REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO
SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA

**MENSAJE DE S.E EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA, CON EL QUE INICIA UN PROYECTO DE LEY QUE MODIFICA LA LEY Nº16.744, CREA UN NUEVO SISTEMA DE CALIFICACIÓN DE ENFERMEDADES PROFESIONALES Y MODIFICA LAS LEYES QUE INDICA.**

_____

Santiago, 14 de noviembre de 2024

**M E N S A J E N° 240-372/**

**A S.E. LA PRESIDENTA DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADAS Y DIPUTADOS**

Honorable Cámara de Diputadas y Diputados:

Tengo el honor de someter a vuestra consideración un proyecto de ley que modifica la ley N° 16.744, crea un nuevo sistema de calificación de enfermedades profesionales y modifica las leyes que indica.

## I. ANTECEDENTES

El sistema de seguridad laboral y el seguro social contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, cuyo contenido se encuentra en la ley N°16.744, aborda una diversidad y complejidad de temas que generan la necesidad de un estudio responsable y detallado, el que permita que sus modificaciones fortalezcan y resguarden este importante pilar de la seguridad social.

Se debe advertir que se trata de una ley que no ha sufrido grandes modificaciones tras seis décadas de vigencia y que, desde un enfoque solidario propio de la seguridad social, ha logrado adecuarse a los cambios económicos y sociales que el país ha

experimentado, siendo valorada por la ciudadanía, lo que hace necesario redoblar los esfuerzos para modernizar el sistema y resguardar su legitimidad social.

En dicho sentido, tanto el Decreto N°47 de 2016, que fijó la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, como el Decreto N°2 de 2024, que aprueba texto de la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo para el período 2024-2028, ambos del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, advierten la necesidad de adoptar las medidas necesarias para mejorar el reconocimiento, calificación y evaluación de las incapacidades derivadas de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo, procurando la creación de una instancia de evaluación y reconocimiento, de carácter uniforme y técnico con el fin de minimizar los tiempos de revisión administrativa y una pronta y adecuada conclusión de los casos.

En virtud de lo anterior, la Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, fruto del diálogo tripartito que ha sido una característica fundamental del gobierno, fijo la necesidad de actualizar y modernizar la Ley N°16.744, señalando expresamente la necesidad de establecer una comisión técnica autónoma encargada de la calificación de las enfermedades profesionales.

Se advierte como indispensable impulsar un proyecto de ley que abarque uno de los principales aspectos que han sido de preocupación de la ciudadanía, como es el caso de los procedimientos de calificación de enfermedades de origen laboral, fortaleciendo la regulación de los organismos administradores, y permitiendo un acceso justo a los

beneficios de un seguro solidario, que permite que millones de compatriotas, indistinto de su ingreso económico, accedan al mismo nivel de prestaciones de salud cuando se enfrentan a una contingencia de carácter laboral.

Ahora bien, se debe destacar que otros de los aspectos que emergen del dialogo tripartito entre empleadores, trabajadores y trabajadoras y gobierno, en el marco de la construcción de la actual Política Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo, es la necesidad de enfrentar y generar herramientas que promuevan la incorporación de personas trabajadoras al presente sistema, buscando enfrentar las situaciones de informalidad.

Es por ello que la actual Política Nacional se fija como objetivo promover la incorporación prioritaria de las personas trabajadoras independientes e informales a la seguridad social, debiendo advertir que el seguro contra accidentes y enfermedades profesionales puede constituirse como una puerta de entrada y sensibilización que permitan a más personas que trabajan a reconocer y dar legitimidad a la seguridad social, considerando por contrapartida los beneficios que otorga el sistema de salud laboral.

Sin perjuicio de otros elementos que se someten a consideración del Honorable Congreso Nacional, es el diálogo y el encuentro de distintas miradas lo que promueve la presente modificación legal, siendo una invitación a construir un sistema de seguridad social que ponga en el centro a las personas trabajadoras del país.

**II. Objetivos del proyecto de ley.**

Uno de los objetivos principales del proyecto de ley es perfeccionar el sistema de calificación de las enfermedades profesionales, creando un nuevo sistema técnico que separe la labor de juez y parte que hoy está radicada de forma exclusiva en los organismos administradores y las empresas con administración delegada, lo que ha generado la necesidad de reforzar la imparcialidad en este tipo de materias.

Para estos efectos, se crean comisiones de calificación y una comisión central de reclamaciones, ambas conformadas por profesionales competentes y sometidos a procesos de calificación bajo la supervigilancia de la Superintendencia de Seguridad Social, la que será asesorada en su funcionamiento por un Consejo Consultivo Tripartito, iniciativa que se propone crear en atención a la importancia del diálogo tripartito para identificar espacios de mejora.

