Alemán este Canciller expone un programa social para Alemania.

Importancia: crea los seguros sociales obligatorios y dice: “que la contingencia social que afecta a los individuos se debe proteger por seguros obligatorios creados y dirigidos por el Estado.” Con esto quiere decir que era indispensable para el trabajador:

- 1) El derecho a trabajar mientras estuviese sano
- 2) El trabajador sería atendido cuando estuviere enfermo
- 3) Asegurarle asistencia en la ancianidad
- 4) Proporcionarle trabajo

Esto se tradujo en 3 leyes que fueron resistidas por los trabajadores y los empleadores. Los trabajadores no tenían interés en estar ligados con el Estado y los empleadores decían que las leyes eran ineficaces.

Las 3 leyes de Bismark:

- a) Seguro de Enfermedad
- b) Accidentes del Trabajo
- c) Seguro de Invalidez y Vejez

Característica de los Seguros Sociales Alemanes

- Naturaleza Jurídica: Son Ius Privatistas, ya que están influidos por los seguros privados.
- Obligatorio
- Personas Protegidas: Obreros de la Industria con rentas inferiores a un determinado nivel.
- Existía un principio rector o inspirador: “Bilateralidad” que se traducía en Cotización = Prestación.
- Financiamiento: se financian con aporte tripartito Trabajador / Empleador / Estado.
- Prestación (indemnizatoria) estaba en relación al salario que el trabajador dejaba de percibir.

William Beveridge

En 1941 el Gobierno Británico le encargó estudiar y formular recomendaciones para reformar el sistema de los seguros sociales ingleses. Se formó una comisión ministerial formada por Beveridge para estudiar cómo reformar esos sistemas previsionales.

En 1942 Beveridge emite su informe en el cual señala que la sociedad tiene 5 gigantes para destruir:

- Ignorancia (se destruye sólo con la educación)
- Miseria (no poder ser autovalente)
- Ociosidad (se combate con pensamientos y formulación de ideas)
- Necesidad
- Enfermedad

Importancia de Beveridge

Es el creador de la Seguridad Social (Seguros Sociales Contributivos) y entendía por esta una renta garantizada de un nivel determinado que hiciera libre a los seres humanos de la necesidad.

Universidad Bernardo O'Higgins / Apuntes de la Cátedra de Seguridad Social, tomados de las Clases del Profesor Osmán Tobar, preparados por AGM y AMS año 2004

Características:

- Derecho mínimo que se da en relación a que la seguridad social debe asegurar un mínimo nacional de subsistencia.
- Complementar ese derecho mínimo, actividad que debe hacer cada persona con métodos privados o métodos voluntarios.
- Cotización debe ser igual para todos, dentro de una determinada categoría (a esto apunta la equidad). Beveridge ponía una sola excepción a esta categoría: el sexo, por cuanto sostenía que ello, a su vez, era una individualidad. Actualmente una crítica al sistema de seguridad social en Chile es que no se brinda una superioridad en este sentido a la mujer dueña de casa, sino es a través del hombre.
- Contingencias cubiertas, consiste en que la protección debe ser para todas las contingencias sociales con algunas limitaciones
- El financiamiento, son cotizaciones y aportes fiscales.
- Las personas protegidas son todos los residentes del país. (En Chile se refiere a todos los habitantes de la República).

En Chile

Tenemos la Ley 6.174 de 1936. Es el primer país americano en establecer la seguridad social (fue durante el Gobierno de Alessandri cuando se fortaleció este sistema).

Ley 4055 sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de 1924.

Ley 4054 sobre el Seguro Obrero Obligatorio. Esta Ley estaba referida principalmente a:

- Enfermedad
- Vejez
- Muerte

PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (Materia Importante)

Corresponde a los fundamentos a los cuales debe ajustarse el sistema de seguridad social.

- Universalidad
 - i. Subjetiva
 - ii. Objetiva
- Integridad o Suficiencia
- Solidaridad
- Unidad o Uniformidad del Sistema
- Subsidiaridad del Estado
- Internacionalidad

Universalidad propiamente tal o en esencia

El objeto es no limitar la protección a los trabajadores dependientes y extender los beneficios de la seguridad social a todo ser humano que lo necesite, en relación a los riesgos sociales. Esto se hace a través de las prestaciones de seguridad social. En la Constitución Política de la República, el Artículo 19° N° 18 asegura el derecho a la Seguridad Social de todos los habitantes. El goce de las prestaciones básica uniformes, como las pensiones asistenciales, la medicina social, los subsidios familiares. Así tenemos la universalidad propiamente tal. Sin embargo, ella debe ser analizada desde 2 puntos de vista (según de donde se mire):

- **Universalidad Subjetiva:** a este principio también se denomina “Generalización de la Seguridad Social” y se refiere a las personas que deben ser protegidas por la Seguridad Social, es decir, quienes tienen el derecho de ser protegidos por la seguridad social.

Esta universalidad subjetiva protege a toda la población (habitantes) y no se puede discriminar por causas de nacionalidad, raza, edad, sexo, condición social del trabajo que se ejecute o desempeño, de ser trabajador independiente (como en Chile) o de tener una remuneración de un monto determinado o superior.

Criterios para determinar las personas protegidas (criterios que deben ser aplicados por la legislación)

1.- Criterio Protector de los Económicamente Débiles

- 2.- Criterio Laboral
 - 3.- Criterio Nacional
- (Chile es una mezcla del 1° y del 2°)

Criterio Protector de los Económicamente Débiles: Es el caso de las leyes Bismark que protegían al trabajador cuyo salario no excedía de una cantidad determinada. Esto ocurre, por ejemplo, en las asignaciones familiares legales.

Criterio Laboral: Es la calidad del trabajador lo que determina si tiene o no acceso a la seguridad social.

Criterio Nacional: La seguridad social protege a toda persona, sin discriminar. Se dirige a favor de todos los habitantes de la República.

Esta universalidad subjetiva se logra cuando se extienden los seguros sociales a toda la población porque está referido a las personas.

La tendencia actual respecto a la universalidad subjetiva es que toda la población está protegida por esta seguridad social por el solo hecho de ser persona humana, sin que operen otros criterios laborales, como de ser económicamente débil.

En nuestro sistema se garantiza además, el derecho a la protección de la salud y es la sociedad la responsable de crear los medios y canales para que estos derechos y deberes sean total y absolutamente efectivos.

De acuerdo al Artículo N° 19 N° 18, el derecho a la seguridad social es de todos los habitantes de la República. En definitiva, la universalidad subjetiva va dirigida a “todas las personas” en su individualidad.

- **Universalidad Objetiva:** Está dirigida a cubrir las contingencias sociales: Estados de Necesidad de la personas que los padecen. El Convenio 102 de la O.I.T. señala las contingencias sociales que se deben cubrir: Enfermedades, Invalidez, Muerte, Accidentes del Trabajo, Desempleo, Maternidad, Vejez, Pensiones de Orfandad y Viudez, Enfermedades Profesionales; y los que agrega la familia que son del causante del derecho a estas obligaciones.

Requisitos para gozar de la Universalidad Objetiva

En sí mismo no es un derecho de las personas a una seguridad social genérica, en virtud de la cual la persona podría demandar una prestación de seguridad social por cualquier circunstancia que le provoque un estado de necesidad.

Es necesario entonces, determinar quienes están afectos a la universalidad objetiva. Lo están las personas que cumplan ciertos eventos (los del 102 de la O.I.T.) como Nacimientos, Accidentes del Trabajo, Desempleo, etc.

Pero esto no basta, sino que además estos eventos deben estar incorporados en el marco jurídico del Estado que se trate.

Aguirre Lostal pone excepciones a la universalidad objetiva, aún cuando estos estados de necesidad estén reconocidos en el ordenamiento jurídico. Ello, por cuanto señala que son excepciones de la Universalidad Objetiva las contingencias sociales causadas voluntariamente por las personas.

Según este planteamiento los vagos y apostadores no pueden exigir a la sociedad estos derechos sociales, por cuanto, aún cuando están en la sociedad no son de ella ni pertenecen a ella. En el caso de los suicidas tampoco operarían las pensiones de viudez y orfandad respecto de sus causahabientes.

En nuestro caso la ley de accidentes del trabajo no niega las prestaciones médicas a aquellas personas que se causen voluntariamente el daño.

En Chile esta Universalidad Objetiva se da en el sistema estatal, en la ley de accidentes del trabajo, en la medicina preventiva y curativa; y se da en la rehabilitación.

PRINCIPIO DE LA INTEGRIDAD O SUFICIENCIA

Concepto: Se refiere a los beneficios y los servicios que presta la seguridad social o que organiza la seguridad social. Debe abarcar la totalidad de los riesgos sociales que afectan a las personas. Ejemplo: riesgos de salud, culturales, sociales, económicos, etc.

La protección que debe dar un sistema de seguridad social o de salud debe cubrir adecuadamente estos estados deficitarios.

Prestaciones de Salud

Obviamente hay que hacer hincapié en las prestaciones médicas:

- Curativa
- Preventiva
- Rehabilitación

En resumidas cuentas, atención completa, médica, quirúrgica y mental.

Prestaciones Económicas

Cuando se suspende, disminuye la capacidad de trabajo: invalidez, enfermedad, cesantía, etc. En este caso se debe mantener el nivel de ingreso de la persona para que pueda subsistir.

Prestaciones Familiares: Deben atender las contingencias sociales del caso, lo que apunta a resolver la contingencia. Ejemplo: asignaciones familiares, consultorios, alimentos, etc.

Por lo tanto, debe significar para el núcleo de esa familia una ayuda efectiva. El principio aquí es la justicia distributiva que obliga a darle a los componentes de la sociedad según sus necesidades.

Factor “Relatividad” de este principio de integridad o supervivencia

Se refiere a que la seguridad social debe dar el máximo de bienestar material que sea compatible con los recursos del país. Se produce una confrontación entre lo que la comunidad puede dar en forma nacional y responsable y lo que las personas pueden exigir de la seguridad social. Opera también el monto máximo de las prestaciones, lo que se refiere a que la seguridad social no justifica las prestaciones de lujo.

La proporcionalidad, entonces, entre la prestación y la remuneración anterior al siniestro consiste en que la primera sea de un monto tal que le permite al afectado alcanzar el nivel de vida que tenía.

Hay sin embargo, una tendencia actual que se llama proporcionalidad decreciente, que consiste en que hasta determinado nivel de remuneraciones la prestación es del 100%, sobre ese nivel comienza a disminuir. Apunta a la protección del más débil.

20 de Abril de 2004

PRINCIPIO DE LA SOLIDARIDAD

Axioma: Se debe dar de acuerdo a las posibilidades y se debe recibir de acuerdo a las necesidades.

De este axioma nace este principio.

Concepto: Implica reconocer los derechos de todos, es decir, de la sociedad entera a cooperar al cumplimiento de los postulados y objetivos de la Seguridad Social y opera en cada hombre que lo necesite. Esto quiere decir que cada habitante del país debería estar cubierto con la Seguridad Social. Todos aportamos de acuerdo a lo que tenemos; pero se suplen todas las necesidades en base a este principio.

Postulados de la Seguridad Social

- 1) La Seguridad Social es un esfuerzo de toda la comunidad en beneficio de toda la comunidad (en reconocer la obligación de todos en beneficio de todos).
- 2) A dicho esfuerzo deben concurrir todos y cada cual según sus posibilidades y capacidad.
- 3) Cuando se contribuye de acuerdo a la capacidad, se recibe de acuerdo a la necesidad.
- 4) Los beneficios que se dan son un mínimo vital y este no puede condicionarse a los aportes.
- 5) El esfuerzo individual de cada persona (por las cotizaciones) debe ser considerado una exigencia del bien común y no como un aporte previo para que con posterioridad se otorguen las prestaciones de seguridad social.

Tipos de Seguridad Social

- Nacional
- Grupal
- Generacional

Seguridad Social Nacional: Es la que lleva implícita la ejecución de un plan completo de Seguridad Social, y este plan se funda en la redistribución del ingreso nacional. La Seguridad Social Nacional se tiene en las prestaciones familiares, en el subsidio de cesantía (y no en el seguro de desempleo, porque en este hay un aporte patronal que se complementa con el aporte del trabajador; en tanto el seguro de cesantía es decreciente), en la medicina social de FONASA. Esta solidaridad nacional se financia con los impuestos.

Seguridad Social Grupal: Es propia de los Seguros Sociales con un régimen de previsión social. Hay un órgano de seguridad social por cada grupo social.

Seguridad Social Generacional: Las generaciones más jóvenes financian las prestaciones de seguridad social de las generaciones más viejas.

PRINCIPIO DE UNIFORMIDAD O DE LA UNIDAD

Se refiere a Unidad o Uniformidad del sistema de Seguridad Social.

Concepto: La Unidad o Uniformidad del sistema mira el sentido orgánico y estructural que debe tener la Seguridad Social con sus derechos, obligaciones e instituciones.

Esto implica que cada una de las partes del sistema de seguridad social se sumen para conformar un solo todo.

Por ejemplo, la salud de FONASA, las ISAPRES y las Mutualidades que deben sujetarse a un marco legal único. Sin embargo, lo que se requiere no es un solo organismo que gestione la seguridad social, puesto que se deshumanizaría el sistema; por el contrario, diferentes órganos que administren la seguridad social y que cumplan requisitos mínimos como un marco legal, un alcance, una fiscalización. Encontramos así, bajo esta idea, la subsidiariedad del Estado.

Requisitos mínimos de los órganos que administran la Seguridad Social:

- Que abarquen un conjunto o grupo homogéneo de base que puede ser territorial, que contemple a todos los habitantes del país o un grupo de base homogéneo de profesionales que pueden ser grupos determinados de un país, como los trabajadores independientes.
- Que la actividad sumada de todos los órganos que administran la Seguridad Social, se oriente en beneficio de la población.
- Que todos los órganos gestores de la Seguridad Social operen de acuerdo a una política de conjunto, pero conservando su autonomía gestora y financiera.
- Que el régimen de prestaciones sea esencialmente el mismo en cada organismo gestor. Por ejemplo las AFP, todas ellas dan pensiones. Es decir, según la prestación que se pida todos deben darlas bajo las mismas condiciones y requisitos, y con mismos montos o porcentajes.

En Chile la Ley 18.689, de 1989, estructuró el Instituto de Normalización Previsional, es decir, unificó a todas las Instituciones Previsionales antiguas en una sola entidad, con una sola administración y una sola dirección.

El D.L. 2448 suprimió las pensiones de antigüedad y estableció las pensiones por vejez.

El D.L. 3500 crea las A.F.P. encontrando en este caso también unidad de gestión.

La Ley 16.744 sobre accidentes del trabajo, crea las Mutualidades de Empleadores, caso en el cual también hay unidad de gestión.

PRINCIPIO DE LA SUBSIDIARIEDAD DEL ESTADO

El primero que habló de este principio fue Pío XI en su Encíclica Cuadragésimo Año. Este principio ha de ser examinado desde el punto de vista de la seguridad social.

Concepto: Es un principio general de filosofía social y política que le permite al hombre sentirse parte de la sociedad a la que pertenece.

El rol del Estado en la Seguridad Social está en la administración de esa seguridad social. El Estado es decisivo en la administración de la seguridad social. Así este rol tiene cabida en la administración de la seguridad social, con lo cual se reserva la dictación del marco legal, el ámbito de acción, la fiscalización y a través del Poder Judicial se fija el alcance del marco legal.

