TITULO V
    Prestaciones

    Párrafo 1°
    Definiciones

    Artículo 25°.- Para los efectos de esta ley se entenderá por "entidad empleadora" a toda empresa, institución, servicio o persona que proporcione trabajo: y por "trabajador" a toda persona que preste servicios por cuenta propia o como dependiente para alguna entidad empleadora.

Ley 21054

Art. ÚNICO N° 7

D.O. 23.12.2017

    Artículo 26° Para los efectos del cálculo de las
pensiones e indemnizaciones, se entiende por sueldo
base mensual el promedio de las remuneraciones o
rentas, sujetas a cotización, excluidos los subsidios,
percibidas por el afiliado en los últimos seis meses,
inmediatamente anteriores al accidente o al diagnóstico
médico, en caso de enfermedad profesional.
    En caso que la totalidad de los referidos seis meses
no estén cubiertos por cotizaciones, el sueldo base
será igual al promedio de las remuneraciones o rentas
por las cuales se han efectuado cotizaciones.
    El trabajador podrá acreditar, en todo caso, que ha
percibido una remuneración superior a aquélla por la
cual se le hicieron las cotizaciones, debiendo entonces
calcularse el sueldo base sobre la renta efectivamente
percibida, sin perjuicio de que la respectiva
institución previsional persiga el pago de las
cotizaciones adeudadas, con sus intereses y multas, por
la diferencia entre la remuneración real y la declarada
para los efectos previsionales. Al empleador, también
se le aplicará la sanción máxima establecida en el
artículo 80°.
    Si el accidente o enfermedad ocurre antes que
hubiere correspondido enterar la primera cotización, se
tendrá por sueldo base el indicado como sueldo o renta
en el acto de la afiliación o el que tuvo derecho a
percibir a la fecha en que la afiliación debió
efectuarse.
    Para calcular el sueldo base mensual, las
remuneraciones o rentas que se consideren, se
amplificarán en el mismo porcentaje en que hubiere
aumentado el sueldo vital, escala A) del departamento de
Santiago, desde la fecha en que ellas fueros percibidas
hasta la fecha a partir de la cual se declaró el
derecho a pensión.
    En ningún caso el sueldo base mensual será
inferior al sueldo vital mensual, escala A) del
departamento de Santiago o al salario mínimo
industrial, según fuere la actividad profesional del
afiliado, vigente a la fecha a partir de la cual se
declaró el derecho a pensión.

LEY 19454

Art. 8° N° 2

D.O. 08.05.1996

    Artículo 27°.- Para el otorgamiento de las prestaciones pecuniarias, los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se clasifican en las siguientes categorías, según los efectos que produzcan:
    1.- Que producen incapacidad temporal;
    2.- Que producen invalidez parcial;
    3.- Que producen invalidez total;
    4.- Que producen gran invalidez, y
    5.- Que producen la muerte.

    Artículo 28°.- Las prestaciones que establecen los artículos siguientes se deben otorgar, tanto en caso de accidente del trabajo como de enfermedad profesional.

    Párrafo 2°
    Prestaciones médicas

    Artículo 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 ortópedicos 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 por incapacidad temporal

    Artículo 30° La incapacidad temporal da derecho al
accidentado o enfermo a un subsidio al cual le serán
aplicables las normas contenidas en los artículos 3°,
7°, 8°, 10, 11, 17, 19 y 22 del decreto con fuerza de
ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y
Previsión Social, Subsecretaría de Previsión Social,
en el inciso segundo del artículo 21 de la ley N° 18.469
y en el artículo 17 del decreto ley N° 3.500 de 1980.
    En todo caso, el monto del subsidio se reajustará
en un porcentaje equivalente al alza que experimenten
los correspondientes sueldos y salarios en virtud de
leyes generales, o por aplicación de convenios
colectivos de trabajo.