Según datos de la Superintendencia de Seguridad Social, la demanda que enfrentarían las Comisiones de Calificación se estima en 67.278 casos, teniendo la responsabilidad de resolver el origen de cada una de esas enfermedades.

Considerando lo anterior, el proyecto también busca establecer una supervisión y fiscalización más eficiente a los organismos administradores por parte de la Superintendencia de Seguridad Social, a fin de fortalecer la calidad y oportunidad de las prestaciones médicas, económicas y preventivas, realizando ajustes en esa materia.

Ahora bien, considerando los objetivos específicos de la seguridad y salud en el trabajo y sus beneficios para la población, el presente proyecto

propone un régimen simplificado y transitorio de cotización para aquellas personas trabajadoras independientes que tradicionalmente no han cotizado y carecen de protección contra riesgos por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Será en el marco del propio trabajo que se promueva su incorporación a la seguridad social, en donde prestaciones integrales y robustas permitan legitimar y dar cuenta de la importancia de incorporarse a dichos sistemas.

Finalmente, se propone adecuar algunas de las normas de la ley N° 16.744 con el objetivo de abordar el escenario actual respecto a los cambios culturales y normativos que han acontecido en nuestro país.

## III. CONTENIDO DEL PROYECTO

### 1. Perfeccionamiento del sistema de calificación del origen de las enfermedades

#### a. Creación de una institucionalidad autónoma y técnica para la calificación del origen de las enfermedades

Se propone la creación de un sistema de calificación del origen de las enfermedades, manteniendo el actual régimen respecto a los accidentes profesionales que, en atención al tipo de contingencia que se cubre y la importante labor de la Superintendencia de Seguridad Social, ha demostrado un funcionamiento correcto y adecuado.

Este sistema de calificación de las enfermedades profesionales será ejercido técnicamente, estando conformado orgánicamente por las Comisiones de Calificación de origen de enfermedad, la Comisión Central de Reclamaciones, y un

Consejo Consultivo Tripartito de Calificación, para lo cual se propone incorporar nuevas normas en el Título VIII de la ley N°16.744 que regulen el establecimiento del nuevo sistema. Ahora bien, las comisiones antes señaladas constituirán unidades funcional y técnicamente desconcentradas de la Superintendencia de Seguridad Social.

Respecto a la competencia para calificar el origen de las patologías, este se encontrará a cargo de las Comisiones de Calificación, las que serán especializadas, integradas por profesionales de la salud y sujetas a las normas de carácter general de la Superintendencia de Seguridad Social, garantizando que toda persona trabajadora tenga la posibilidad que su caso sea calificado utilizando un procedimiento uniforme para la determinación del origen de la enfermedad.

En el caso de la Comisión Central de Reclamaciones, esta funcionará en subcomisiones que revisaran las potenciales impugnaciones a las resoluciones que emitan las Comisiones de Calificación, reemplazando la labor que actualmente realizaba la Superintendencia de Seguridad Social, la que impartirá normas que uniformen dichos procedimientos.

Asimismo, la creación del Consejo Consultivo Tripartito de Calificación tiene por objetivo, considerando las necesidades y propuestas de los actores del mundo del trabajo, que la Superintendencia de Seguridad Social pueda ser asesorada en aquellas materias y actividades relacionadas con la calificación de origen de las enfermedades. En cumplimiento de dicha misión, el Consejo tendrá, entre otras funciones, la emisión de opinión en la elaboración de las normas técnicas para

la calificación de enfermedades profesionales, los procedimientos y, en general, cualquier otra materia que le fuere consultada por la Superintendencia o le encomiende la ley.

Respecto al financiamiento de este nuevo sistema, y con el objetivo de utilizar los recursos que actualmente se disponen del Seguro Social para el financiamiento del sistema de calificación de origen de enfermedad realizada por los organismos administradores y las empresas con administración delegada, tanto las Comisiones de Calificación, la Comisión Central de Reclamaciones, así como también el Consejo Tripartito, se financiarán con cargo al Seguro de la ley N° 16.744, mediante el traspaso de recursos exclusivamente destinados a los gastos de administración y financiamiento del sistema, administración que estará a cargo de la Superintendencia de Seguridad Social, sujeto a un régimen de publicidad y transparencia que asegure el correcto funcionamiento del sistema.