Este principio, en cuanto a los órganos que administran la seguridad social, están formados por sus propios interesados, quienes ejercen una auto gestión predominante, como las ISAPRES, A.F.P. FONASA, Mutualidad de Empleadores, Cajas de Compensación y Asignación Familiar, etc. El problema está en determinar el justo término medio, vale decir, cuanto debe participar el Estado y cuanto los particulares. Si no se logra este término medio se corre el riesgo de llegar a una administración de la seguridad social o por el Estado en su totalidad o por los particulares en su totalidad (caso en el cual se puede establecer la seguridad social con fines de lucro).

PRINCIPIO DE LA INTERNACIONALIDAD

Concepto: Cada Estado debe adoptar su propio sistema de Seguridad Social, de acuerdo a sus medios y a su realidad. Lo que implica que no todos asumen la seguridad social de la misma manera. Por lo tanto, este principio significa igualdad de metas o similitud de esfuerzos.

Se logra la internacionalidad mediante la acción mancomunada de toda la comunidad internacional.

27 de Abril de 2004

Fuentes de la Seguridad Social

El derecho de la Seguridad Social es un Derecho Autónomo, con principios propios que conforman un ordenamiento jurídico independiente dentro del ordenamiento jurídico del país, que tiene las siguientes fuentes:

- 1) Constitución Política de la República: Desde la segunda guerra mundial todas las constituciones comienzan a incluir principios de la Seguridad Social dada su importancia. Por ejemplo el derecho a la vida no es apto sin seguridad social. El Artículo 19° N° 18 de la Constitución consagra el derecho a la Seguridad Social.
- 2) La Ley: Es la fuente más recurrente y llega a ser excesiva, producto de la desconfianza que existe en los organismos administradores. Ejemplo: las Isapres privilegian la rentabilidad. Especialmente en el caso de aquellos con fines de lucro como A.F.P. e Isapres, cuyo marco legal es deficitario; lo ideal es que la ley sólo reglamente aspectos básicos de la seguridad social y sea el Presidente quien mediante reglamentos disponga la forma de aplicarla.
- 3) Convenios Internacionales de Seguridad Social: Los cuales, cuando han sido promulgados por Chile, tienen carácter de Ley, como es el caso del Convenio 102 de la Organización Internacional del Trabajo.
- 4) Los Decretos y los Reglamentos: Cuando reglamentan la ley la ponen en práctica; pero no pueden alterar ni la letra ni el espíritu de la Ley. Además, están en los Decretos Supremos.
- 5) Jurisprudencia Judicial: El Artículo 3° del Código Civil “Las sentencias judiciales no tienen fuerza obligatoria, sino respecto de las causas en que actualmente se pronunciaren.” la

jurisprudencia como fuente de la Seguridad Social está en que la sentencia está fundamentada conforme a derecho. Ejemplo: el Superintendente de la Seguridad Social como juez árbitro crea jurisprudencia.

- 6) Jurisprudencia Administrativa: Emanada de los organismos que fiscalizan la Seguridad Social como por ejemplo: Superintendencia Seguridad Social; Superintendencia de A.F.P.; de ISAPRES, etc. Sus resoluciones sólo obligan a las partes involucradas, pero también forman criterios y tendencias; y, conjuntamente con la jurisprudencia judicial fijan el alcance y el ámbito de aplicación. La jurisprudencia administrativa sólo obliga a las partes, tampoco obliga a los tribunales.

- 7) Organismos Administradores como fuente de la Seguridad Social

Como son administradores tienen una responsabilidad normativa, dentro de lo que la ley les permite, por eso son fuente de seguridad social.

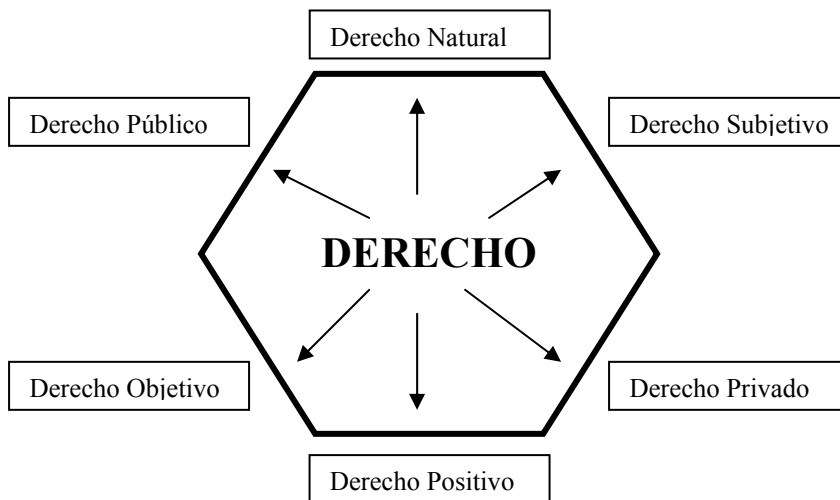
Por ejemplo: Dictamen de Fiscalía, Resoluciones de los Consejos Directivos. Ellos son los que van a determinar como se aplica la seguridad social.

- 8) El Derecho Colectivo del Trabajo (Como Fuente)

Se refiere a los Sindicatos, a los grupos de trabajadores que se unen para negociar colectivamente con el empleador.

Es fuente de derecho en los contratos colectivos, convenios colectivos y en los fallos arbitrales (son fuente porque perfeccionan la ley de seguridad social).

La Seguridad Social como Derecho Público Subjetivo:



El Derecho es uno solo.

El Derecho Público: afecta a todos

El Derecho Privado: afecta a los particulares.

Las normas de Derecho del Trabajo son normas de Derecho Público Laboral y por ende son irrenunciables.

La Seguridad Social es un Derecho Público y además es un Derecho Subjetivo.

El profesor cree en la teoría de los derechos públicos subjetivos, y sin este no habría estado de derecho (puesto que el derecho subjetivo nace cronológicamente antes del derecho objetivo)

Ejemplo: Derecho Subjetivo : Derecho a la vida
 Derecho Objetivo : No Matar

La norma objetiva entonces, cautela un derecho subjetivo que nace antes.

Tenemos un derecho público subjetivo: cuando un derecho importa a toda la comunidad (como el derecho a la vida y a la salud), que en nuestro caso lo tenemos con la ley de ISAPRES y la ley de accidentes del trabajo, por ejemplo.

El derecho subjetivo está cuando el individuo tiene un estado de necesidad y a ese mismo individuo le asiste el derecho o facultad de exigir al Estado la satisfacción de esa necesidad por medio de:

- ISAPRE
- FONASA
- Ley de Accidentes del Trabajo.

Si no hubiese un derecho subjetivo que proteger en un Estado de Derecho, no se podría exigir la protección de ellos al Estado. Los derechos subjetivos consisten en la potestad de exigir algo protegido o sancionado por la ley.

Los derechos subjetivos son el interés jurídicamente protegido, mediante la voluntad general, que es la voluntad de toda la comunidad que se manifiesta a través de una ley. Ejemplo: Ley de ISAPRE, FONASA, Accidentes del Trabajo, etc. (hablando de la seguridad social).

Todo ser humano, frente al ente administrativo de la Seguridad Social, puede exigir las prestaciones de seguridad social necesarias para alcanzar sus objetivos, y por lo tanto, la seguridad social es un derecho patrimonial público, porque está establecido el interés de toda la comunidad y es de interés de toda la colectividad, porque es patrimonio del hombre, y así es un derecho público subjetivo, porque son de su patrimonio.

Características de los Derechos de Seguridad Social

- 1) Son Patrimoniales
- 2) Son Personalísimos
- 3) Son Imprescriptibles
- 4) Están establecidos en el interés general de la Nación

1.- Son Patrimoniales

El derecho a los derechos de los beneficios de la Seguridad Social forma parte del patrimonio humano, porque forman aquella parte del patrimonio de la persona que está destinada a asistirle para que pueda llevar una vida digna; cuando se produce un estado de necesidad frente a un siniestro.

Los tribunales de justicia nunca han puesto en duda el carácter de patrimonial de la seguridad social. Si así fuera serían meros beneficios, una simple gracia, una mera liberalidad. Pero el hombre es acreedor de este derecho.

El objetivo de la seguridad social es cubrir estados de necesidad que le permitan al individuo llevar una vida digna cuando estos estados se producen.

2.- Son Personalísimos

En el derecho privado la regla general es que todo derecho patrimonial se puede enajenar, la excepción son los derechos patrimoniales personalísimos que no pueden enajenarse.

Ejemplo: Uso, Habitación, Alimentos, etc.

En Seguridad Social este derecho es subjetivo de las prestaciones de seguridad social, es personalísimo sin excepción, porque es la ley quien determina quienes tienen derecho y cuales son los requisitos para obtener las prestaciones de seguridad social. Pero por ser personalísimos son inalienables, intransmisibles e irrenunciables. Porque el titular del derecho es el que reúne los requisitos que la ley ha previsto para configurar un estado de necesidad, que está legalmente protegido. Ejemplo: el Subsidio a la enfermedad común.

El derecho a la seguridad social no puede ser transferido a un tercero por causa común.

Son irrenunciables porque el titular del derecho no puede renunciar a él. Alguien puede no solicitarlo, pero esto no significa una renuncia, sólo implica una demora. Ejemplo: quien tiene edad para jubilar y no lo hace, no renuncia al derecho, sólo lo demora (aunque pierde dinero).

3.- Son Imprescriptibles

Chile no tiene leyes referidas a esta imprescriptibilidad, en realidad sólo se da en la doctrina. En seguridad social el estado de necesidad no cambia por el transcurso del tiempo.

No le interesa a la sociedad que los organismos de seguridad social extingan sus obligaciones de atender estados de necesidad.

En Chile se acepta la prescriptibilidad en:

- a) El Estatuto Administrativo: establece que las pensiones otorgadas son irrenunciables e imprescriptibles. Pero sí prescribe en 3 años el derecho a solicitar que se revisen las pensiones calculadas erróneamente o a las que se aplicó una ley equivocada. (el derecho a la atención es irrenunciable).
- b) En la Ley de Accidentes del Trabajo: la ley dice que las acciones prescriben en 5 años, desde que ocurrió el accidente del trabajo o desde el diagnóstico de la enfermedad profesional.

4.- Establecidos en el Interés de la Sociedad

La Seguridad Social se aplica en atención a los seguros sociales que se establecen a favor de la sociedad. Sería absurdo que los seguros sociales se establecieran a favor de unos pocos y por eso los seguros sociales cubren los estados de necesidad de todos los habitantes de la República.

(AYUDANTE)

04 de Mayo de 2004

Seguro Obligatorio de Cesantía LEY 19.728

Naturaleza jurídica de remuneración, de tal manera que deben ser enteradas al momento del despido del trabajador.

Contingencia: Desempleo – Cesantía (No confundir con lo contenido en el D.F.L. N° 45 que habla sobre asignación familiar, maternal o subsidio por cesantía).

La Ley 19.728, que establece un Seguro Obligatorio de Cesantía, dice relación con la forma en como se cubren estas contingencias.

Régimen

ARTICULO 1° “Establecese un seguro obligatorio de cesantía, en adelante “el seguro”, a favor de los trabajadores dependientes regidos por el Código del Trabajo, en las condiciones previstas en la presente ley. El Seguro será administrado por una sociedad anónima denominada Sociedad Administradora de Fondos de Cesantía, en adelante Sociedad Administradora, que se regulará conforme a las disposiciones de la presente ley.”

Este seguro sólo considera a los trabajadores dependientes, regidos por el Código del Trabajo. No a los trabajadores del sector público ni a honorarios.

Desempleo: Persona que ha perdido su empleo.

Cesantía: Puede ser incluso aquél que nunca ha trabajado y busca hacerlo por primera vez.

Personas Protegidas

ARTICULO 2° “Estarán sujetos al Seguro los trabajadores dependientes que inicien o reinicien actividades laborales con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente ley.”

El inicio de la relación laboral de un trabajador no sujeto al Seguro generará la incorporación automática a éste y la obligación de cotizar en los términos establecidos en el artículo 5°.

Lo dispuesto en esta ley no regirá respecto de los trabajadores de casa particular, los sujetos a contrato de aprendizaje, los menores de 18 años de edad hasta que los cumplan y los pensionados, salvo que, en el caso de estos últimos, la pensión se hubiere otorgado por invalidez parcial.

La incorporación de un trabajador al Seguro no autorizará al empleador a pactar, ya sea por la vía individual o colectiva, una reducción del monto de las indemnizaciones por años de servicio contempladas en el artículo 163 del Código del Trabajo”.

Regla General: Personas dependientes regidas por el Código del Trabajo.
 Excepción: Personas contratadas por obra, trabajo o servicio determinado.

Esta disposición excluye a trabajadores de casa particular porque ellos tienen un seguro a todo evento, correspondiente al 4.11% que lo paga el empleador.

La ley establece que se beneficiarán todos aquellos trabajadores que ingresen a este sistema a contar de la promulgación de esta ley. Sin embargo, se estableció que aquellos trabajadores que se encontraban empleados con anterioridad a esta promulgación, basta que lo soliciten al empleador.

Personas Exceptuadas

ARTICULO 2° “Estarán sujetos al Seguro los trabajadores dependientes que inicien o reinicien actividades laborales con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente ley.

El inicio de la relación laboral de un trabajador no sujeto al Seguro generará la incorporación automática a éste y la obligación de cotizar en los términos establecidos en el artículo 5°.

Lo dispuesto en esta ley no regirá respecto de los trabajadores de casa particular, los sujetos a contrato de aprendizaje, los menores de 18 años de edad hasta que los cumplan y los pensionados, salvo que, en el caso de estos últimos, la pensión se hubiere otorgado por invalidez parcial.

La incorporación de un trabajador al Seguro no autorizará al empleador a pactar, ya sea por la vía individual o colectiva, una reducción del monto de las indemnizaciones por años de servicio contempladas en el artículo 163 del Código del Trabajo”.

- Trabajador de casa particular
- Trabajador con contrato de aprendizaje
- Menores de 18 años (hasta que los cumplan)
- Pensionados (salvo que lo estén por invalidez parcial)

Prohibiciones

ARTICULO 2° “Estarán sujetos al Seguro los trabajadores dependientes que inicien o reinicien actividades laborales con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente ley.

El inicio de la relación laboral de un trabajador no sujeto al Seguro generará la incorporación automática a éste y la obligación de cotizar en los términos establecidos en el artículo 5°.

Lo dispuesto en esta ley no regirá respecto de los trabajadores de casa particular, los sujetos a contrato de aprendizaje, los menores de 18 años de edad hasta que los cumplan y los pensionados, salvo que, en el caso de estos últimos, la pensión se hubiere otorgado por invalidez parcial.

La incorporación de un trabajador al Seguro no autorizará al empleador a pactar, ya sea por la vía individual o colectiva, una reducción del monto de las indemnizaciones por años de servicio contempladas en el artículo 163 del Código del Trabajo”. (1 mes por año de servicio, con tope de 11 años)

Prestaciones otorgadas por la Ley

ARTICULO 3° “Los trabajadores contratados a plazo o por obra, trabajo o servicio determinado, tendrán derecho a las prestaciones por término de contrato, en las condiciones específicas que establece para tales trabajadores la presente ley.”

Compatibilidad de derechos

ARTICULO 4° “Los derechos establecidos en esta ley son independientes y compatibles con los establecidos para los trabajadores en el Título V del Libro I del Código del Trabajo, sin perjuicio de lo establecido en el inciso segundo del artículo 13 de la presente ley.”