LEY 18768

Art. 96 c)

D.O. 29.12.1988

NOTA

LEY 19454

Art. 8° Nº 3

D.O. 08.09.1996

NOTA:
 El artículo 97 de la LEY 18768, publicada el

29.12.1988, dispuso que la modificación introducida

a este artículo entrará en vigencia a contar del

primer día del mes siguiente al de su publicación.

    Artículo 31°.- El subsidio se pagará durante toda la duración del tratamiento, desde el día que ocurrió el accidente o se comprobó la enfermedad, hasta la curación del afiliado o su declaración de invalidez.
    La duración máxima del período del subsidio será de 52 semanas, el cual se podrá prorrogar por 52 semanas más cuando sea necesario para un mejor tratamiento de la víctima o para atender a su rehabilitación.
    Si al cabo de las 52 semanas o de las 104, en su caso, no se hubiere logrado la curación, y/o rehabilitación de la víctima, se presumirá que presenta un estado de invalidez.

    Artículo 32°.- El subsidio se pagará incluso por los días feriados y no estará afecto a descuentos por concepto de impuestos o cotizaciones de previsión social.
    El beneficiario de subsidio, durante todo el tiempo que dure su otorgamiento, se considerará como activo en la respectiva institución de previsión social para todos los efectos legales.

    Artículo 33°.- Si el accidentado o enfermo se negare a seguir el tratamiento o dificultare o impidiere deliberadamente su curación, se podrá suspender el pago del subsidio a pedido del médico tratante y con el visto bueno del jefe técnico correspondiente.
    El afectado podrá reclamar en contra de esta resolución ante el Jefe del Area respectiva del Servicio Nacional de Salud, de cuya resolución, a su vez, podrá apelar ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

    Párrafo 4°
    Prestaciones por invalidez

    Artículo 34°.- Se considerará inválido parcial a quien haya sufrido una disminución de su capacidad de ganancia, presumiblemente permanente, igual o superior a un 15% e inferior a un 70%.

    Artículo 35°.- Si la disminución es igual o superior a un 15% e inferior a un 40%, la victima tendrá derecho a una indemnización global, cuyo monto no excederá de 15 veces el sueldo base y que se determinará en función de la relación entre dicho monto máximo y el valor asignado a la incapacidad respectiva, en la forma y condiciones previstas en el Reglamento.
    En ningún caso esta indemnización global podrá ser inferior a medio sueldo vital mensual del departamento de Santiago.

    Artículo 36° La indemnización global establecida
en el artículo anterior se pagará de una sola vez o en
mensualidades iguales y vencidas, cuyo monto equivaldrá
a 30 veces el subsidio diario que se determine en
conformidad al artículo 30° de esta ley, a opción del
interesado. En el evento de que hubiera optado por el
pago en cuotas podrá no obstante solicitar en cualquier
momento el pago total del saldo insoluto de una sola
vez.

LEY 17671

Art. 8º

D.O. 14.06.1972

    Artículo 37°.- El asegurado que sufriere un accidente que, sin incapacitarlo para el trabajo, le produjere una mutilación importante o una deformación notoria, será considerado inválido parcial en conformidad a lo dispuesto en los artículos precedentes. En tal caso, tendrá derecho a la indemnización establecida en el artículo 35°, que será fijada, por el organismo administrador, de acuerdo al grado de mutilación o deformación. La mutilación importante o deformación notoria, si es en la cara, cabeza u órganos genitales dará derecho al máximo de la indemnización establecida en dicho artículo.

    Artículo 38°.- Si la disminución de la capacidad de ganancia es igual o superior a un 40% e inferior a un 70%, el accidentado o enfermo tendrá derecho a una pensión mensual, cuyo monto será equivalente al 35% del sueldo base.

    Artículo 39°.- Se considerará inválido total a quien haya sufrido una disminución de su capacidad de ganancia, presumiblemente permanentemente igual o superior a un 70%.
    El inválido total tendrá derecho a una pensión mensual, equivalente al 70% de su sueldo base.