**b. Obligación general de continuidad en la entrega de prestaciones médicas mientras se resuelve la calificación**

De acuerdo con el artículo 77 bis vigente, cuando el origen de un accidente o enfermedad fuere cuestionado por la institución de salud que otorga las prestaciones, la persona trabajadora deberá concurrir ante el organismo de régimen previsional a que esté afiliado, que no sea el que rechazó la licencia o reposo, y éste estará obligado a otorgarle las prestaciones médicas correspondientes, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren.

En línea con el nuevo sistema de calificación de origen de enfermedad que

se propone, y en atención a que el mecanismo existente genera un riesgo en el acceso oportuno a prestaciones médicas adecuadas por parte de las personas trabajadoras, se establece una obligación de continuidad en la entrega de prestaciones mientras la Comisión de Calificación resuelva sobre el origen de la enfermedad. Por su parte, si es la Institución de Salud Previsional, la Comisión de Salud Preventiva e Invalidez o el Servicio de Salud la entidad que considera que la enfermedad tiene origen profesional, deberá remitir los antecedentes al organismo administrador, sin dejar de prestar las atenciones médicas que la persona trabajadora estuviere percibiendo.

Lo anterior busca evitar que aspectos administrativos incidan en el debido tratamiento a que tienen derecho las personas involucradas en los procedimientos de calificación.

**2. Fortalecimiento de la regulación sobre mutualidades y nuevas facultades para la Superintendencia de Seguridad Social en la materia**

En base a diversos aspectos observados por la Superintendencia de Seguridad Social, se fortalece su rol de supervisión y fiscalización mediante la incorporación de un nuevo artículo 9° a la ley N° 16.744, mediante el cual se precisa el alcance de la supervigilancia, regulación y fiscalización sobre los organismos administradores y empresas con administración delegada.

De esta forma, las potestades de la Superintendencia de Seguridad Social se extienden tanto a la oportunidad y la calidad de las prestaciones, como a la posibilidad de normar y fiscalizar la gestión de riesgos, la sustentabilidad y la sostenibilidad de las mutualidades de

empleadores, debiendo, a la vez, regular y fiscalizar el correcto uso de los recursos del seguro de esta ley.

Por último, el proyecto incorpora en el régimen regulatorio la figura preventiva de la intervención a los organismos administradores, destinado a quienes incumplan de manera grave y reiterada sus obligaciones, emanadas de disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias.

Dicho procedimiento será realizado por la Superintendencia de Seguridad Social, previa investigación, y bajo los presupuestos legales que se proponen, buscando de esta forma resguardar a las personas trabajadoras que se puedan ver afectadas por actuación negligente de las entidades fiscalizadas.

**3. Implementación de cambios en el régimen de alzas, rebajas y recargos de la cotización adicional diferenciada**

Tanto el Instituto de Seguridad Laboral como las mutualidades, tendrán la responsabilidad de aplicar el mecanismo de rebajas y recargo de la cotización adicional diferenciada, en la forma como se estipula en el artículo 16 de la ley N°16.744 a las empresas que están afiliadas a ellos.

Por otra parte, se ajusta esta disposición legal para permitir que las empresas principales, mandantes o usuarias puedan ser objeto de un recargo en la cotización adicional de hasta el 100% en caso de que no ofrezcan condiciones satisfactorias de seguridad y salud en el trabajo para las personas trabajadoras que presten servicios en obras, faenas o servicios bajo su responsabilidad.

Con todo, se incluye el recargo de la cotización adicional diferenciada de hasta un 100% respecto de una tasa de cotización adicional de un 0,90%, a aquellas empresas cuya actividad económica principal no tengan asociada una tasa de cotización adicional, buscando de esta forma perfeccionar este aspecto de la actual normativa.

**4. Ajuste en las prestaciones económicas del seguro relacionadas a las Pensiones de Sobrevivencia**

En atención a los cambios normativos que han ido ocurriendo a través de las últimas décadas en lo relativo a las y los beneficiarios de las personas afiliadas que fallecen, producto de una enfermedad o accidente laboral, se realizan los siguientes ajustes en la ley N°16.744:

a) Se modifican las y los beneficiarios de las pensiones de sobrevivencia incluyendo al conviviente civil, eliminando la alusión a los hijos legítimos, naturales, ilegítimos o adoptivos, incorporando a los hijos de filiación no matrimonial y agregando al padre de estos últimos como beneficiario.

b) Se incorpora que, en caso de que él o la cónyuge o conviviente civil no tuviese hijos del causante o no fueren estos titulares de pensión de orfandad, el porcentaje del 50% de la pensión que hubiera recibido se aumenta al 60% cuando se extinga la totalidad de la pensión de orfandad.

c) Se modifica el caso de la madre de los hijos del causante, soltera o viuda que hubiere estado viviendo a expensas de éste, reformulándolo al padre

o madre de hijos de filiación no matrimonial del causante, que hubiera cohabitado de manera estable con el fallecido o vivido a expensas de este, recibiendo la pensión de sobrevivencia en los mismos términos señalados anteriormente. La Superintendencia de Seguridad Social mediante una norma de carácter general, establecerá los medios de acreditación de la circunstancia referida.