Causales de despido sin derecho a indemnización

ARTICULO 159 Código del Trabajo

ARTICULO 160 Código del Trabajo

Causales de despido con derecho a indemnización (mes por año; mes de aviso)

ARTICULO 161 Código del Trabajo

ARTICULO 171 Código del Trabajo

Financiamiento

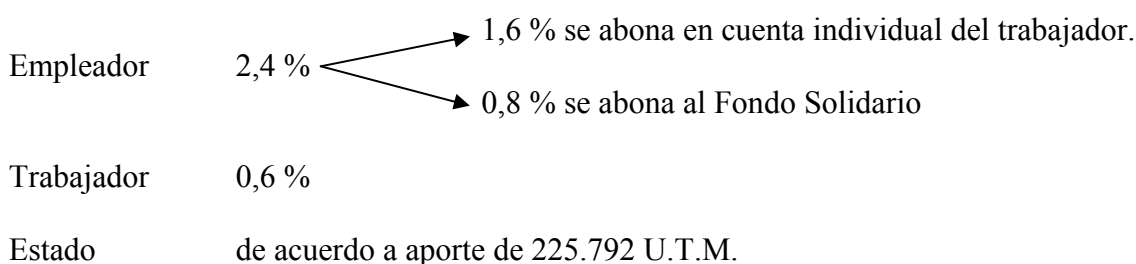
ARTICULO 5° “El seguro se financiará con las siguientes cotizaciones:

- a) Un 0,6% de las remuneraciones imponibles, de cargo del trabajador.
- b) Un 2,4% de las remuneraciones imponibles, de cargo del empleador
- c) Un aporte del Estado que ascenderá anualmente a un total de 225.792 Unidades tributarias mensuales, las que se enterarán en 12 cuotas mensuales de 18.816 unidades tributarias mensuales.

Para todos los efectos legales, las cotizaciones referidas en las letras a) y b) precedentes tendrán el carácter de previsionales.

El empleador deberá comunicar la iniciación o la cesación de los servicios de sus trabajadores a la Sociedad Administradora dentro del plazo de quince días contado desde dicha iniciación o término. La infracción a esta obligación será sancionada con multa a beneficio fiscal equivalente a 0,5 unidades de fomento, cuya aplicación se sujetará a lo dispuesto en el inciso sexto del artículo 19 del D.L. N° 3.500, de 1980.”

El carácter del financiamiento es tripartito:



El empleador está obligado a hacer el descuento del 2,4% durante 11 años desde que el trabajador se incorporó al sistema o desde que pidió al empleador que lo incorporara, a partir de los cuales esta cantidad baja a 0,8 % correspondiente al fondo solidario, el que está obligado a cotizar indefinidamente.

Obligación del empleador:

ARTICULO 5° “El seguro se financiará con las siguientes cotizaciones:

- a) Un 0,6% de las remuneraciones imponibles, de cargo del trabajador.
- b) Un 2,4% de las remuneraciones imponibles, de cargo del empleador.
- c) Un aporte del Estado que ascenderá anualmente a un total de 225.792 Unidades tributarias mensuales, las que se enterarán en 12 cuotas mensuales de 18.816 unidades tributarias mensuales.

Para todos los efectos legales, las cotizaciones referidas en las letras a) y b) precedentes tendrán el carácter de previsionales.

El empleador deberá comunicar la iniciación o la cesación de los servicios de sus trabajadores a la Sociedad Administradora dentro del plazo de quince días contado desde dicha iniciación o término. La infracción a esta obligación será sancionada con multa a beneficio fiscal equivalente a 0,5 unidades de fomento, cuya aplicación se sujetará a lo dispuesto en el inciso sexto del artículo 19 del decreto ley N° 3.500, de 1980.”

Está obligado a comunicar a la Administradora de Fondo de Cesantía la incorporación de un trabajador a este fondo, dentro de 15 días. Mismo plazo rige para comunicar el término del contrato. Este procedimiento es fiscalizado por la Dirección del Trabajo y la multa por incumplimiento es de 0,5 U.F. mensual.

Concepto de remuneración para esta ley

ARTICULO 6° “Para los efectos de lo dispuesto en la presente ley, se considera remuneración la señalada en el artículo 41 del Código del Trabajo. Las cotizaciones a que se refiere el artículo

anterior se calcularán sobre aquéllas, hasta el tope máximo equivalente a 90 unidades de fomento consideradas al último día del mes anterior al pago.”

ARTICULO 41° Código del Trabajo (Enumerativo no taxativo)

“Se entiende por remuneración las contraprestaciones en dinero y las adicionales en especie avaluables en dinero que debe percibir el trabajador del empleador por causa del contrato de trabajo. No constituyen remuneración las asignaciones de movilización, de pérdida de caja, de desgaste de herramientas y de colación, los viáticos, las prestaciones familiares otorgadas en conformidad a la ley, la indemnización por años de servicios establecida en el artículo 163 y las demás que proceda pagar al extinguirse la relación contractual ni, en general, las devoluciones de gastos en que se incurra por causa del trabajo.”

Trabajadores con 2 o más empleos

ARTICULO 7° “Si un trabajador desempeñare dos o más empleos, se deberán efectuar cotizaciones por cada una de las remuneraciones y, en cada una, hasta el tope a que se refiere el artículo precedente. La Sociedad Administradora deberá llevar saldos y registros separados en la Cuenta Individual por Cesantía a que se refiere el artículo 9°, en relación con cada uno de los empleadores del trabajador.”

Para estos efectos el trabajador deberá tener habilitadas dos cuentas en la A.F.C. (en caso que tenga 2 empleos).

Utilización del beneficio

ARTICULO 12° “Los afiliados tendrán derecho a una prestación por cesantía, en los términos previstos en este párrafo, siempre que reúnan los siguientes requisitos:

- a) Que el contrato de trabajo haya terminado por alguna de las causales señaladas en los artículos 159, 160 y 161, o por aplicación del inciso primero del artículo 171, todos del Código del Trabajo, con excepción de las causales N° 4 ó N° 5 del artículo 159 del mismo Código.
- b) Que registre en la Cuenta Individual por Cesantía un mínimo de 12 cotizaciones mensuales continuas o discontinuas, desde su afiliación al Seguro o desde la fecha en que se devengó el último giro a que hubieren tenido derecho conforme a esta ley.”

Incapacidad laboral transitoria

Ejemplo: Licencia Médica

En este caso el empleador no está obligado a concurrir con la remuneración. Por regla general la paga la Institución Previsional que cubre la contingencia de salud del trabajador. Sin embargo, en el caso del financiamiento de la contingencia por desempleo o cesantía, el empleador está obligado a concurrir con el 2,4% a pesar de la licencia médica.

Sin embargo, el monto que debe pagar el trabajador correspondiente al 0,6 % lo pagará FONASA o la ISAPRE a la A.F.C.

El empleador durante el tiempo que dure la licencia del trabajador y por ende la suspensión de su remuneración, deberá emitir planillas de pago sólo por el monto del aporte. (2,4%)

La acción para reclamar el pago de las cotizaciones no está dada al trabajador sino que a la Institución Previsional. Razón por la cual si hay un trabajador a quien no le han pagado sus cotizaciones debe dirigirse a la A.F.P. para que sea este organismo quien demande el pago.

Cuenta Individual Por Cesantía

ARTICULO 9° “La cotización prevista en la letra a) del artículo 5° y la parte de la cotización de cargo del empleador prevista en la letra b) del mismo artículo, que represente el 1,6% de la remuneración imponible del trabajador, se abonarán en una cuenta personal de propiedad de cada afiliado, que se abrirá en la Sociedad Administradora, la que se denominará “Cuenta Individual por Cesantía.

Estas cotizaciones deberán enterarse durante un período máximo de 11 años en cada relación laboral”.

Puede haber una o más de una, si el trabajador tiene más de un empleador.

Esta cuenta individual se integra:

1,6 % Que aporta el empleador durante los 11 años. Esto porque no se considera el 0,8 ya que este monto va al Fondo Solidario.

0,6 % Que aporta el trabajador

2,2 %

Estas cotizaciones tienen el carácter previsional, razón por la cual, al momento del despido deben estar enteradas a favor del trabajador. (Ley Bustos).

De igual forma, si el trabajador fallece, éste monto se constituye en herencia, por cuanto son capitales que pertenecen a su patrimonio personal.

Fiscalización, Multa y Procedimiento de Reclamo

Se realiza de acuerdo a lo que señala el Artículo 474° y 481° del Código del Trabajo.

Sanciones

ARTICULO 11° “Las cotizaciones que no se paguen oportunamente por el empleador o la entidad pagadora de subsidios, según el caso, en la Sociedad Administradora, se reajustarán considerando el período que va entre el último día del plazo en que debió efectuarse el pago y el día en que éste efectivamente se realice. Para estos efectos, se aumentarán considerando la variación diaria del índice de Precios al Consumidor mensual del período, comprendido entre el mes que antecede al anterior a aquel en que debió efectuarse el pago y el mes que antecede al mes anterior a aquél en que efectivamente se realice.

Por cada día de atraso, la deuda reajustada devengará un interés penal equivalente a la tasa de interés corriente para operaciones reajustables en moneda nacional a que se refiere el artículo 6° de la Ley N° 18.010, aumentado en un 20%. Con todo, a contar de los noventa días de atraso, la tasa antes referida se aumentará en un 50%.

Si en un mes determinado el reajuste e interés penal aumentado en la forma señalada en el inciso anterior, resultare de un monto inferior al interés que para operaciones no reajustables determine la Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras, o la rentabilidad nominal promedio de los últimos doce meses del Fondo de Cesantía integrado por las cuentas individuales, calculada por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, en ambos casos reajustados en un 20%, o en un 50% si han transcurrido los noventa días de atraso a que se refiere el inciso precedente se aplicará la mayor de estas dos últimas tasas, caso en el cual no corresponderá la aplicación de reajustes. La rentabilidad mencionada corresponderá a la del mes anteprecedente a aquél en que se devenguen los intereses y será considerada tasa para efectos de determinar los intereses que procedan. Se entiende por rentabilidad nominal de los últimos 12 meses del Fondo de Cesantía integrado por las Cuentas Individuales, al porcentaje de variación del valor promedio de la cuota de un mes de tal Fondo, respecto al valor promedio mensual de ésta en el mismo mes del año anterior. La forma de cálculo será determinada por la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones, mediante una norma de carácter general.

En todo caso, para determinar el interés penal, se aplicará la tasa vigente al día primero del mes anterior a aquél en que se devengue. El interés que se determine en conformidad a lo dispuesto en los incisos anteriores se capitalizará mensualmente.

La Sociedad Administradora estará obligada a seguir las acciones tendientes al cobro de las cotizaciones a que se refiere el artículo 5° de esta ley, que se encuentren adeudadas, más sus reajustes e intereses. Serán de su beneficio las costas de tal cobranza.

Los representantes legales de la Sociedad Administradora tendrán las facultades establecidas en el artículo 2° de la ley N° 17.322, con excepción de la señalada en el número 3° de la misma disposición legal.

Será aplicable, en lo pertinente, a los deudores a que se refiere este artículo, lo dispuesto en los artículo 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 11°, 12°, 14° y 18° de la Ley 17.322, para el cobro de las

cotizaciones, reajustes e intereses adeudados a la Sociedad Administradora. Dichos créditos gozarán del privilegio establecido en el N° 5 del artículo 2.472 del Código Civil.

A los empleadores que no enteren las cotizaciones que hubieren retenido o debido retener a sus trabajadores, les serán aplicables las sanciones penales que establece la ley N° 17.322.

Los reajustes e intereses a que se refiere este artículo, se abonarán en la Cuenta Individual por Cesantía del afiliado, o al Fondo Solidario, según corresponda.

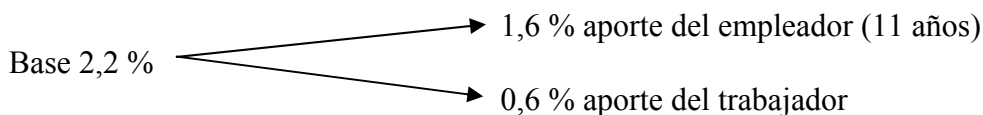
La prescripción que extingue las acciones para el cobro de estas cotizaciones, reajustes e intereses, será de cinco años y se contará desde el término de los respectivos servicios.

Las sanciones establecidas en este artículo, son sin perjuicio de las contenidas en la ley N° 19.361. Asimismo, la Sociedad Administradora estará obligada a despachar la nómina de empleadores morosos a la Dirección del Trabajo y a los registros de antecedentes comerciales y financieros que tengan por objeto proporcionar antecedentes públicos, siendo aplicables en este último caso las disposiciones de la ley N° 19.628”.

Prestaciones financiadas con la cuenta individual por cesantía

ARTICULO 12° “Los afiliados tendrán derecho a una prestación por cesantía, en los términos previstos en este párrafo, siempre que reúnan los siguientes requisitos:

- a) Que el contrato de trabajo haya terminado por alguna de las causales señaladas en los artículos 159, 160 y 161, o por aplicación del inciso primero del artículo 171, todos del Código del Trabajo, con excepción de las causales N° 4 ó N° 5 del artículo 159 del mismo Código.
- b) Que registre en la Cuenta Individual por Cesantía un mínimo de 12 cotizaciones mensuales continuas o discontinuas, desde su afiliación al Seguro o desde la fecha en que se devengó el último giro a que hubieren tenido derecho conforme a esta ley.”



Si se pone término por necesidad de la Empresa

ARTICULO 161° Inciso primero, Código del Trabajo

ARTICULO 161° Inciso segundo, Código del Trabajo

En ambos casos el trabajador podrá hacer hasta 5 giros de su cuenta individual.

En este caso el empleador puede imputar este monto. Pero sólo del 1,6 % que cotizó a la cuenta individual y no el porcentaje del Fondo Solidario.

ARTICULO 160° Código del Trabajo

ARTICULO 159° Código del Trabajo

En estos casos si el trabajador es despedido por causas objetivas o de caducidad, tiene derecho a retirar en forma de cuotas lo capitalizado individualmente.

Ejemplo:

Se despide a un trabajador y el empleador le adeuda	\$1.000.000
por indemnización pero el empleador sólo ha capitalizado	
a favor del trabajador	\$ 300.000
por concepto del 1,6%	

existe por tanto una diferencia a favor del trabajador de \$ 700.000

Además, el trabajador debe haber sido despedido por causa legal.

Retiro de los Fondos

ARTICULO 14° “Si el contrato de trabajo termina por aplicación de alguna de las causales señaladas en los números 1, 2 y 4 del artículo 159, en el artículo 160, o en el inciso primero del

artículo 171, todos del Código del Trabajo, el beneficio consistirá en el retiro de los fondos acumulados en la Cuenta Individual por Cesantía, en la forma dispuesta en el artículo siguiente.

ARTICULO 15° “Tratándose de trabajadores despedidos por alguna de las causales señaladas en el N° 6 del artículo 159 y en el artículo 161, ambos del Código del Trabajo, éstos tendrán derecho a realizar tantos giros mensuales de su Cuenta Individual por Cesantía como años de cotizaciones, y fracción superior a seis meses, registren desde su afiliación al Seguro o desde el último giro por cesantía, en ambos casos con el límite de cinco giros.

En el caso de los trabajadores que, conforme al inciso anterior, tengan derecho a un solo giro, el monto de éste corresponderá al total acumulado en la Cuenta Individual por Cesantía.

Para el caso de trabajadores que tengan derecho a más de un giro, el monto del primero de éstos se determinará dividiendo el saldo acumulado en la Cuenta Individual por Cesantía por el factor correspondiente, de aquellos que se indican en la segunda columna de la siguiente tabla:

Derecho a N° de giros	Factor
2	1,9
3	2,7
4	3,4
5	4,0

El monto del segundo, tercero y cuarto giro, corresponderá a un 90%, 80% y 70%, respectivamente, del monto del primer giro indicado en el inciso anterior. El monto del quinto giro corresponderá al saldo pendiente de la Cuenta Individual por Cesantía.