    Artículo 40°.- Se considerará gran inválido a quien requiere del auxilio de otras personas para realizar los actos elementales de su vida.
    En caso de gran invalidez la víctima tendrá derecho a un suplemento de pensión, mientras permanezca en tal estado, equivalente a un 30% de su sueldo base.

    Artículo 41°.- Los montos de las pensiones se aumentarán en un 5% por cada uno de los hijos que le causen asignación familiar al pensionado, en exceso sobre dos, sin perjuicio de las asignaciones familiares que correspondan.
    En ningún caso, esas pensiones podrán exceder del 50%, 100% ó 140% del sueldo base, según sean por invalidez parcial, total, o gran invalidez, respectivamente.
    La cuantía de la pensión será disminuida o aumentada cada vez que se extinga o nazca el derecho a los suplementos a que se refiere el inciso primero de este artículo.

    Artículo 42°.- Los organismos administradores podrán suspender el pago de las pensiones a quienes se nieguen a someterse a los exámenes, controles o prescripciones que les sean ordenados; o que rehusen, sin causa justificada, a someterse a los procesos necesarios para su rehabilitación física y reeducación profesional que les sean indicados.
    El interesado podrá reclamar de la suspensión ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

 TITULO VIII
    Disposiciones finales

    Párrafo 1°
    Administración delegada.

    Artículo 72°.- Las empresas que cumplan con las condiciones que señala el inciso siguiente del presente artículo, tendrán derecho a que se les confiera la calidad de administradoras delegadas del seguro, respecto de sus propios trabajadores, en cuyo caso tomarán a su cargo el otorgamiento de las prestaciones que establece la presente ley, con excepción de las pensiones.
    Tales empresas deberán ocupar habitualmente dos mil o más trabajadores, deben tener un capital y reservas superior a siete mil sueldos vitales anuales, escala A) del departamento de Santiago y cumplir, además, los siguientes requisitos:
    a) Poseer servicios médicos adecuados, con personal especializado en rehabilitación;
    b) Realizar actividades permanentes y efectivas de prevención de accidentes y enfermedades profesionales;
    c) Constituir garantías suficientes del fiel cumplimiento de las obligaciones que asumen, ante los organismos previsionales, que hubieren delegado la administración, y
    d) Contar con el o los Comités Paritarios de Seguridad a que se refiere el artículo 66°.
    Los organismos administradores deberán exigir a las empresas que se acojan a este sistema, un determinado aporte cuya cuantía la fijarán de acuerdo con las normas que establezca el reglamento.
    El monto de tales aportes será distribuido entre el Servicio Nacional de Salud y los demás organismos administradores delegantes en la forma y proporciones que señale el Reglamento.

    Artículo 73°.- Los organismos administradores podrán también convenir con organismos intermedios o de base que éstos realicen, por administración delegada, alguna de sus funciones, especialmente las relativas a otorgamiento de prestaciones médicas, entrega de prestaciones pecuniarias u otras en la forma y con los requisitos que señale el Reglamento.

    Artículo 74°.- Los servicios de las entidades con administración delegada serán supervigilados por el Servicio Nacional de Salud y por la Superintendencia de Seguridad Social, cada cual dentro de sus respectivas competencias.

    Artículo 75°.- Las delegaciones de que trata el artículo 72° deberán ser autorizadas por la Superintendencia de Seguridad Social, previo informe del Servicio Nacional de Salud.