En atención a la antigüedad de la Ley N°16.744, se hace necesario realizar los referidos ajustes, teniendo presente diversos cambios normativos que han buscado avanzar en igualdad de derechos al interior de nuestra sociedad.

**5. Régimen simplificado de cotización del seguro para personas trabajadoras independientes**

Uno de los principales desafíos del mecanismo del seguro de la ley N°16.744 ha sido la incorporación de las personas trabajadoras independientes. Sin perjuicio de la dictación de la ley N°21.133 que incorporó a un gran número de personas independientes que cuentan con la protección del seguro, existe todavía una población importante de personas trabajadoras por cuenta propia que, debido a la falta de un contrato formal, la incertidumbre en cuanto al monto de sus ingresos y falta de mecanismos, no cotizan al seguro de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, o bien no lo realizan de manera regular, pese a que desempeñan un trabajo.

Esta situación resulta necesaria de abordar, permitiendo que la Ley N°16.744 sea una puerta de entrada hacia una mejor seguridad social, fomentando la formalidad laboral y permitiendo la regularización progresiva de la situación

previsional de dichas personas trabajadoras. Lo anterior permite justificar la introducción de un sistema simplificado de cotización, a fin de hacer extensivo el Seguro Social de la ley N°16.744 y que puedan acceder a sus beneficios en el marco de los trabajos que realizan.

El régimen simplificado de cotización será de carácter excepcional y transitorio, de pago mensual y requerirá la afiliación de la persona trabajadora a un organismo administrador. Las condiciones de acceso al seguro se han diseñado para incentivar el ingreso al sistema de Seguridad Social en su amplitud, lo que justifica que el régimen sea por un tiempo limitado, considerándose un punto de partida para el ingreso al sistema en su integridad a través de diversos incentivos y políticas públicas.

**6. Cambios en la ley orgánica de la Superintendencia de Seguridad Social**

En razón de las modificaciones que se introducen a las facultades fiscalizadoras de la Superintendencia de Seguridad Social, y la creación del sistema de calificación del origen de las enfermedades, se hace necesario perfeccionar las competencias de esta Superintendencia.

Se incorporan en su ley orgánica disposiciones que facilitan la contratación de profesionales especializados para el cumplimiento de sus funciones de control y, en armonía con las disposiciones de este proyecto, se reiteran las facultades de la Superintendencia en materia de supervisión del funcionamiento sistema de calificación de origen de las enfermedades, así como de los gobiernos corporativos de las entidades de

previsión social sometidas a su fiscalización.

**7. Vigencia**

Se propone que el presente proyecto de ley tenga vacancia diferida, entrando en vigencia a partir del primer día del séptimo mes siguiente a aquel de su publicación para todas aquellas disposiciones que no se refieren al sistema de calificación del origen de las enfermedades, las que comenzarán a regir el 1° día del decimoctavo mes siguiente a su publicación.

En el mismo sentido, se establece que con anterioridad al primer día del décimo octavo mes siguiente al de la publicación de la ley, la Superintendencia de Seguridad Social, el Ministerio del Trabajo y Previsión Social y el Ministerio de Hacienda, según corresponda, podrán dictar los actos y celebrar las contrataciones que sean necesarias para la propuesta del nuevo sistema de calificación.

Finalmente, respecto a los reglamentos que corresponda dictar en virtud de la ley, podrán ser expedidos a partir de la fecha de publicación de este cuerpo legal.

En uso de mis facultades constitucionales, someto a vuestra consideración el siguiente,

**P R O Y E C T O  D E  L E Y**

**“Artículo 1°.-** Introdúcense las siguientes modificaciones a la ley N°16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales:

**1)** Agrégase el siguiente artículo 9°, nuevo:

”Artículo 9°.- La supervigilancia, fiscalización y, en el orden administrativo, la regulación del seguro social de esta ley y de los organismos administradores que participan en su administración corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social.