En el caso de los trabajadores que tuviesen derecho a menos de cinco giros, conforme a lo dispuesto en el inciso primero, el último giro al cual tengan derecho corresponderá al saldo pendiente de la Cuenta Individual por Cesantía.

No obstante lo anterior, en el caso de trabajadores que, cumpliendo con los requisitos establecidos en el artículo 24, hayan optado por recibir beneficios con cargo al Fondo de Cesantía Solidario, el monto de las prestaciones a las cuales tengan derecho se regirá por lo establecido en el artículo 25.

La prestación se pagará por mensualidades vencidas y se devengará a partir del día siguiente al del término del contrato.”

- Si el trabajador está despedido por Artículo 159° N° 1, 2 y 3 o 160, del Código del Trabajo, realiza 1 Giro y saca todo.
- Si está despedido por las causales del Artículo 159° N° 6 y 161°, realiza hasta 5 giros y saca todo.

Estos giros van disminuyendo proporcionalmente, de tal manera que el primer giro será por un monto similar a la remuneración que percibía el trabajador y el último giro, o sea el N° 5, será lógicamente inferior y corresponderá al saldo que el trabajador tenía en su cuenta. De esto se deduce que la protección que otorga esta Ley de Cesantía opera con toda su fuerza al principio de la contingencia.

Interrupción de los retiros

ARTICULO 16° “El goce del beneficio contemplado en los artículos 14 y 15 se interrumpirá cada vez que se pierda la condición de cesante antes de agotarse la totalidad de los giros a que se tenga derecho. En este evento, el beneficiario tendrá las siguientes opciones.

- a) Retirar el monto correspondiente a la prestación a que hubiese tenido derecho en el mes siguiente, en el caso de haber permanecido cesante.
- b) Mantener dicho saldo en la cuenta.

En ambos casos, el trabajador mantendrá para un próximo período de cesantía el número de giros no utilizados, siempre con el límite máximo de cinco giros. El saldo mantenido en la respectiva Cuenta Individual por Cesantía, incrementado con las posteriores cotizaciones, será la nueva base de cálculo de la prestación.

Las opciones que establece este artículo será aplicables a aquellos trabajadores que habiendo terminado una relación de trabajo, sean contratados en un nuevo empleo antes de haber devengado el primer giro de su cuenta individual por Cesantía a que tengan derecho, y para aquellos trabajadores que habiendo terminado una relación laboral mantengan otra vigente.”

Si el trabajador hizo el primer giro y luego encontró trabajo, tiene un derecho de opción:

- retirar
- guardar el fondo que se acumula para un próximo fondo de cesantía. Lo que quiere decir que si en un nuevo período tiene derecho a 5 giros, a estos se sumarían los que hubieren quedado como saldo del período anterior.

Derecho irrenunciable

ARTICULO 17° “Sin perjuicio de lo señalado en el inciso quinto del artículo 11, en el evento de no existir pago de cotizaciones, el trabajador tendrá derecho a exigir al empleador el pago de todas las prestaciones que tal incumplimiento le impidió percibir.

El derecho anterior se entiende irrenunciable para todos los efectos y no se opondrá al ejercicio de las demás acciones que correspondan.

La sentencia que establezca el pago de las prestaciones ordenará, además, a título de sanción, el pago de las cotizaciones que adeude el empleador con los reajustes e intereses que correspondan, de acuerdo al artículo 11, para que éstas sean enteradas en la Sociedad Administradora.”

Fallecimiento del trabajador

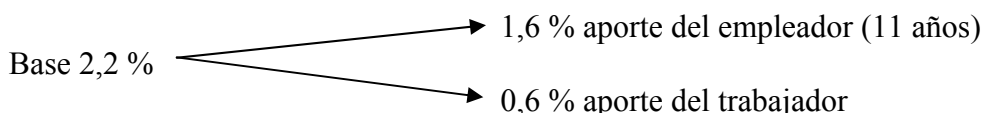
ARTICULO 18° “En caso de fallecimiento del trabajador, los fondos de la Cuenta Individual por Cesantía, se pagarán a la persona o personas que el trabajador haya designado ante la Sociedad Administradora. A falta de expresión de voluntad del trabajador, dicho pago se hará a las personas designadas en el inciso segundo del artículo 60 del Código del Trabajo.

Estos pagos se efectuarán bastando acreditar, por los beneficiarios, su identidad o el estado civil respectivo.”

Jubilación

ARTICULO 19° “Si un trabajador se pensionare, por cualquier causa, podrá disponer en un solo giro de los fondos acumulados en su Cuenta Individual por Cesantía.”

En este caso el trabajador sólo puede retirar lo capitalizado en su cuenta individual.



Derechos accesorios

- Régimen de salud (El Estado tiene la obligación de otorgar acceso al sistema de salud pública a todos los habitantes de la República que no sean empleados. Ej.: indigentes.)
- Asignación familiar

SEGUNDO GRUPO DE TRABAJADORES PROTEGIDOS

Trabajadores a plazo, obra o servicio determinado

En este caso desaparece el aporte del 0,6% y la obligación completa de pagar el 3% es por cuenta del empleador, la que se abonará íntegramente en la cuenta de capitalización individual del trabajador.

En este caso, el legislador orientó la norma hacia aquellos trabajadores con un contrato breve o precario.

Tienen derecho a un solo giro que es lo que establece la ley.

Fondo solidario

ARTICULO 23° “La restante cotización del empleador a que se refiere la letra b) del artículo 5°, esto es el 0,8% de las remuneraciones imponibles, y el aporte fiscal a que se refiere la letra c) del mismo artículo, ingresarán a un fondo denominado Fondo de Cesantía Solidario, que deberá

mantener la Sociedad Administradora, para los efectos de otorgar las prestaciones por cesantía, en conformidad a los artículos siguientes.”

Este fondo está constituido por el 0,8% de la cotización del empleador (monto que es parte del 2,4% total).

Está orientado a trabajadores mayores de 18 y menores de 65 años, que tengan a lo menos 12 cotizaciones.

El fondo solidario igualmente tiene carácter previsional

Para hacer uso de este seguro se pagará contra la presentación del finiquito o la comunicación de despido. En último caso bastará la certificación del Inspector del Trabajo respectivo.

(Fin Clase Ayudante)

11 de Mayo de 2004

LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL ESPACIO Y EN EL TIEMPO

En la aplicación de la ley se dan 2 situaciones:

- 1) Territorio en el cual se aplica
- 2) Tiempo intermedio entre la entrada en vigor y la derogación de la ley.

Regla General: La ley no rige situaciones anteriores a su vigencia, ni tampoco en territorio extranjero. Esto último es una norma de carácter civil consagrada por lo tanto en el Código Civil y al no referirse sobre esta materia la Constitución, se podría dar el caso de una norma que pudiera tener efecto retroactivo. Sin embargo, este tipo de leyes no es de ocurrencia frecuente.

Se plantean a este respecto 2 situaciones:

- a) La irretroactividad de la ley
- b) La aplicación de la ley en cuanto al territorio

Retroactividad e Irretroactividad de la Ley

- En cuanto al vigor de la ley se dan 2 situaciones:
 - 1) Que no rige situaciones jurídicas ni actos jurídicos que nacen y tienen efecto antes que la ley entre en vigor.
 - 2) De acuerdo a la relación jurídica y acto jurídico, aquellos que nacen antes de la ley antigua surgen efectos durante la vigencia de la ley nueva y en este caso hay una ley retroactiva. Cuando nos referimos a la ley retroactiva, en definitiva, estamos hablando de una ficción legal y por ende de una situación de preexistencia de la ley, que rige en el tiempo anterior a entrar en vigor.
- En cuanto a la ley de efecto inmediato (como afecta la retroactividad o irretroactividad)

Regla General: se cree o se piensa que la ley nueva es mejor que la antigua, porque soluciona deficiencias de la ley antigua y por lo tanto se van a regir por la nueva ley todas aquellas situaciones jurídicas que se generaron con la antigua ley.

Excepciones

En el Derecho Penal y en el Patrimonial no rige la irretroactividad

Derecho Penal: nadie puede ser juzgado ni condenado, sino es por una ley existente al momento de la comisión del delito, a menos que la nueva ley favorezca al afectado. (Principio de Legalidad o Reserva que implica el Principio de Pro Reo).

Derecho patrimonial: en este caso se requiere de expropiación por causa de utilidad pública, que debe ser declarada por ley, ya que en nuestro derecho la propiedad es inviolable.

La retroactividad es expresa y de derecho estricto, por lo cual debe ser sólo para el caso concreto.

Esto se soluciona siempre, a través de las disposiciones transitorias de la ley evitando con ello conflictos de tipo jurídico.

En Chile se aplica la teoría clásica que se refiere a 3 aspectos o situaciones de la ley:

- Derechos adquiridos
- Meras expectativas
- Facultades legales

Derechos Adquiridos: son los derechos incorporados al patrimonio de una persona y no es relevante el tiempo en que se hagan valer.

Ejemplo: derecho adquirido a pensión de jubilación de una persona que tiene más de 65 años. Aún cuando se dicte otra ley modificando esta situación, esa persona ya ha incorporado ese derecho en su patrimonio, por lo tanto, la nueva ley no lo afecta.

Facultades Legales: son el supuesto necesario para adquirir, tener y ejercer un derecho. Ejemplo: la mayoría de edad / el Testamento.

Meras Expectativas: es la esperanza de adquirir un derecho conforme a la ley vigente, cuando se dan los requisitos legales.

Retroactividad e Irretroactividad en Relación a la Seguridad Social

Los derechos a la Seguridad Social son derechos patrimoniales y no se pueden transmitir. Una vez adquiridos, se incorporan en el patrimonio de la persona. El derecho en la Seguridad Social nace al cumplirse los requisitos legales, ahora, la Resolución Administrativa sólo lo reconoce. (El derecho se adquiere por los requisitos). Esta Resolución tampoco constituye el derecho en sí.

Derechos concedidos o adquiridos

La ley retroactiva no los afecta. Por ejemplo la pensión de jubilación, adquirida que sea, se puede ver afectada por el impuesto, cotizaciones para salud, reajustes, etc. PERO la pensión misma no se verá afectada.

Derechos no concedidos con requisitos legales cumplidos para reclamar el derecho

- si la ley nueva suprime el derecho o impone nuevos requisitos, no afecta a quienes ya tenían los requisitos cumplidos.
- La ley nueva suprime beneficios, PERO otorga otros beneficios nuevos. En este caso hay sustitución de beneficios.
- La ley nueva mejora el beneficio o concede un beneficio nuevo mejor. En este caso el interesado o afectado puede reclamar ese beneficio mejor.

Derechos en curso de adquisición

No son otros que las meras expectativas, que constituyen la esperanza de adquirir un derecho de acuerdo a la ley vigente, pero que aún no se dan los requisitos previstos por el legislador para su consolidación.

INSTITUCIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL

- La Afiliación
- La Cotización
- El Financiamiento
- Las Prestaciones
- La Administración
- La Jurisdicción Contenciosa

La Afiliación: Es el Acto Jurídico por medio del cual un individuo se incorpora al régimen de Seguridad Social correspondiente. Como se trata de un Acto Jurídico, está destinado a crear, modificar o extinguir derechos y obligaciones.

Dentro de la afiliación existen también actos administrativos que reconocen el derecho.

Acto Administrativo: Son aquellos actos que crean, reconocen, modifican o extinguen situaciones jurídicas subjetivas, pero no en relación a cualquier situación jurídica subjetiva, sino aquella que es en relación al derecho público subjetivo.

Estamos hablando entonces al derecho de nombre que tiene cualquier individuo frente a la Seguridad Social, para exigir ante el ente administrador de la Seguridad Social, las prestaciones para su perfección, su bienestar y su beneficio propio.

Naturaleza Jurídica del Acto Administrativo: Este acto que reconoce la calidad de afiliado al sistema de Seguridad Social del individuo es un acto unilateral, porque no es un contrato como un Seguro Social.

Quien pide la afiliación:

- 1) El interesado
- 2) El empleador
- 3) El órgano administrativo de la seguridad social

Los actos administrativos son esencialmente formales porque deben garantizar la validez del acto y proteger los derechos del afiliado.

La formalidad del acto de Seguridad Social consiste en la inscripción del trabajador en el órgano administrador.

Si no hay inscripción no se reconoce el derecho y por lo tanto no hay afiliación.

Ley de Accidentes del Trabajo

Dice que existe afiliación por el solo ministerio de la ley. Pero no es automática, aún cuando la misma ley lo señala, debe existir un acto formal de afiliación.

Afiliación e Inscripción

La Afiliación es el acto administrativo de incorporar al trabajador al sistema

La Inscripción es la solemnidad y la forma de probarlo.

Pueden existir afiliaciones múltiples y paralelas.

Afiliación múltiple: se produce cuando determinado beneficio de la Seguridad Social se administran por organismos distintos. Existe el principio de uniformidad en el sentido que no debe haber un solo órgano de la seguridad social, sino que varios, que sumados todos cubren las prestaciones de la seguridad social. Ejemplo: en salud está FONASA, ISAPRES y Mutualidades. En pensiones AFP, INP, Caja Previsión de la Defensa Nacional.

El Principio de Uniformidad o Suficiencia se da en el sentido que todos ellos cubren la misma necesidad. Ejemplo: acceso a la salud.

Afiliación paralela: puede suceder que una persona esté afiliada a 2 órganos de Seguridad Social distintos, porque presta servicios en calidades jurídicas diferentes. Ejemplo: Abogado que ejerce libremente la profesión. Para el sistema de pensión se afiliará a A.F.P. PERO además, es abogado de la Fuerza Aérea de Chile, caso en el cual estará afiliado también a CAPREDENA.

Obligación de la afiliación

Se distingue si nace de la ley o del contrato de trabajo.

Opinión del Profesor Osmán Tobar “La ley determina la obligación legal de afiliación a los órganos de la Seguridad Social pertinentes. Pero el supuesto necesario para que nazca esa obligación legal es el Contrato de Trabajo. Se producen así dos situaciones diferentes al celebrar el contrato de trabajo:

- a) Contrato de Trabajo que genera obligaciones jurídica laborales.
 1. Feriado
 2. indemnizaciones
 3. gratificaciones
 4. remuneraciones

- b) Relaciones Jurídicas que nacen por mandato de la ley y que ligan al trabajador, al empleador y al órgano administrador de la Seguridad Social, en el aspecto en que hay que incorporar al trabajador en el sistema de Seguridad Social y mantenerlo allí.

La Cotización:

Según el concepto del profesor Patricio Novoa

“Es un tributo de derecho público, autónomo y afectado, exigido por la comunidad a empresas y trabajadores, cuando utiliza su poder de imperio para atender la gestión de los Servicios de Seguridad Social, establecidos en el interés general de la comunidad.”

Cuando el concepto señala que es *un tributo de derecho público*, actúa al mismo tiempo como derecho natural y positivo, está tipificado.

Cuando el concepto señala que es *autónomo y afectado*, quiere decir que no podemos incorporar la cotización *como impuesto, precio, seguro privado*. Sólo se refiere a la Seguridad Social y está destinado a cubrir estados de necesidad. No se puede destinar a otro fin.

Cuando el concepto señala que *es un principio exigido a la comunidad*, aborda el aspecto social.

Cuando señala a *empresas y trabajadores*, hace alusión a los 2 aspectos más importantes de la producción.

Cuando el concepto se refiere a la *Potestad de Imperio*, está indicando a que la soberanía está radicada en la Nación y ésta a su vez es entregada por el pueblo a las autoridades, de manera tal que cuando el legislador cumple su función lo hace bajo esta potestad.