  2. Procedimiento y recursos

    Artículo 76° La entidad empleadora deberá
denunciar al organismo administrador respectivo,
inmediatamente de producido, todo accidente o enfermedad
que pueda ocasionar incapacidad para el trabajo o la
muerte de la víctima. El accidentado o enfermo, o sus
derecho-habientes, o el médico que trató o
diagnosticó la lesión o enfermedad, como igualmente el
Comité Paritario de Seguridad, tendrán también, la
obligación de denunciar el hecho en dicho organismo
administrador, en el caso de que la entidad empleadora
no hubiere realizado la denuncia.
    Las denuncias mencionadas en el inciso anterior
deberán contener todos los datos que hayan sido
indicados por el Servicio Nacional de Salud.
    Los organismos administradores deberán informar al
Servicio Nacional de Salud los accidentes o enfermedades
que les hubieren sido denunciados y que hubieren
ocasionado incapacidad para el trabajo o la muerte de la
víctima, en la forma y con la periodicidad que señale
el reglamento.
     Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos
precedentes, en caso de accidentes del trabajo fatales
y graves, el empleador deberá informar inmediatamente
a la Inspección del Trabajo y a la Secretaría Regional
Ministerial de Salud que corresponda, acerca de la
ocurrencia de cualquiera de estos hechos. Corresponderá
a la Superintendencia de Seguridad Social impartir las
instrucciones sobre la forma en que deberá cumplirse
esta obligación.
     En estos mismos casos el empleador deberá suspender
de forma inmediata las faenas afectadas y, de ser
necesario, permitir a los trabajadores la evacuación del
lugar de trabajo. La reanudación de faenas sólo podrá
efectuarse cuando, previa fiscalización del organismo
fiscalizador, se verifique que se han subsanado las
deficiencias constatadas.
     Las infracciones a lo dispuesto en los incisos
cuarto y quinto, serán sancionadas con multa a beneficio
fiscal de cincuenta a ciento cincuenta unidades
tributarias mensuales, las que serán aplicadas por los
servicios fiscalizadores a que se refiere el inciso
cuarto.

LEY 20123

Art. 7º b)

D.O. 16.10.2006

NOTA

NOTA:
 El Art. segundo transitorio de la LEY 20123,

publicada el 16.10.2006, estableció que la

modificación introducida al presente artículo

regirá a contar de 90 días después de su

publicación.

    Artículo 77° Los afiliados o sus derecho-habientes,
así como también los organismos administradores
podrán reclamar dentro del plazo de 90 días hábiles
ante la Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del
Trabajo y Enfermedades Profesionales, de las decisiones
de los Servicios de Salud o de las Mutualidades en su
caso recaidas en cuestiones de hecho que se refieran a
materias de orden médico.
    Las resoluciones de la Comisión serán apelables,
en todo caso, ante la Superintendencia de Seguridad
Social dentro del plazo de 30 días hábiles, la que
resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior
recurso.
    Sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos
precedentes, en contra de las demás resoluciones de
los organismos administradores podrá reclamarse,
dentro del plazo de 90 días hábiles, directamente a
la Superintendencia de Seguridad Social.
    Los plazos mencionados en este artículo se
contarán desde la notificación de la resolución, la
que se efectuará mediante carta certificada o por
los otros medios que establezcan los respectivos
reglamentos. Si se hubiere notificado por carta
certificada, el plazo se contará desde el tercer
día de recibida la misma en el Servicio de Correos.