En el ejercicio de estas atribuciones la Superintendencia de Seguridad Social, dictará normas de carácter general, supervisará y fiscalizará la oportunidad y la calidad de las prestaciones que otorguen los organismos administradores y las empresas con administración delegada, la función de gestión de riesgos y de los estándares de gobierno corporativo, considerando la sostenibilidad, la transparencia institucional y los conflictos de interés. Además, deberá dictar instrucciones, normas y fiscalizar el correcto uso de los recursos del seguro de esta ley.

Los estados financieros de las mutualidades de empleadores deberán presentarse a esa Superintendencia auditados por entidades inscritas en el registro de empresas de auditoría externa que mantiene la Comisión para el Mercado Financiero.”.

**2)** Modifícase el artículo 10 del siguiente modo:

**a)** Incorpórase en el inciso segundo, luego de la palabra “prestaciones” la expresión “preventivas y”

**b)** Remplázase en el inciso tercero, la expresión “Nos 29.”, por la expresión “N°s”.

**3)** Incorpórase un nuevo artículo 12 bis, del siguiente tenor:

“Artículo 12 bis.- Una mutualidad podrá ser intervenida por la Superintendencia de Seguridad Social cuando, a juicio de ésta y previa investigación en el marco de un proceso de fiscalización, incurra en algunas de las siguientes causales:

a) En caso que no se otorguen o paguen oportunamente, sin causa justificada, las prestaciones legales.

b) Cuando una mutualidad incumpla reiteradamente una o más de las normas emitidas por la Superintendencia de Seguridad Social sobre requerimientos patrimoniales, endeudamiento o presente un déficit de inversiones financieras de capitales representativos.

c) Cuando, por efecto de pérdidas acumuladas durante el ejercicio anual, que aparezcan en dos estados financieros consecutivos, se desprenda que, de mantenerse el aumento proporcional de ellas en los siguientes seis meses, la mutualidad quedará en alguna de las situaciones previstas en las letras a) o b) precedentes.

d) Cualquier otro incumplimiento grave y reiterado de las disposiciones legales, reglamentarias o estatutarias que la rigen. Para estos efectos, se entenderá por reiteración cuando se hubiere incurrido en 2 o más incumplimientos en los últimos 12 meses.

La intervención de una mutualidad será declarada por la Superintendencia previa notificación de la respectiva entidad. La resolución que declare la intervención será fundada, fijará la fecha en que la intervención deba iniciarse, determinará el plazo de su duración, designará a una persona interventora y fijará el honorario de ésta, el que será de cargo de la mutualidad intervenida.

En todo caso, la entidad afectada podrá reponer dicha resolución ante la Superintendencia de Seguridad Social en el plazo de cinco días desde su dictación. Cuando no deduzca dicha reposición o ésta sea rechazada por la Superintendencia, la mutualidad podrá recurrir ante la Corte de Apelaciones de Santiago, en los términos indicados en los artículos 58 y siguientes de la ley N°16.395.

La intervención podrá ser decretada hasta por el plazo de un año, el que podrá ser ampliado por una sola vez, hasta por el mismo tiempo.

La designación de interventor deberá recaer en una persona que no sea director ni dependiente de la mutualidad intervenida y que posea título profesional en una carrera de, a lo menos, diez semestres de duración otorgado por una Universidad o Instituto Profesional del estado o reconocido por éste, o aquellos títulos validados en Chile de acuerdo a la legislación vigente, y acredite experiencia profesional en administración de empresas de, a lo menos, 5

años. El interventor deberá constituir fianza de fiel cumplimiento de sus funciones por el monto y en la forma que determine la Superintendencia.

El interventor designado deberá rendir cuenta a la Superintendencia de Seguridad Social cada vez que sea requerido para ello, y ésta podrá sustituirlo en cualquier tiempo.

El interventor asumirá las funciones del directorio y del gerente general de la mutualidad intervenida. Podrá, sin embargo, delegar alguna de las funciones que le competan, quedando obligado solidariamente ante la mutualidad por los actos que en virtud de la delegación efectúen los delegados.

Durante el período de intervención se suspenderá el funcionamiento del directorio de la mutualidad y del gerente general, no correspondiéndoles dieta ni remuneración por dicho período. Los trabajadores de la respectiva mutualidad quedarán sujetos a la dirección del interventor.

La Superintendencia de Seguridad Social podrá establecer, a solicitud del interventor, la suspensión de nuevas adhesiones o renuncias, por el período que ésta determine.

Al término de la intervención, la Superintendencia podrá, previo informe del interventor, disponer la renovación total del directorio, la que se efectuará conforme a esta ley y a los estatutos de la respectiva mutualidad.