La parte final del concepto se refiere a la solidaridad y la universalidad subjetiva.

Hecho tributable y Hecho cotizante

Hay una diferencia entre tributo que es igual a impuesto y cotización que es una parte obligada afectada.

Ejemplo: IVA no está afectado, es la necesidad de la Nación la que establece el destino de esos fondos. La cotización en cambio, está afectada y de acuerdo a la ley debe ser destinada a cubrir necesidades sociales y no otra cosa.

La ley tiende a identificar un concepto con otro, PERO son diametralmente distintos.

El Impuesto se paga

La Cotización se entera o integra.

Hecho Cotizable: es el Acto Jurídico que una vez acontecido, la ley obliga a enterar la cotización, dando origen a la obligación de cotizar.

Afecta al trabajador independiente y al trabajador dependiente.

El Acto Jurídico que origina el hecho cotizante en el trabajador dependiente es el Contrato de Trabajo.

El Acto Jurídico que origina el hecho cotizante en el trabajador independiente es la realización de un trabajo autónomo y la afiliación.

Sujetos que participan en el acto de cotizar

Sujeto Activo: que es el Estado y que lo hace a través de los órganos de la Seguridad Social como parte integrante del Poder Administrador del Estado.

Sujeto Pasivo: es el obligado a enterar la cotización que es el trabajador independiente y el dependiente. También como sujeto pasivo está el empleador quien debe retener, declarar y enterar la cotización.

La Ley 17.322, sobre cobranza de cotizaciones de seguridad social adeudadas, en su Artículo 3° inciso 2°, presume de derecho (no admite prueba en contrario), que por el hecho de haberse pagado las remuneraciones, las cotizaciones de seguridad social fueron retenidas.

Base de las Cotizaciones

Todos los ingresos del trabajador deben ser cotizables. Es decir, todos aquellos que se originan en virtud del contrato de trabajo.

Se excluyen las del Artículo 41° inciso segundo del Código del Trabajo.

ARTICULO 41° Código del Trabajo (Enumerativo no taxativo)

“Se entiende por remuneración las contraprestaciones en dinero y las adicionales en especie avaluables en dinero que debe percibir el trabajador del empleador por causa del contrato de trabajo.

No constituyen remuneración las asignaciones de movilización, de pérdida de caja, de desgaste de herramientas y de colación, los viáticos, las prestaciones familiares otorgadas en conformidad a la ley, la indemnización por años de servicios establecida en el artículo 163 y las demás que proceda pagar al extinguirse la relación contractual ni, en general, las devoluciones de gastos en que se incurra por causa del trabajo.”

Tope de Cotizaciones

Se cotiza sobre las remuneraciones del trabajador dependiente y sobre la renta del trabajador independiente.

El tope son 60 U.F. Sobre este monto se está exento.

Financiamiento

- Unipartito: las cotizaciones y los aportes son obligación del Estado o la Empresa. Esto es injusto puesto que sólo ellos contribuyen al financiamiento de la Seguridad Social. Con esto el empresario traslada el costo de la cotización a sus productos y en definitiva lo paga el trabajador – consumidor.
- Bipartito: las cotizaciones y los aportes son de la empresa y del trabajador. Este sistema es más equitativo, pero deja de lado al Estado.
- Tripartito: las cotizaciones y aportes son de los trabajadores, de los empleadores y del Estado.
 - Trabajador: A.F.P.; ISAPRE; FONASA
 - Empleador: Mutualidades para accidentes del trabajo.
 - Estado: Asignación familiar legal y el subsidio de cesantía (que no es lo mismo que seguro de desempleo).

18 de Mayo de 2004

Financiamiento: Se refiere a cómo se financia el sistema de Seguridad Social y cuales serán los ingresos que tendrá para otorgar las prestaciones.

REGIMEN DE REPARTO SIMPLE: Cada año equilibra las prestaciones y las entradas (cotizaciones, aportes, etc.). Este régimen que equilibra las entradas y las salidas, otorga las prestaciones de Seguridad Social y, además, paga los gastos de administración del sistema.

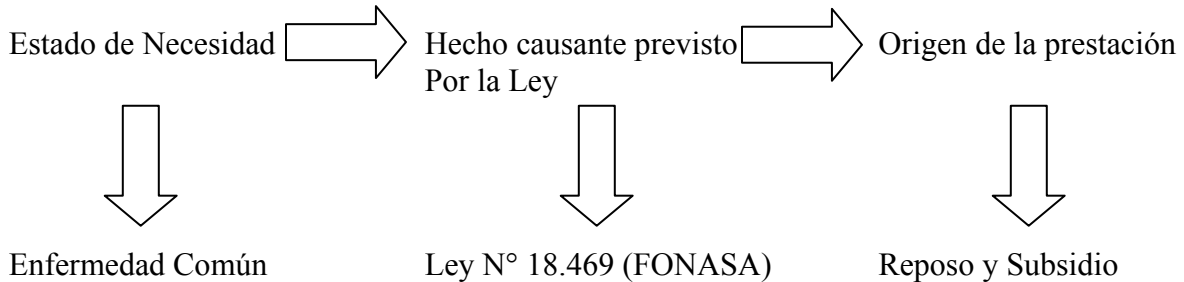
REGIMEN DE REPARTO CON RESERVA DE EVENTUALIDADES: Es lo mismo que el reparto simple, PERO a este fondo se agrega la creación de un fondo adicional que se llama “Reserva de Eventualidades”. Cubre estados de necesidad no previstos. Opera en prestaciones de corto plazo. Por ejemplo: maternidad, cesantía, hospitalización, medicamentos, etc.

CAPITALIZACIÓN: Es todo lo que aportan los afiliados y que se invierte en el mercado. Esa inversión inicial más los reajustes obtenidos va a cubrir las prestaciones. Así cada generación financia sus pensiones y no grava a las generaciones futuras.

CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL: Son las cotizaciones, aportes, ahorro voluntario de un afiliado al Sistema, que se asemejan a los seguros privados en donde cada uno asegura su propio riesgo. En este caso tenemos las A.F.P. en donde se asegura el propio riesgo de vejez.

CAPITALIZACIÓN COLECTIVA: Todas las cotizaciones y aportes van a una sola cuenta o ente administrador, y este ente otorga las prestaciones que corresponden. Es lo que ocurría con las antiguas cajas de previsión, con las pensiones, con la salud, etc.

Prestaciones: (La Seguridad Social cumple una función pública y la consecuencia es que se crea un vínculo jurídico entre la Sociedad y el Afiliado y sus cargas. Como el afiliado con sus ingresos no puede cubrir el estado de necesidad, entra a cubrirlo la sociedad. El estado de necesidad, por ejemplo la enfermedad común, se basa en el hecho causante previsto por la ley; y este estado de necesidad con este hecho causante, da origen a la prestación, que es el subsidio y el reposo.



CLASES DE PRESTACIONES

- 1) **Prestaciones de Dinero:** Impiden que los ingresos se corten. Si esto no existiera se generaría un vacío temporal en la percepción de los ingresos. Ejemplo: las pensiones, el subsidio por incapacidad laboral, el seguro de desempleo, etc.
- 2) **Prestaciones en Especie:** Leche, alimentos, desayuno y almuerzo escolar.
- 3) **Prestaciones en Servicio:** Hospitalización, operaciones, rehabilitaciones, consultas médicas, reeducación, reinserción, etc.

Requisitos para solicitar las prestaciones

- Estar afiliado a un sistema de previsión social
- Cotizar y tener una afiliación mínima (Ejemplo: Mujer embarazada)

LEY 18.469 QUE REGULA EL EJERCICIO CONSTITUCIONAL A LA PROTECCIÓN DE SALUD Y CREA UN REGIMEN DE PRESTACIONES DE SALUD.

- 1) Derecho a la salud (Art. 19 N° 9 C.P.R.). ARTICULO 1° “Comprende: (
 - a. El libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud;
 - b. Acciones cuya finalidad es rehabilitar a la persona;
 - c. Poder elegir el sistema estatal o privado para pedir las prestaciones de salud (hay libre elección)
- 2) Sistema nacional de servicios de salud. ARTICULO 2° y 3°
 - a. No se puede negar atención a quien lo solicite
 - b. No se puede condicionar la atención médica a un pago previo de tarifas o aranceles.
 - c. Las personas no afiliadas al régimen pueden pedir las prestaciones que da FONASA pagando el arancel que fija el Ministerio de Salud. (Art. 26 y 28)
- 3) Régimen de prestaciones de salud. ARTICULO 4°
 - a. Establece un sistema de salud
 - b. Le otorga a los afiliados al sistema de salud las acciones de salud en las condiciones que la ley señala.

- 4) Afiliados. ARTICULO 5°
- a. Trabajadores afiliados del sector público y privado.
 - b. Trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión
 - c. Cualquier persona que cotice en cualquier régimen legal de previsión como imponente voluntario.
 - d. Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o subsidios de cesantía o incapacidad laboral.
- 5) Beneficiarios. ARTICULO 6°
- a. Los afiliados del Art. 5°
 - b. La mujer embarazada aunque no sea afiliada o beneficiaria
 - c. El niño hasta los 6 años
 - d. Las personas carentes de recursos o indigentes
 - e. Las personas que gocen de pensión asistencial del D.L. N° 869
 - f. Los pensionados
 - g. Los que estén en goce de subsidio de cesantía o de incapacidad laboral.
- 6) Incorporación automática al sistema. ARTICULO 7° y Desafiliación. ARTICULO 25°
- a. Se produce en forma automática al adquirir cualquiera de las calidades del Artículo 5° o 6°
 - b. La desafiliación se produce en cualquier momento para ingresar a una ISAPRE.
 - c. Al término del contrato con una ISAPRE se vuelve automáticamente al régimen de FONASA.
- 7) Cotizaciones. ARTICULO 7°
- a. Se cotiza al Fondo Nacional de Salud, las cotizaciones que establece los D.L.
 - i. N° 3.500 7%
 - ii. N° 3501 Régimen de cajas de previsión antiguas, lo que es hoy INP.

25 de Mayo de 2004

- 8) Prestaciones Médicas. ARTICULO 8° al 17° bis
- a. El Embarazo
 - b. Atención Dental
 - c. Medicina Preventiva
 - d. Medicina Curativa
 - i. Medicina Preventiva. ARTICULO 8° letra a) y 15°. Este examen de medicina preventiva es gratis y está destinado a pesquisar la tuberculosis, el glaucoma, el cáncer, las enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, sida, herpes genitales, hepatitis b), la insuficiencia renal, hipertensión, cardiopatías, diabetes y todas aquellas enfermedades que el Ministerio de Salud determine que pesquisándolas en su etapa precoz hagan que su desarrollo no sea irreversible.
 - ii. Medicina Curativa. ARTICULO 8° letra b). Incluye consultas médicas, exámenes, procedimiento de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos, hospitalización, obstetricia, tratamientos, medicamentos del formulario nacional.
 - iii. Atención Odontológica. ARTICULO 8° letra c) y 33° del Reglamento D.S. 369. esta atención considera:
 1. Atención general e integral
 2. atención de fomento
 3. atención de protección
 4. atención recuperativa
 5. atención rehabilitadora

- iv. Embarazo. ARTICULO 9° Y 15°. Considera atención de parto, protección durante el embarazo y hasta el 6° mes de nacido el hijo. Comprende el control del embarazo y el puerperio (mujer recién parida hasta las 12 semanas). Todo esto es gratis. Para el recién nacido el derecho a la salud es gratis hasta los 6 años de edad.
 - v. Trabajadores Independientes. ARTICULO 17° bis. Deben tener cotizaciones continuas o discontinuas de 6 meses durante los últimos 12 meses anteriores a la fecha de solicitar la prestación. Si no tiene este requisito no se niega el acceso a la salud pero tiene el tratamiento de un indigente, caso en el cual no accede a prestaciones pecuniarias.
 - vi. Personas Carentes de Recursos o Indigentes. ARTICULO 17°. Hay que distinguir prestaciones médicas y pecuniarias. Los medios son otorgados en su totalidad, pero no tienen derecho a prestaciones pecuniarias.
- 9) Otorgamiento de las prestaciones. ARTICULO 11°, 12° y 13°.
- a. A través de los Servicios e Instituciones que dependen del Ministerio de Salud (Hospitales Estatales)
Con los recursos físicos y humanos del servicio (médicos, enfermeras, hospitalizaciones.)
Organismos Públicos y Privados con quienes FONASA haya celebrado convenios (el enfermo o paciente puede elegir el establecimiento público para la atención y dentro de esto al médico o profesional de la salud).
 - b. Modalidad de libre elección. ARTICULO 12° y 13°.
 - i. Los afiliados y beneficiarios pueden elegir libremente el establecimiento de salud y profesional que los atienda. Sin embargo, no es cualquiera de ellos, sino que hay requisitos.
 - ii. Los establecimientos y profesionales que se puedan elegir como libre elección deben suscribir un convenio con FONASA. Además, deben inscribirse en alguno de los grupos del ROL que lleva FONASA. (Ejemplo: ROL en medicina y atención dental en la medida que haya posibilidad). Los grupos en los cuales se puede inscribir son el N° 1 (grupo básico), N° 2 y N° 3.
 - iii. Prestaciones de libre elección son consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstetricia, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos y otros que determine el Ministerio de Salud.
 - iv. Los profesionales de los establecimientos de salud que están inscritos en el ROL sólo pueden cobrar el arancel de FONASA establecido para cada grupo. (1, 2 o 3)
 - c. Emergencias y Urgencias. ARTICULO 11° inciso final. Hay un Reglamento del Ministerio de Salud que determina cuales son este tipo de atenciones. Cuando ocurre esta atención debe ser certificada por un médico cirujano. El que presta la atención pública o privada, no puede exigir cheque u otro instrumento financiero para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma la atención. FONASA paga directamente al prestador público o privado las prestaciones que otorgó a su beneficiario. (En este caso, por ejemplo si un tercero traslada a un beneficiario para que reciba atención de urgencia o emergencia a un Establecimiento de Salud, éste tercero no debe pagar la cuenta por atención ya que para estos efectos el Establecimiento de Salud debe entenderse con FONASA).

ATENCIÓN MEDICA DE URGENCIA O EMERGENCIA Decreto Supremo N° 369 y 896.

De estos documentos se rescata una definición “Toda prestación o conjunto de prestaciones que se otorga a una persona que se encuentre en condición de salud o cuadro de emergencia o urgencia”.

Es toda condición o cuadro clínico que implique riesgo vital o secuela funcional grave para una persona de no mediar atención médica inmediata o impostergable.

El estado de emergencia o de urgencia lo determina el médico cirujano y debe certificar el diagnóstico en una declaración escrita, en una unidad médica pública o privada.

Tiene que existir una ficha clínica que contenga el nombre completo, RUN, situación previsional en materia de salud (ISAPRE O FONASA), el motivo de la consulta, el diagnóstico, la fecha y la hora.

En la Emergencia NO hay riesgos vital.

En la Urgencia SI hay riesgo vital.

(Ejemplo: La Consulta de Emergencia es cuando el fin de semana ocurre un accidente en que un niño se accidenta un ojo con una astilla, pero no hay riesgo de muerte.)

Paciente Estabilizado: Es aquél que se encontraba en un estado de emergencia o de urgencia y se han estabilizado sus signos vitales quedando en condiciones favorables (sin riesgo de vida) para ser trasladado a otra unidad del establecimiento, a otro establecimiento o a su casa.