LEY 18269

Art. único Nº 7

D.O. 28.12.1983

LEY 19394

Art. único Nº 1

D.O. 21.06.1995

LEY 18899

Art. 62

D.O. 30.12.1989

    Artículo 77 bis.- El trabajador afectado por el
rechazo de una licencia o de un reposo médico por parte
de los organismos de los Servicios de Salud, de las
Instituciones de Salud Previsional o de las Mutualidades
de Empleadores, basado en que la afección invocada tiene
o no tiene origen profesional, según el caso, deberá
concurrir ante el organismo de régimen previsional a que
esté afiliado, que no sea el que rechazó la licencia o
el reposo médico, el cual estará obligado a cursarla de
inmediato y a otorgar las prestaciones médicas o
pecuniarias que correspondan, sin perjuicio de los
reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren, que
establece este artículo.
    En la situación prevista en el inciso anterior,
cualquier persona o entidad interesada podrá reclamar
directamente en la Superintendencia de Seguridad Social
por el rechazo de la licencia o del reposo médico,
debiendo ésta resolver, con competencia exclusiva y sin
ulterior recurso, sobre el carácter de la afección que
dio origen a ella, en el plazo de treinta días contado
desde la recepción de los antecedentes que se requieran
o desde la fecha en que el trabajador afectado se
hubiere sometido a los exámenes que disponga dicho
Organismo, si éstos fueren posteriores.
    Si la Superintendencia de Seguridad Social resuelve
que las prestaciones debieron otorgarse con cargo a un
régimen previsional diferente de aquel conforme al cual
se proporcionaron, el Servicio de Salud, el Instituto de
Normalización Previsional, la Mutualidad de Empleadores,
la Caja de Compensación de Asignación Familiar o la
Institución de Salud Previsional, según corresponda,
deberán reembolsar el valor de aquéllas al organismo
administrador de la entidad que las solventó, debiendo
este último efectuar el requerimiento respectivo. En
dicho reembolso se deberá incluir la parte que debió
financiar el trabajador en conformidad al régimen de
salud previsional a que esté afiliado.
    El valor de las prestaciones que, conforme al inciso
precedente, corresponda reembolsar, se expresará en
unidades de fomento, según el valor de éstas en el
momento de su otorgamiento, con más el interés corriente
para operaciones reajustables a que se refiere la ley N°
18.010, desde dicho momento hasta la fecha del
requerimiento del respectivo reembolso, debiendo pagarse
dentro del plazo de diez días, contados desde el
requerimiento, conforme al valor que dicha unidad tenga
en el momento del pago efectivo. Si dicho pago se
efectúa con posterioridad al vencimiento del plazo
señalado, las sumas adeudadas devengarán el 10% de
interés anual, que se aplicará diariamente a contar del
señalado requerimiento de pago.
    En el evento de que las prestaciones hubieren sido
otorgadas conforme a los regímenes de salud dispuestos
para las enfermedades comunes, y la Superintendencia de
Seguridad Social resolviere que la afección es de origen
profesional, el Fondo Nacional de Salud, el Servicio de
Salud o la Institución de Salud Previsional que las
proporcionó deberá devolver al trabajador la parte del
reembolso correspondiente al valor de las prestaciones
que éste hubiere solventado, conforme al régimen de
salud previsional a que esté afiliado, con los reajustes
e intereses respectivos. El plazo para su pago será de
diez días, contados desde que se efectuó el reembolso.
Si, por el contrario, la afección es calificada como
común y las prestaciones hubieren sido otorgadas como si
su origen fuere profesional, el Servicio de Salud o la
Institución de Salud Previsional que efectuó el
reembolso deberá cobrar a su afiliado la parte del valor
de las prestaciones que a éste le corresponde solventar,
según el régimen de salud de que se trate, para lo cual
sólo se considerará el valor de aquéllas.
    Para los efectos de los reembolsos dispuestos en los
incisos precedentes, se considerará como valor de las
prestaciones médicas el equivalente al que la entidad
que las otorgó cobra por ellas al proporcionarlas a
particulares.

LEY 19394

Art. único Nº 2

D.O. 21.06.1995

    Artículo 78°.- La Comisión Médica de Reclamos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales estará compuesta por:
    a) Dos médicos en representación del Servicio Nacional de Salud, uno de los cuales la presidirá;
    b) Un médico en representación de las organizaciones más representativas de los trabajadores;
    c) Un médico en representación de las organizaciones más representativas de las entidades empleadoras, y
    d) Un abogado.
    Los miembros de esta Comisión serán designados por el Presidente de la República, en la forma que determine el Reglamento.
    El mismo Reglamento establecerá la organización y funcionamiento de la Comisión, la que en todo caso, estará sometida a la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social.