Al término de sus funciones, el interventor deberá presentar a la Superintendencia un informe circunstanciado de su gestión, sin perjuicio de la información que dicho servicio pueda solicitarle cuando lo estime conveniente.

La Superintendencia pondrá término anticipado a la intervención cuando considere innecesaria la mantención de dicha medida.

Las disposiciones que establece este artículo, así como aquellas que dicte la Superintendencia de Seguridad Social para su adecuada aplicación, primarán por sobre las que puedan establecer otros cuerpos legales sobre la misma materia, las que sin embargo se aplicarán

supletoriamente en todo lo que no resulte incompatible con aquellas.”.

**4)** Modifícase el artículo 15 del siguiente modo:

**a)** En el literal d), sustitúyase la conjunción “y” final.

**b)** Reemplázase en el literal e) la expresión “y 69.” por “69 y 77 bis, y”.

**c)** Incorpórase el siguiente literal f), nuevo:” f) Con cualquier otro ingreso que perciban los organismos administradores y empresas con administración delegada conforme a la ley.”.

**5)** Modifícase el artículo 16 de la siguiente manera:

**a)** Sustitúyese el inciso primero por el siguiente:

“A las entidades empleadoras que implementen o hayan implementado medidas efectivas para eliminar, controlar o reducir, según corresponda, sus riesgos de accidentes del trabajo o de enfermedades profesionales, se les rebajará o eximirá de la tasa de cotización adicional, conforme al procedimiento establecido en el reglamento.”.

**b)** Reemplázase el inciso segundo, por el siguiente:

“Respecto de las entidades empleadoras que no ofrezcan condiciones satisfactorias de seguridad y salud en el trabajo, sea para personas trabajadoras subordinadas directas o bien que presten servicios en obras, faenas o servicios bajo su responsabilidad, o que no implementen las medidas de seguridad que el organismo competente les ordene, deberán pagar la cotización adicional con recargo de hasta el 100%, sin perjuicio de las demás sanciones que les corresponda. A las entidades empleadoras y personas trabajadoras independientes, cuya actividad económica principal no tenga asociada una tasa de cotización adicional, se les impondrá un recargo de hasta un 100% respecto de una tasa de cotización adicional de un 0,90%.”

**c)** Reemplázase en el inciso tercero la frase “las mutualidades de empleadores respecto de sus empresas adherentes y por los Servicios de Salud respecto de las demás empresas” por la expresión: “los organismos administradores”.

**d)** Reemplázase el inciso cuarto por el siguiente:

“Las entidades empleadoras podrán reclamar de lo resuelto por el Instituto de Seguridad Laboral o la respectiva mutualidad de empleadores, ante la Superintendencia de Seguridad Social, en conformidad al inciso tercero del artículo 77 de esta ley, sin perjuicio de solicitar su reconsideración ante el organismo administrador respectivo, en cuyo caso el plazo para reclamar ante la Superintendencia de Seguridad Social se suspenderá.”.

**6)** Reemplázase el título del párrafo 5° por “Párrafo 5° Pensiones de Sobrevivencia”.

**7)** Modifícase el artículo 43 de la siguiente forma:

**a)** Reemplázase luego de la expresión: “del afiliado”, por “de la persona afiliada”;

**b)** Incorpórase luego de la palabra “el cónyuge”, la expresión: ”o su conviviente civil”;

**c)** Elimínase el texto: “legítimos, naturales, ilegítimos o adoptivos”.

**d)** Incorpórase, luego de la expresión “la madre”, “o el padre”;

**e)** Reemplázase la expresión “hijos naturales” por “hijos de filiación no matrimonial”.

**f)** Reemplázase la palabra “supervivencia” por “sobrevivencia”.

**8)** Modifícase el artículo 44 de la siguiente forma:

**a)** Reemplázase el inciso primero por el siguiente:

"El cónyuge, o conviviente civil sobreviviente con hijos comunes con el causante que tenga derecho a pensión de sobrevivencia, tendrá derecho a una pensión vitalicia equivalente al 50% de la pensión básica que habría correspondido a la víctima si se hubiere invalidado totalmente, o de la pensión básica que percibía en el momento de la muerte".

**b)** Reemplázase los incisos segundo, tercer y cuarto actuales por los incisos segundo y tercero, nuevos:.

"Si el o la cónyuge o conviviente civil sobreviviente, no tuviese hijos del causante o éstos no fueren titulares de pensión de orfandad, el referido porcentaje ascenderá a 60%. Igual porcentaje se pagará a partir del primer día del mes siguiente a aquel en que se extingan la totalidad de las pensiones de orfandad.