01 de Junio de 2004

10) Prestaciones Pecuniarias

- a. Afiliados Dependientes e Independientes. ARTICULO 18°. Tienen subsidio por incapacidad laboral total o parcial, de acuerdo al D.F.L. 44-78, salvo por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales. (tienen un subsidio diferente).
- b. Maternidad. ARTICULO 19°. Tienen descanso maternal del Código del Trabajo. Tienen subsidio de maternidad del D.F.L. 44-78
- c. Incompatibilidad. ARTICULO 24°. Las prestaciones pecuniarias son incompatibles entre sí y con las prestaciones pecuniarias de la Ley 16.744 sobre accidentes del trabajo; también son incompatibles con el subsidio de cesantía.

11) Financiamiento de las prestaciones médicas por el beneficiario. ARTICULO 27° y 28°

- a. Con los recursos que establecen las leyes.
- b. Con tarifas que pagan los beneficiarios y los no beneficiarios según el arancel que fija el Ministerio de Salud y el de Hacienda, a proposición de FONASA. ART. 31°, 70° y 71° del D.S. 368.

Préstamos

Los afiliados pueden solicitar a FONASA un préstamo para financiar en forma total o parcial el co-pago.

El préstamo es con cargo al fondo de prestaciones médicas.

Préstamos en caso de atenciones de Urgencia o Emergencia

Hay aquí una presunción legal: se entiende que FONASA otorgó un préstamo para el co-pago. Si transcurridos 30 días desde que FONASA pagó la urgencia o emergencia, el afiliado no la ha pagado al fondo de prestaciones médicas el monto pagado por FONASA se podrá exigir su pago de acuerdo a lo siguiente:

- el monto total por el afiliado de una sola vez
- en cuotas que son reajustables de acuerdo al IPC y se pagan en cuotas iguales y sucesivas que no pueden exceder del 10% del ingreso declarado en la solicitud del préstamo.

Excepción:

En caso de atenciones de urgencia o emergencia las cuotas no pueden exceder del 5% del ingreso declarado en la solicitud del préstamo.

El empleador u organismo que paga la remuneración o pensión está obligado a retener y enterar las cuotas dentro de los 10 primeros días siguientes en que se devengan las remuneraciones.

ARTICULO 103° Reglamento D.S. 369

El Director del establecimiento y el Director del Servicio de Salud, pueden condonar, en casos calificados, total o parcialmente el pago del afiliado.

12) Clasificación de los Afiliados. ARTICULO 29° y 62° D.S. 369. El afiliado paga directamente en proporción al arancel y al grupo que pertenezca.

a. GRUPO A:

- i. Los indigentes o carentes de recursos
- ii. Los beneficiarios de pensiones asistenciales del D.L. 869, que introdujo el concepto de familias extendidas (todos los que viven bajo un mismo techo permanentemente).
- iii. Los causantes del subsidio familiar de la Ley 18.020.

FONASA financia el 100% del valor arancelario de las prestaciones a este grupo, PERO sólo tienen acceso a prestaciones médicas y NO pecuniarias.

b. GRUPO B:

- i. Los afiliados cuyo ingreso mensual no exceda de un ingreso mínimo aplicado a los trabajadores mayores de 18 y menores de 65 años.

FONASA financia el 100% del valor arancelario de las prestaciones.

c. GRUPO C:

- i. Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable al trabajador mayor de 18 y menor de 65 años y no excede de 1,46 veces de dicho monto.

Excepción:

Si del afiliado dependen 3 o más beneficiarios, se les considera Grupo B.

FONASA financia un porcentaje no inferior al 75% del valor arancelario de las prestaciones.

d. GRUPO D:

- i. Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior a 1,46 veces el ingreso mínimo mensual aplicable a trabajadores mayores de 18 y menores de 65 años hasta con 2 beneficiarios.

Excepción:

Si del afiliado dependen 3 o más beneficiarios, se les considera Grupo C.

FONASA financia un porcentaje no inferior a un 50% del valor arancelario de las prestaciones.

29 de Junio de 2004

AYUDANTE

D.F.L. N° 44 Subsidios por Incapacidad Laboral de Trabajadores del Sector Privado (Licencias Médicas y Maternales). Por esta norma se rigen FONASA, ISAPRES y C.C.A.F.

Hay que distinguir entre accidentes comunes y enfermedades comunes de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Todas ellas son incapacidades laborales, pero tienen distinto origen.

1) Origen de la Norma.

ARTICULO 11° del D.L. 2062 de 1977, que establece que se faculta al Presidente de la República para dictar normas que regulen todo lo que tiene que ver con la administración de subsidios por enfermedades y cesantía, y otras prestaciones, pero excluyó los subsidios por vejez y de antigüedad. Ello, porque de lo contrario se habría generado una instancia de competencia para las A.F.P.

2) Normas Comunes.

(ARTICULO 1° D.F.L. 44, inciso primero). Se establecen estas normas para los trabajadores del sector privado.

La Ley 18.469 de 1986, derogó, entre otras cosas, toda aquella normativa que decía relación con el sistema previsional, pero dejó exenta de esta derogación a la Ley 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

El párrafo segundo de la ley 18.469 que abarca del Artículo 18 al 24, establece normas sobre prestaciones pecuniarias.

El Artículo 18 establece que cuando se trata de **trabajadores independientes**, para tener acceso a los subsidios por incapacidad (licencia médica), debe acreditar:

- 12 meses de afiliación
- 6 meses de cotizaciones continuos o discontinuos en los 12 meses anteriores.
- Estar al día en los pagos de cotizaciones previsionales

Observación: Para tener derecho al pago de licencia médica no basta estar pagando el porcentaje por concepto de salud, sino que además debe estar pagando lo correspondiente a cotización previsional en la A.F.P.

El Artículo 19° de la Ley 18.469 se pronuncia sobre el descanso de maternidad. Esta materia estaba tratada en el D.L. 2200, pero fue derogada y dicha materia se incorporó en el Código del Trabajo.

El Artículo 20° de la Ley 18.469 señala las entidades que administran los subsidios por incapacidad:

C.C.A.F. (caja de compensación y asignación familiar)

FONASA (Fondo Nacional de Salud)

ISAPRES (Instituciones de salud previsional)

El Artículo 1° inciso 3°, señala que estos mismo beneficios se extienden a los trabajadores dependientes del Estado, de las Empresas del Estado y de las Municipalidades, incorporando así a los trabajadores del sector público.

3) Efectos Previsionales.

Sin imponibles para efectos de salud, PERO no se consideran renta (por el solo mandato de la ley). Art. 2 Y 3 D.F.L. 44.

4) Requisitos Para Acceder al Subsidio **trabajadores dependientes**

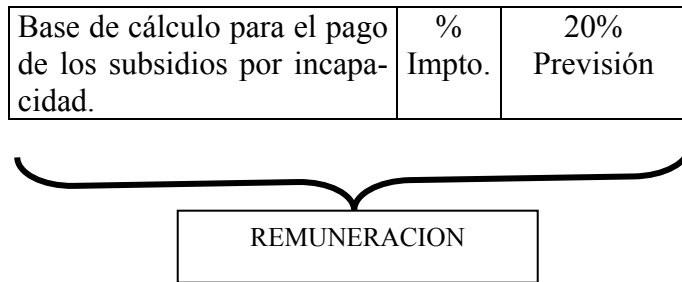
ARTICULO 4 Y 6

- 6 meses de afiliación mínimo
- 3 meses de cotización dentro de los 6 meses

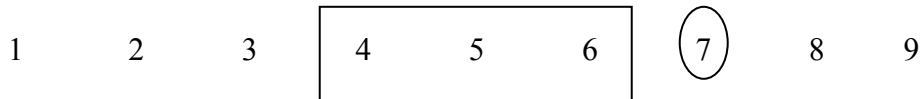
5) Bases de Cálculo Para Licencias y Enfermedades Comunes

ARTICULO 7 y 8

- Define remuneración neta
- Se paga sobre remuneración imponible menos el concepto por impuesto.



Base de Cálculo para las Licencias Maternales: se calcula sobre los 3 meses anteriores al 7° mes precedente al del inicio a la Licencia.



Este promedio se divide por 90, se aumenta en un 100%, se aumenta el IPC de los 7 meses anteriores, se aumenta el 10% y eso otorga la cantidad a pagar.

Hay Normas Comunes que encontramos para ambos sistemas de base de cálculo en el mismo Artículo 7 y 8.

6) Otras Remuneraciones no incluidas en la Base de Cálculo

ARTICULO 10, 11 y 12.

7) Forma de Devengar el Subsidio

ARTICULO 13 Y 14

- Por día. (Para las ISAPRES)
 - i. Se devenga desde el primer día si mayor a 10
 - ii. Se devenga desde el cuarto día si menor a 10
- Para FONASA, en cambio, se devengan todos los días.

8) Duración de los Subsidios

ARTICULO 15.

Hasta el término de la Licencia Médica, aún cuando haya terminado el contrato de trabajo.

9) Monto Diario del Subsidio

ARTICULO 16, 17 y 18

10) Pago de los Subsidios

Universidad Bernardo O'Higgins / Apuntes de la Cátedra de Seguridad Social, tomados de las Clases del
Profesor Osmán Tobar, preparados por AGM y AMS año 2004

ARTICULO 19, 20 Y 21

11) Pago de Cotizaciones durante el Subsidio
ARTICULO 22

12) Pago por Administración del Subsidio
ARTICULO 23 Y 24

13) Incompatibilidades de Subsidio
ARTICULO 25 Y 26

PENSIONES ASISTENCIALES D.L. 869 de 1975

Establece régimen de pensiones asistenciales para ancianos e inválidos carentes de recursos. Apunta a proteger la contingencia de desamparo.

Titulares ARTICULO 1° inciso 1°

- Personas Invalidas
- Personas mayores de 65 años

Requisitos (inciso primero)

- Que carezcan de recursos
- Residencia mínima 3 años en el país.

Concepto de Inválido (Art. 1° inciso segundo)

Para los efectos de esta ley se considera inválido al mayor de 18 años que en forma presumiblemente permanente está incapacitado.

Declaración de Invalidez (Art. 1° inciso segundo)

Lo hace el servicio de salud respectivo a través de la Comisión Médica de Pensión de Invalidez COMPIN.

Concepto de Carente de Recursos (Art. 1° inciso tercero)

Es aquél que no tiene ingreso propio y si lo tiene debe ser inferior al 50% del ingreso mínimo.

Otorgamiento (Art. 2° inciso primero y segundo)

Lo otorgan los Intendentes Regionales

Pago (Art. 2° inciso cuarto)

I.N.P.

Extinción (Art. 1° inciso cuarto y quinto)

- muerte
- pérdida de requisitos
- no cobro del beneficio durante 6 meses continuos
- no actualización de datos ante la Intendencia

Monto de la Pensión (Art. 3°)

1/3 de la pensión mínima

¿Desde cuando se paga? (Art. 4°)Incompatibilidades (Art. 5°)Derechos Conexos (Art. 6°, 7° y 12°)Financiamiento (Art. 8°, inciso primero)

Limitación del Aporte (Art. 8° inciso segundo)

Número de Pnesiones (Art. 8° inciso tercero y cuarto)

Sanción Penal (Art. 9°)

Fiscalización y Administración Financiera (Art. 8° inciso final y Art. 10°)

6 de Julio de 2004

ACCIDENTES DEL TRABAJO

Ley 16.744, Ley del Seguro Social contra riesgos y Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Personas Protegidas: ART. 2°; 3° y 5° inciso 3°

Beneficiarios:

- ❑ Trabajadores por cuenta ajena, no importando si labores son manuales, intelectuales, físicas, etc. incluidos los trabajadores de casa particular y los aprendices.
- ❑ Funcionarios Públicos de la Administración Civil del Estado
- ❑ Funcionarios Municipales
- ❑ Instituciones administrativamente descentralizados del Estado
- ❑ Estudiantes que deban ejecutar trabajos que signifiquen una fuente de ingresos para el respectivo plantel.
- ❑ Trabajadores independientes y trabajadores familiares
- ❑ Estudiantes de establecimientos fiscales o particulares por los accidentes que sufran con ocasión de sus estudios o en la realización de su práctica profesional.

La afiliación al sistema es automática.

Concepto del accidente del Trabajo

ARTICULO 5° inciso primero “Para los efectos de esta ley se entiende por accidente del trabajo **toda lesión** que una persona sufra a **causa o con ocasión** del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. Son también accidentes del trabajo los ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar del trabajo.”

Requisitos o elementos (se deducen del mismo concepto)

Lesión: No define la ley, pero el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define daño o menoscabo corporal ocasionado por alguna herida o golpe, enfermedad o dolencia. Daño en sentido amplio está definido como corporal o mental.

Debe ser producto de un agente externo: derrumbe, choque, caída. Debe ser de efecto inmediato o súbito y la causa debe ser repentina y violenta. Chile no contempla lo inmediato o súbito en materia de accidentes del trabajo en su legislación (aún cuando en la práctica sea evidente que existe. Ejemplo shock por agua fría después de haberse duchado en la faena del carbón; la bronconeumonía adquirida en el trabajo, la picada de araña de rincón o de trigo.)

Relación causal u ocasional entre el trabajo y la lesión: debe ocurrir a causa o con ocasión del trabajo. La causa es la razón inmediata y directa de la lesión y ocurre dentro de su trabajo y n el lugar donde se ejecuta ese trabajo. La lesión la produce un hecho conexo con el trabajo pero vinculado a él.

La ley de accidentes del trabajo exige una relación trabajo y lesión ocasional, con lo cual amplía los accidentes del trabajo y llega de esta manera a cubrir la fuerza mayor.

Así la Corte Suprema ha señalado que un naufragio es un accidente del trabajo para los tripulantes de la nave. Un sismo también.

Sin embargo, hay hechos de la naturaleza que pueden prevenirse.

Incapacidad o muerte del trabajador: El accidente del trabajo SIEMPRE se califica por el resultado, es decir, incapacidad o muerte del trabajador. Incapacidad en cuanto a la duración no tiene límites (tiene que haber estado incapacitado un tiempo)

Accidente Concausal: es aquél en que la lesión tiene efectos más graves, debido a una o más concausas. Ejemplo: persona que limpia un pozo en una parcela y cae dentro de él, ahí se configura el accidente del trabajo. Sin embargo, con los golpes en las paredes, el choque en el fondo y el hecho de permanecer en el agua fría le origina una serie de otros trastornos asociados, que dan paso al accidente concausal.

Accidente con Causa Sobrevenida: son los que aparecen con posterioridad al accidente, pero están relacionados con el tratamiento o con el accidente mismo. Ejemplo: accidentado que fallece por tratamiento médico equivocado, hospitalizado en el lugar inadecuado, etc. Son tantos como sea posible imaginar. No tienen límites, salvo que operen las normas de prescripción.

Accidente debido a Actos de Terceros: puede ser estos terceros compañeros de trabajo, extraños o puede ser un acto o hecho del empresario. En estos 3 casos la conducta puede ser lícita, culpable o dolosa. En estos casos el órgano administrador puede repetir al organismo que está administrando lo relacionado con este accidente de trabajo.

Accidente debido a Hecho o Acto propio del Afectado:

- Accidente por imprudencia profesional: ARTICULO 70° “Si el accidente o enfermedad ocurre debido a negligencia inexcusable de un trabajador, se le deberá aplicar una multa, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 68, aun en el caso de que él mismo hubiere sido víctima del accidente. Corresponderá al Comité Paritario de Higiene y Seguridad decidir si medio negligencia inexcusable.”
- Accidente en Estado de Ebriedad, configuran igualmente un accidente del trabajo pero también hay responsabilidad subyacente del superior que lo admite en la faena.

Accidentes Intencionales:

- Suicidios
- Auto mutilaciones

En estos casos el peso de la prueba recae en el organismo administrador.

Accidentes asimilados a los Accidentes del Trabajo

Son aquellos que propiamente corresponden a un accidente del trabajo pero no son tales:

Inintinere. ARTICULO 5° inciso segundo “Son también accidentes del trabajo los ocurridos en el **trayecto directo**, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar del trabajo.” (se refiere por habitación al domicilio)

Este trayecto casa – trabajo – casa, debe ser el habitual y racional, sin desvíos por causas personales. Este hecho se debe acreditar por medios válidos (Carabineros, testigos, etc.)

Accidente en Actos de Salvamento

Ejemplo los que realiza Bomberos. En Chile, sin embargo, no se contemplan.

Accidentes sufridos por Estudiantes

ARTICULO 2° letra c) Estarán sujetas, obligatoriamente, a este seguro, las siguientes personas:

- c) Los estudiantes que deben ejecutar trabajos que significan una fuente de ingreso para el respectivo plantel;

En este caso, la afiliación y la cotización la hace el establecimiento educacional en el Instituto de Normalización Previsional (INP) o en una mutualidad.

ARTICULO 3° “Estarán Protegidos también, todos los estudiantes de establecimientos fiscales o particulares por los accidentes que sufran con ocasión de sus estudios o en la realización de su práctica educacional.

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

Derechos:

- Asistencia médica completa y gratuita
- Rehabilitación
- Pensión por invalidez total
- Prestaciones pecuniarias por invalidez parcial
- Cuota mortuoria DFL 90

Beneficios que otorga INP o FONASA.

Accidentes sufridos por Dirigentes Sindicales

ARTICULO 5° inciso tercero “Se considerarán también accidentes del trabajo los sufridos por dirigentes de instituciones sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales.”

Cuando están actuando como dirigente sindical, en el lugar de trabajo o fuera de él, pero relacionado directamente con las labores gremiales.

Accidentes por Pérdida de Prótesis

ENFERMEDADES PROFESIONALES

Concepto

ARTICULO 7° inciso primero “Es enfermedad profesional la **causada de una manera directa** por el **ejercicio de la profesión o el trabajo** que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte.”

Requisitos o elementos:

- Alteración de la salud
- Relación directa de causa a efecto entre enfermedad y trabajo
- Que haya incapacidad o muerte del trabajador. Incapacidad se refiere a que exista un daño.
- Enfermedad debe estar contemplada en la lista respectiva. ARTICULO 7° inciso segundo “El reglamento enumerará las enfermedades que deberán considerarse como profesionales. Esta enumeración deberá revisarse, por lo menos cada tres años.”
- El trabajador debe probar la relación directa entre enfermedad y trabajo, cuando la enfermedad no está incluida en la lista. ARTICULO 7° inciso tercero “Con todo, los afiliados podrán acreditar ante el respectivo administrador el carácter profesional de alguna enfermedad que no estuviere enumerada en la lista a que se refiere el inciso anterior y que hubiesen contraído como consecuencia directa de la profesión o del trabajo realizado. La resolución que al respecto dicte el organismo administrador será consultada ante la Superintendencia de Seguridad Social, la que deberá decidir dentro del plazo de tres meses con informe del Servicio Nacional de Salud.”

Las enfermedades profesional se califican desde el momento del diagnóstico.

Ejemplo: digitadora generalmente se produce tendinitis y pasará a ser accidente del trabajo desde que el médico la diagnostique. ANTES NO.

Determinación de la Enfermedad Profesional

3 criterios

- 1) De Protección General: cualquier enfermedad puede ser de carácter profesional siempre y cuando se pruebe relación causa a efecto (Trabajo = Enfermedad)
- 2) De Lista Taxativa: sólo son enfermedades las que ahí se contemplan y por ende las que no están ahí no lo son.
- 3) De lista No Taxativo o Mixto: las enfermedades profesionales se incluyen en una lista PERO el trabajador puede acreditar otras si prueba la relación causa – efecto.

Características del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

- Obligatorio.
ARTICULO 1° “Declarase obligatorio el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, en la forma y condiciones establecidas en la presente ley.”
ARTICULO 2° inciso primero “Estarán sujetas, obligatoriamente, a este seguro, las siguientes personas.”
- De Afiliación Automática. El seguro opera desde que se empieza a trabajar y por el solo ministerio de la ley.
ARTICULO 4° “La afiliación de un trabajador, hecha en una Caja de Previsión para los demás efectos de seguridad social, se entenderá hecha por el ministerio de la ley, para este seguro, salvo que la entidad empleadora para la cual trabaje se encuentre adherida a alguna Mutualidad.”
Existe según la ley una afiliación Ipso Iure, pero en estricto derecho no hay afiliación automática porque siempre debe concurrir un acto formal de afiliación. (Acto Jurídico de Afiliación)
- Cubre todos los estados de necesidad de enfermedad del trabajador y enfermedad profesional en forma suficiente (Principio de integridad y suficiencia).
- Cubre estados de necesidad y la cobertura que se da es preventiva, curativa, rehabilitadora (Universalidad Objetiva).
- Cubre a todos los trabajadores dependientes, independientes, trabajadores familiares, funcionarios públicos, estudiantes (Universalidad Subjetiva un pocos restringida o tangencial, ya que no es para todos los habitantes del país).
- Tiene automaticidad de las prestaciones.
ARTICULO 56° “El retardo de la entidad empleadora en el pago de las cotizaciones, no impedirá el nacimiento, en el trabajador, del derecho a las prestaciones establecidas en esta ley. Los organismos administradores otorgarán al accidentado o enfermo las prestaciones respectivas, debiendo cobrar a la entidad empleadora las cotizaciones, más intereses y multas, en la forma que corresponda.
En los casos de siniestro en que se establezca el incumplimiento de la obligación de solicitar la afiliación por parte de un empleador, éste estará obligado a rembolsar al organismo administrador el total del costo de las prestaciones médicas y de subsidio que se hubieren otorgado y deban otorgarse a sus trabajadores sin perjuicio del pago de las cotizaciones adeudadas y demás sanciones legales que procedan.”
- Las prestaciones de la ley son incompatibles con las de regímenes de Seguridad Social.
ARTICULO 52° “Las prestaciones de subsidios, pensión y cuota mortuoria, que establece la presente ley, son incompatibles con las que contemplan los diversos regímenes previsionales. Los beneficiarios podrán optar entre aquéllas y éstas en el momento en que se les haga el llamamiento legal.”
- Hay una subsidiariedad intermedia. El Estado fija el marco jurídico y el ámbito de aplicación de la Ley (16.744), por lo tanto la Mutualidad de empleadores administra el seguro de enfermedad del trabajo y enfermedad profesional, pero el Estado se reserva la fiscalización a través de la Superintendencia de Seguridad Social.

Cotización por Accidente del Trabajo

- Básica General: 0,90% y las remuneraciones imponibles.
- Extraordinaria: la dispuso el Artículo 6° Transitorio de la Ley 19.578 el año 1998 y corresponde al 0,05% de las remuneraciones imponibles y tiene el carácter de extraordinaria. Rige desde el 1 de Enero de 1998 al 31 de Agosto de 2004 y se aplica para el reajuste de las pensiones.
- Adicional Diferenciada: en función de la actividad y riesgo de la empresa, que no puede exceder de 3,4% de las remuneraciones imponibles. La fija el Presidente de la República (puede haber un recargo o una rebaja de esta cotización adicional según la situación específica que puede tener una empresa). La finalidad de esta es la prevención del riesgo.

ARTICULO 16° “Las empresas o entidades que implanten o hayan implantado medidas de prevención que rebajen apreciablemente los riesgos de accidentes del trabajo o de enfermedades profesionales, podrán solicitar que se les reduzca la tasa de cotización adicional o que se les exima de ella si alcanzan un nivel óptimo de seguridad.

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

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

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

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

El recargo de la Cotización Adicional: las empresas que no tienen condiciones de seguridad satisfactorias o suficientes o que no las implantan cuando el organismo competente (ejemplo Comité Paritario de Seguridad) las ordena, deben enterar las cotizaciones adicionales con un recargo de hasta un 100%, o sea 6,8% y esto sin perjuicio de las demás sanciones que se le pueda aplicar.

El Reglamento contenido en el D.S. 173 del 14 de Agosto de 1970 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social establece como se recarga o disminuye esta tasa.

1° establece una cotización provisional por accidentes del trabajo, según el promedio de la tasa de riesgo de la empresa en los 2 años anteriores, cualquiera que sea su actividad. Art. 5° y 6°.

2° establece una cotización provisional por enfermedad profesionales según el porcentaje de trabajadores por incapacidad funcional permanente cualquiera que sea la actividad de la empresa. Art. 8° y 9° del reglamento (acá también se busca un promedio por incapacidad funcional)

3° la cotización provisional definitiva y total será la suma de las cotizaciones provisionales parciales por accidente del trabajo y enfermedades profesionales.

4° Consecuencias: la cotización adicional se forma con la suma de las cotizaciones adicionales parciales y accidentes del trabajo, según el riesgo específico de cada empresa.

Cada empresa cotiza según su situación particular.

Se incentiva, a través de lo económico para que la empresa haga una prevención de riesgo efectivo.

Prestaciones de la Ley de Accidentes del Trabajo

1) Clasificación que hace la ley de las prestaciones

ARTICULO 27° (Ley 16.744) “Para el otorgamiento de las prestaciones pecuniarias, los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se clasifican en las siguientes categorías, según los efectos que produzcan:

1. Que producen incapacidad temporal
2. Que producen invalidez parcial
3. Que producen invalidez total
4. Que producen gran invalidez, y
5. Que producen la muerte.

2) Prestaciones Médicas.

ARTICULO 29° “La víctima de un accidente del trabajo o enfermedad profesional tendrá derecho a las siguientes prestaciones, que se otorgarán gratuitamente hasta su curación completa o mientras subsistan los síntomas de las secuelas causadas por la enfermedad o accidente:

- a) Atención médica, quirúrgica y dental en establecimientos externos o a domicilio;
- b) Hospitalización si fuere necesario, a juicio del facultativo tratante;
- c) Medicamentos y productos farmacéuticos;
- d) Prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación;
- e) Rehabilitación física y reeducación profesional, y
- f) Los gastos de traslado y cualquier otro que sea necesario para el otorgamiento de estas prestaciones.

También tendrán derecho a estas prestaciones médicas los asegurados que se encuentren en la situación a que se refiere el inciso final del artículo 5° de la presente ley.”

3) Prestaciones Médicas de Urgencia por accidentes de trabajo producidos en el extranjero. La prestación la paga el empleador, pero luego le pide el reembolso al órgano administrador que puede ser INP o Mutualidades. Para esto se debe presentar la Factura certificada por el Cónsul chileno del país en donde ocurrió el hecho y que las tarifas sean las habituales en los servicios de salud del país. (Principio de integridad y suficiencia –es decir, sin lujos).4) Prestaciones Pecuniarias o Económicas: son sumas de dinero que le pagan al accidentado o al enfermo, para compensar la falta de ingresos motivados por los accidentes del trabajo o enfermedades profesionales.Características:

- Debe existir una continuidad de ingresos entre remuneración y prestaciones.
- El derecho a estas prestaciones pecuniarias se adquiere mediante diagnóstico médico y deben ser suficientes para suplir el estado de necesidad. (Principio de integridad o suficiencia)

¿Cómo se determinan estas prestaciones?

Se originan si se produce lo siguiente:

- Invalidez da derecho al pago de subsidio, indemnizaciones globales y pensiones.
- Muerte da derecho al pago de la cuota mortuoria. D.L. 3500 o D.F.L. 90 y también da derecho al pago de pensión de sobre vivencia.

5) Prestaciones por Incapacidad Temporal: se considera incapacidad temporal toda aquella provocada por accidente del trabajo o enfermedad profesional de naturaleza y efecto transitorio (esto último es lo que la caracteriza)

¿Cuándo hay efecto transitorio?, lo hay cuando el trabajador se recupera y se reintegra a su trabajo habitual.

Estas prestaciones de incapacidad temporal no se pueden graduar.

Prestaciones que se dan dentro de la Incapacidad Temporal:

- Asistencia Médica: debe ser proporcionada en el momento que se necesita, debe haber invalidez, no necesita ninguna formalidad, ni trámite previo. (es decir primero se le atiende).
- Subsidio: se otorga al trabajador en virtud de lo dispuesto en el Artículo 30° de la Ley 16.744. el monto se calcula de acuerdo al artículo 8 del DFL. 44 de 1978.
 - i. Duración del Subsidio: depende obviamente del tratamiento médico, se paga durante todo el tratamiento e incluso durante los días feriados, ya que se devenga por día, se paga desde el día que ocurrió el accidente, o se diagnosticó la enfermedad profesional y se paga hasta la curación del trabajador o hasta la declaración de invalidez.
 - ii. Duración máxima del Subsidio: 52 semanas prorrogables por otras 52 semanas, pero éstas tienen por objeto darle un tratamiento mejor al siniestrado o para atender a su rehabilitación. ARTICULO 31° inciso final (Ley 16744) “Si al cabo de las 52 semanas o de las ciento cuatro en su caso, no se hubiere logrado la curación y/o rehabilitación de la víctima, se presumirá que presenta un estado de invalidez”. Según el profesor se trataría de una presunción legal, porque existen terceras personas que califican el estado del trabajador, porque le permiten probar lo contrario (es decir, que al poder recurrir a otras opiniones admite prueba en contrario), legalmente no reuniría los requisitos para una presunción de derecho.
- Invalidez: (es general sin apellidos). Se considera invalidez el estado derivado de un accidente del trabajo o enfermedad profesional que produzca una incapacidad. Presumiblemente de naturaleza irreversible, aún cuando deje en el trabajador una capacidad residual de trabajo que le permita continuar una actividad. Concluye que la invalidez es un estado de naturaleza presumiblemente irreversible, o sea, no puede quedar como antes, pero aún así puede tener una capacidad de trabajo.
 - i. Graduación de la Invalidez: se graduará en función de la incapacidad del afectado para procurarse por sus propios medios un trabajo en relación a sus actuales fuerzas, capacidades y formación, una remuneración equivalente al salario o renta que gana una persona análoga y en la misma calidad. La invalidez no se mira como una incapacidad para trabajar, sino que como una disminución de la capacidad de ganancia.

20 de Julio de 2004

La graduación de la invalidez.-

La competencia para la evaluación, reevaluación y revisión de las incapacidades permanentes. Esta competencia es exclusiva de las comisiones de medicina preventiva e invalidez (Compin) y las mutualidades respecto de su afiliado.-

La invalidez se clasifica y se determina.-

El D.S. 109 determina cuando un accidente de trabajo o enfermedad profesional produce invalidez.- Ahora una enfermedad profesional puede producir una incapacidad temporal y en 2° lugar puede producir una invalidez si se encuentra en la fase crónica e irreversible.

En cuanto a los accidentes del trabajo se gradúan en porcentajes las incapacidades físicas para establecer la pérdida de la capacidad de ganancia.-

Ejemplo:

- 90% para la pérdida de 2 manos.-
- 40% para la pérdida de una mano.
- 30% para la pérdida de dedo pulgar.

Reevaluación de la incapacidad: Procede;

1° cuando se sufre un nuevo accidente o una nueva enfermedad profesional.

2° cuando producida una incapacidad, se suman otras de origen no profesional.

La Revisión: Las incapacidades se revisan por mejoría, agravación o error, y el efecto de esto es que se termina o se concede el derecho al pago de las pensiones. El segundo efecto es que se aumente o se disminuya el monto de las pensiones.