Las reglas anteriores se aplicarán también en el caso del padre o madre de hijos de filiación no matrimonial del causante, que hubiere cohabitado de manera estable con el fallecido o vivido a expensas de éste al momento del fallecimiento. Una norma de carácter general de la Superintendencia de Seguridad Social establecerá las directrices para acreditar la circunstancia referida."

**9)** Derógase el artículo 45.

**10)** Incorpórase al final del epígrafe del Título VI la palabra "permanentes".

**11)** Modifícase el artículo 75 del siguiente modo:

**a)** Reemplázase el número del artículo, pasando a ser el artículo "74 bis".

**b)** Reemplázase la expresión "del Servicio Nacional de Salud", por "de la respectiva Secretaría Regional Ministerial de Salud".

**12)** Incorpórase en el Título VIII, Disposiciones finales, a continuación del artículo 75, que ha pasado a ser 74 bis, el siguiente nuevo párrafo 2°, nuevo, pasando los actuales párrafos 2°, 3° y 4° a ser los párrafos 3°, 4° y 5°, respectivamente:

"Párrafo 2°

Del Sistema de Calificación del origen de las Enfermedades: de las comisiones calificadoras del origen de las enfermedades, la Comisión Central de Reclamaciones y el Consejo Consultivo Tripartito de Calificación

Artículo 75.- Créase el Sistema de Calificación del origen de las Enfermedades, el que estará integrado por las Comisiones Calificadoras del origen de la enfermedad, en adelante las Comisiones Calificadoras, la Comisión Central de Reclamaciones y el Consejo Consultivo Tripartito de Calificación.

Las Comisiones Calificadoras y la Comisión Central de Reclamaciones, serán unidades funcional y técnicamente desconcentradas de la Superintendencia de Seguridad Social.

Estas Comisiones estarán bajo la supervigilancia de la Superintendencia de Seguridad Social, en los aspectos administrativos y aquellos operativos que señala esta ley. La Superintendencia les otorgará soporte administrativo y estará facultada para contratar directamente peritajes de salud, en casos calificados, cuando la Comisión Central de Reclamaciones lo requiera para el adecuado ejercicio de sus funciones.

De conformidad a lo señalado en los incisos precedentes, la Superintendencia, en uso de sus facultades de supervigilancia y fiscalización, no podrá pronunciarse en el ámbito contencioso administrativo respecto de la calificación del origen común o laboral de las enfermedades, en los casos cuyo conocimiento y resolución haya sido entregado a las Comisiones Calificadoras o a la Comisión Central de Reclamaciones.

El Consejo Consultivo de que trata este párrafo, es una instancia tripartita que asesorará a la Superintendencia de Seguridad Social para la mejora continua del proceso de calificación de las enfermedades, conforme a las normas que se indican en el artículo 75 sexies y siguientes.

Artículo 75 bis.- Corresponderá a las Comisiones Calificadoras resolver sobre la calificación del origen común o laboral de las enfermedades denunciadas como profesionales.

Estas comisiones estarán compuestas por, a lo menos, tres profesionales de la salud los que designarán un presidente. Cuando el número de casos a revisar lo amerite, otros profesionales podrán integrar la respectiva Comisión, la que siempre sesionará con a lo menos dos de sus integrantes. Todos los integrantes deben haber cursado una carrera de, a lo menos, 10 semestres de duración otorgado por una Universidad o Instituto Profesional del Estado o reconocido por éste, o aquellos títulos validades en Chile de acuerdo a la legislación vigente, y contar con experiencia o formación en seguridad y salud en el trabajo.

Artículo 75 ter.- Corresponderá exclusivamente a la Comisión Central de Reclamaciones, resolver las reclamaciones contra las resoluciones emitidas por las Comisiones Calificadoras o por los organismos administradores, según corresponda.

Esta Comisión estará conformada por subcomisiones integradas por a lo menos tres profesionales de la salud y presididas, preferentemente, por un médico cirujano con experiencia en salud ocupacional. Cuando el número de casos a revisar lo amerite, otros profesionales podrán integrar la respectiva Comisión, la que siempre sesionará con a lo menos dos de sus integrantes. Todos los integrantes deben haber cursado una carrera de, a lo menos, 10 semestres de duración otorgada por una Universidad o Instituto Profesional del Estado o reconocido por éste, o aquellos títulos validados en Chile de acuerdo a la legislación vigente, y contar con experiencia o formación en seguridad y salud en el trabajo.