Las Prestaciones por Invalidez Parcial:

Concepto: Se considera inválido (parcial) a quién haya sufrido una disminución de su capacidad de ganancia presumiblemente permanente o igual o superior a un 15% e inferior a un 70%.-

Cuando se produce la invalidez parcial tenemos reparaciones que son:

A) Si la pérdida de la capacidad de ganancia es igual o superior a un 15% pero inferior a un 40% se paga una indemnización global, está se puede pagar de una sola vez o en mensualidades iguales y mensuales a opción del interesado.

(Esta indemnización tiene un complejo cálculo en relación al sueldo base)

B) Si la pérdida o capacidad de ganancia es igual o superior a un 40% pero inferior a un 70% se tiene derecho a pensión.-

Pensión:

Concepto: “Es la suma de dinero que se devenga y se entrega periódicamente al beneficiario en función de, y mientras dura la invalidez”.

Como es la pensión de la invalidez parcial:**Monto:**

- 35% del sueldo base.
- Aumento por hijo, que es de 5% por cada hijo que cause asignación familiar, en exceso sobre dos.- (ósea se tiene derecho a este aumento al tener tres hijos que causen asignación familiar, por que la norma señala que lo es el exceso sobre dos (entonces es de tres hijos para arriba).- Entonces se tiene derecho cumpliendo con esto a un 5%, pero por cada uno si son tres es un 15%, si son 4 es 20%.....)

Lo anterior esta calculado sobre el sueldo base.-

Tope de los montos:

- El tope de esta pensión es un 50% del sueldo base.-
- Se considera hasta un 35% de los hijos.- (ósea pagará aumento hasta siete hijos, no cubre más).-

Prestaciones por Invalidez Total:

Concepto: “Se considera minusválido total a quién haya sufrido una disminución en su capacidad de ganancia presumiblemente permanente o igual o superior al 70%”.-

Tiene una pensión igual a:

- 70% del sueldo base.-
- El aumento por hijo es igual al caso anterior, ósea: aumento por hijo, que es de 5% por cada hijo que cause asignación familiar, en exceso sobre dos.- (ósea se tiene derecho a este aumento al tener tres hijos que causen asignación familiar, por que la norma señala que lo es el exceso sobre dos (entonces es de tres hijos para arriba).- Entonces se tiene derecho cumpliendo con esto a un 5%, pero por cada uno si son tres es un 15%, si son 4 es 20%.....)

Tope de los montos:

- El tope de esta pensión es hasta el 100% del sueldo base.-

Prestaciones por Gran Invalidez:

Concepto: “Se considera gran invalido a quién requiere el auxilio de otras personas para realizar actos elementales de su vida, no tiene capacidad residual de ganancia”.-
(Actos tales como comer, desplazarse, vestirse, ir al baño, etc.)

La Pensión: Se forma con:

- La pensión básica de invalidez, que es un 70% del sueldo base.-
- Con un suplemento de pensión que es de un 30% del sueldo base.-
- Con el mismo aumento por hijos, ósea: aumento por hijo, que es de 5% por cada hijo que cause asignación familiar, en exceso sobre dos.- (ósea se tiene derecho a este aumento al tener tres hijos que causen asignación familiar, por que la norma señala que lo es el exceso sobre dos (entonces es de tres hijos para arriba).- Entonces se tiene derecho cumpliendo con esto a un 5%, pero por cada uno si son tres es un 15%, si son 4 es 20%.....)

Tope de la pensión:

- El tope de esta pensión es hasta el 140% del sueldo base.- (Y es la única pensión en Chile que puede exceder del sueldo base).-

Cambios de pensión:

Cuando el pensionado de la ley de accidente del trabajo alcanza los 60 ó 65 años si es hombre o mujer respectivamente, deberá cambiarse a la pensión de la A.F.P. que es una pensión de vejez (que reemplaza esta pensión de invalidez de la ley de accidentes del trabajo).

Este cambio tiene un límite.

La pensión de vejez no puede ser inferior a la pensión de invalidez que sustituye (tiene que ser igual o superior no puede ser inferior a la que sustituye).

El porcentaje de aumento por los hijos se mantiene hasta el limite que pone la ley, esto es hasta los 23 años si se encuentran estudiando alguna carrera superior; evidentemente que si el hijo se casa o deja de estudiar deja de ser carga con derecho a asignación y por ende se pierde este aumento en la pensión).

La ley de accidentes del trabajo cuando muere un trabajador accidentado, (ósea un pensionado), contempla en el D.F.L. 90 y en el D.L 3500:

- Las cuotas mortuorias. (respecto a estas el profesor señaló que no las alcanzará a pasar, pero que se traducen en una asignación que puede cobrar cualquier persona que se haya hecho cargo de los funerales del pensionado y cubre un total de 15 U.F. para los gastos.)
- Las Pensiones:

Tenemos dos ordenes de pensión:

Primer Orden:

- 1° La cónyuge sobreviviente.
- 2° El viudo inválido.
- 3° Los hijos sin distinción.
- 4° La madre de los hijos nacidos fuera del matrimonio.

Segundo Orden:

- 1° Los ascendientes. (abuelos, bisabuelos, tatarabuelos, etc.)
- 2° Los descendientes. (nietos, bisnietos, tataranietos, etc.)

El profesor dijo que estas no las pasará por que no son de muy ordinaria ocurrencia.

La Pensión de la Cónyuge Sobreviviente:

No existe requisito para reclamarla sólo basta con acreditar el vinculo.

Tiene una pensión vitalicia la cónyuge sobreviviente mayor de 45 años y la cónyuge invalidad de cualquiera edad.

Pero también se puede dar una pensión temporal para la cónyuge sobreviviente menor de 45 años que tenga hijos que causen asignación familiar a su cargo (esto es hasta los 23 años si continúan estudiando), mientras se mantengan estas circunstancias la mantiene, si no la pierde.

Ahora si la cónyuge sobreviviente es menor de 45 años y tiene hijos a su cargo y durante la vigencia del derecho a asignación familiar de estos ella cumple 45 años, la pensión se transforma en vitalicia ósea en definitiva).

- La viuda que goza de pensión vitalicia (ósea de más de 45 años y se vuelve a casar se les debe compensar hasta dos años de pensión y la demás dejan de percibirlas. (el profesor dice que jamás se vuelven a casar. risas)

El Viudo Invalido: Para que pueda tener pensión se requiere.-

1° que sea invalido,

2° haber vivido a expensas de la cónyuge, esto debe acreditarlo una asistente social.

Los Hijos sin Distinción:

Deben acreditar su condición de hijos.-

La duración de esta pensión es hasta los 18 años y se alarga hasta los 23 años si están estudiando y también los hijos inválidos de cualquiera edad (para estos no hay tope).

La Madre de Los Hijos Nacidos Fuera de Matrimonio:

- La mujer debe ser soltera o viuda (se entiende que de otro difunto, puesto que si los es del pensionado seria la cónyuge sobreviviente).
- Debe haber estado viviendo a expensas del pensionado causante hasta el momento de la muerte de este, esto también se acredita por medio de una asistente social.
- El difunto debe haber reconocido a los hijos antes de la fecha del accidente o enfermedad profesional.

La administración del seguro:

En el sector público: Lo administra el I.N.P. y el FONASA otorga las prestaciones medicas, y los subsidios por incapacidad laboral, lo hace a través del departamentos de Accidente del trabajo y enfermedades profesionales.

En el sector privado: Lo administran las mutualidades del empleador, las entidades de empleadores con administración delegada y en tercer lugar lo administran los organismos intermedios de base.

La Prescripción:

La prescripción extintiva, extingue derechos y obligaciones.

Las acciones que puedo reclamar para reclamar las prestaciones por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales, prescribirán en el término de 5 años contados desde la fecha del accidente o del diagnóstico de la enfermedad.

La Prescripción, pese a que obedece a que se produce por que los plazos para iniciar las acciones precluyen, no se decreta de oficio, se debe alegar por aquel a quién beneficia. (ya que si no la alega y paga se produce una obligación natural).

Esta prescripción de 5 años, que es una prescripción de corto tiempo no corre contra los menores de 16 años.

Las Mutualidades: Están formadas por empleadores que se adhieren a ella, son corporaciones de derecho privado, sin fines de lucro. Es el Presidente de la Republica quién las autoriza y otorga la personalidad jurídica. Los empleadores que forman esta mutualidad deben tener a lo menos 20.000 trabajadores de faena permanentes.

Deben tener servicios médicos especializados y adecuados, incluso con rehabilitación.

Además deben realizar actividades permanentes de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y no pueden ser administradas por instituciones con fines de lucro. Son fiscalizadas por la superintendencia de seguridad social.

Entidades Empleadoras con Administración Delegada.

Pueden otorgar todas las prestaciones que establece la ley excepto las pensiones.

Deben tener equipos médicos adecuados y especializados en rehabilitación. Además estas empresas que tienen esta actividad delegada deben prestar servicios iguales o superiores a los del delegante. Debe implementas medidas de prevención de riesgos. Deben tener cometes paritarios de higiene y seguridad y además deben constituir una garantía.

Organismos intermedios o de base.

Generalmente son los sindicatos, pueden cumplir algunas funciones de prestaciones médicas y algunas prestaciones pecuniarias.

Ley 18.933 de marzo del año 1990 crea la Superintendencia de Salud Previsional y dicta las normas para el otorgamiento de las prestaciones de salud: **Ley de ISAPRES.**

Esta:

1° Obligada a dar las prestaciones de salud con cargo a la cotización para salud o con cargo a una mayor pactada.

Beneficiarios los mimos de la ley de FONASA.

Fiscalización pro la superintendencia de ISAPRES.

Cotización para salud está en el D.L 3500.

Los trabajadores dependientes 7%, o superior pactada.

Los pensionados 7% para salud.

Trabajadores independientes 7% o superior para salud.

2° Objeto exclusivo otorgar prestaciones y beneficios de salud directamente o financiando las mismas.

3° Exención tributaria de las cotizaciones hasta un 4,2 UF. (casi no existen estos planes de salud)

4° Atenciones de Urgencia o Emergencia:

Las ISAPRES le pagarán a los servicios de salud o a los establecimientos asistenciales del sector privado las prestaciones otorgadas a sus afiliados en caso de urgencia o emergencia hasta que el paciente se encuentre estabilizado o hasta que pueda ser derivado a otro establecimiento asistencial.

Como se paga: Si no hay convenio con el servicio de salud se paga de acuerdo al arancel para persona no beneficiaria de FONASA sobre todas las prestaciones otorgadas.

En el sector privado la prestación se paga por el valor pactado si es que hay convenio, si no lo hay, se pagan los precios del establecimiento que presto la atención.

El establecimiento que presto la atención de urgencia o emergencia no puede exigir al afectado dinero o cheque para garantizar el pago, ni tampoco puede condicionar la atención.-.

Al paciente estabilizado se le exige una ficha médica igual que FONASA.

El Copago: Las ISAPRE pueden repetir contra el afiliado.

El copago se reembolsa de acuerdo al plan de salud de cada afiliado.

Si transcurridos 30 días hábiles desde que la ISAPRE pago al prestador las prestaciones otorgadas y él afiliado no entero ese monto en la ISAPRE, se entiende que la ISAPRE le otorgo un préstamo.

El Préstamo:

Se paga en cuotas mensuales y sucesivas incluido el reajuste del I.P.C. más el interés corriente para operaciones en monedas nacional.

La cuota mensual no puede exceder de un 5% de las remuneraciones o de la pensión o de la renta imponible en casos de los afiliados independientes.

En caso de muerte del beneficiario el saldo de la deuda del préstamo grava la masa hereditaria. Los herederos pueden pactar la forma y el plazo de pago con la ISAPRE.

El Contrato de Salud.:

Tiempo por el cual se pacta es indefinido.

Revisión Anual del Contrato:

Se adecuan sus precios, las prestaciones pactadas. La naturaleza y montos de los beneficios anualmente, desde el momento que se suscribió el contrato. Esto se le comunica al afiliado por carta certificada con dos meses de anticipación, si el afiliado no contesta o nada dice, se aplica la ley del silencio, en cuanto a que acepta los cambios y variaciones que se impongan al contrato.

Si no lo acepta puede tomar otro plan de salud o desafiliarse.

Caducidad del Contrato de Salud:

Por incumplimiento de las obligaciones que impone el contrato.

Desahucio del Contrato:

Transcurrido un año después de vigencia avisando con un mes de anticipación.

Contrato mismo de Salud:

Se suscribe un contrato de salud con la Isapre. Las partes convienen libremente el otorgamiento modalidad condiciones de las prestaciones y los beneficios de salud.

(él profesor piensa que no es verdad y que en realidad las Isapres ofrecen contratos de adhesión en el cual o se acepta lo que ofrecen o no reciben a las personas)

Estipulaciones:

- Las prestaciones
- Los beneficios
- Los porcentajes de cobertura y los valores sobre los cuales se aplican.
- La forma en que se incorporan los nuevos beneficiarios y la cotización que se cobrará por estos.
- Los mecanismos para cobrar las prestaciones de medicina preventiva
- Embarazo e hijo menor hasta los 6 años.

Exclusión de prestaciones:

La regla general es que no pueden excluirse.

Las excepciones son la cirugía plástica con fines de embellecimiento y otras prestaciones con el mismo fin.

Las cirugías que si contempla son las destinadas a corregir malformaciones producidas a la criatura durante el embarazo, las destinadas a corregir malformaciones ocasionadas por el nacimiento, las producidas por un accidente.

Otra exclusión es que no paga las enfermeras, las hospitalizaciones con fines de reposo y las prestaciones de salud como consecuencia de haber participado en actos de guerra o calificada de delito por la ley en tanto resulte culpable.

Las enfermedades Preexistentes:

Enfermedades o patologías conocidas por el afiliado y diagnosticadas médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato y a la incorporación del plan de salud.

Las Enfermedades Preexistentes Declaradas:

Estas tienen restricción de cobertura por un plazo máximo de 18 meses contados desde que se suscribe el contrato dentro de estas también se incorpora el embarazo.

El embarazo se debe considerar en el contrato que la cobertura será proporcional por el periodo que reste para que nazca la criatura.

Enfermedades Preexistentes no Declaradas:

Las no declaradas dan origen a carencia o sea no pagan ni cubren nada y se empiezan a pagar cuando cesa la carencia.

Empiezan a pagarse transcurrido un plazo de 5 años contados desde la suscripción del contrato por el afiliado o la incorporación del beneficiario al plan de salud. Al cabo de 5 años debe concurrir al pago en forma normal.

Excepción: Que la isapre pruebe que la enfermedad preexistente tuvo atención médica durante los 5 años señalados y el afiliado a sabiendas lo oculta.

Beneficios Obligatorios:

- Examen de medicina preventiva.
- Protección de la mujer durante el embarazo y hasta el 6 mes de nacido el hijo.
- Protección del niño hasta los 6 años.
- El pago de los subsidios que corresponda.

Licencias Médicas:

La Licencia debe ser autorizada por la isapre.

La isapre tiene el plazo de 3 días hábiles para autorizar la licencia y que se cuentan desde la presentación de la solicitud respectiva (licencia).

Vencido el plazo de 3 días si la isapre nada dice se entiende que acepta la licencia.

La isapre puede aceptar, modificar u rechazar la licencia.

El cotizante al que le rechazan la licencia puede recurrir a la comisión médica de la misma isapre y el empleador también tiene este derecho (esto en atención a que talvez el empleador esta esperando que se le término por ejemplo la licencia a su empleado para despedirlo y no puede mientras esta permanezca, y tal vez tenga dudas acerca de la efectividad de la enfermedad, etc.)