Artículo 75 ter A.- Las comisiones de que trata este párrafo podrán funcionar con la asistencia de a lo menos dos de sus miembros, debiendo ser uno de ellos, su presidente. Las decisiones se adoptarán siempre por mayoría. En caso de empate, el voto dirimente corresponderá al presidente. En el caso de la Comisión Central de Reclamaciones, esta se organizará en subcomisiones.

Las comisiones sesionarán ordinariamente en días hábiles administrativos las veces que sea necesario para el adecuado cumplimiento de sus funciones. No obstante, podrán hacerlo, extraordinariamente en situaciones urgentes o necesarias que determine la Superintendencia de Seguridad Social.

Con todo, las comisiones acreditarán el cumplimiento de sus funciones mediante la suscripción por

parte de sus miembros del informe que contenga la identificación de los casos resueltos.

Tanto las Comisiones Calificadoras como así también la Comisión Central de Reclamaciones, sesionarán o ejercerán sus funciones de manera remota.

Los profesionales de estas Comisiones se sujetarán al régimen de honorarios y serán contratados por la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo 75 ter B.- Los profesionales que integran las Comisiones referidas en el artículo precedente deberán abstenerse o inhabilitarse de intervenir y concurrir a los acuerdos en caso de existir un conflicto de interés directo o indirecto en la respectiva calificación. Las comisiones deberán velar por la continuidad del proceso.

Se entenderá que existe un conflicto de interés cuando el caso que se somete a su conocimiento pueda afectar a su cónyuge, conviviente civil o parientes hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad; o a una persona natural o jurídica para la cual el profesional de esas Comisiones presta servicios de cualquier naturaleza.

La condición de miembro de una Comisión de Calificación será recíprocamente incompatible con las de miembro de la Comisión Central de Reclamaciones o del Consejo Consultivo Tripartito de Calificación. Asimismo, serán incompatibles con un cargo directivo, gerencias o subgerencias en organismos administradores, empresas con administración delegada o Instituciones de Salud Previsional.

Toda decisión o pronunciamiento que la Comisión adopte con participación de un miembro respecto del cual existía alguna causal de abstención, deberá ser revisado por una nueva Comisión, pudiendo, además, ser impugnado dentro del plazo de un año, contado desde que éste fue emitido. En caso que la inhabilidad afecte a más de un profesional e impida la realización de las sesiones conforme a lo dispuesto en el artículo 75 ter, deberá designarse una nueva Comisión para que conozca el caso respectivo.

El incumplimiento del deber de abstención en los casos señalados en este artículo será causal de cese de la calidad de integrante de las comisiones. La Superintendencia de Seguridad Social, mediante resolución fundada, dispondrá el cese de la referida calidad, quedando

los afectados impedidos de integrar nuevamente dichas comisiones. Ello, sin perjuicio de la responsabilidad administrativa, civil o penal que proceda. La causal de cese y el procedimiento dispuesto precedentemente, será aplicable además en las incompatibilidades a que se refiere el inciso tercero del presente artículo.

Artículo 75 quater.- Para la calificación del origen de las enfermedades, las Comisiones se sujetarán a las “Normas para la Calificación del origen de las enfermedades”, dictadas por la Superintendencia de Seguridad Social, las que deberán considerar el enfoque de género y serán establecidas tras haber sido informadas al Consejo Consultivo Tripartito de Calificación que regula esta ley.

Las Comisiones de Calificación y la Comisión Central de Reclamaciones, tendrán acceso a los datos sensibles y personales de las personas trabajadoras cuya enfermedad está siendo evaluada, y estarán facultadas para requerir a los organismos públicos y privados, incluyendo, entre otros, a los prestadores de salud, la información que fuere necesaria para el ejercicio de sus funciones, así como también aquellos antecedentes relevantes que dichos organismos aporten. Las entidades antes señaladas estarán obligadas a remitir la información con que cuenten que se les haya requerido. Además, el trabajador o trabajadora podrá solicitar que se requiera la información necesaria para la calificación a las entidades de salud que individualice donde haya recibido atención previa, conforme se establece en el inciso primero del artículo 76 bis, asimismo, podrá aportar directamente dichos antecedentes.

Artículo 75 quinquies.- La Superintendencia de Seguridad Social administrará un sistema interconectado que contenga la información de las personas trabajadoras cuya denuncia de enfermedad profesional se haya realizado para la respectiva calificación. Dicha información deberá incluir aspectos relativos a sus antecedentes de salud y asimismo cualquier otra que permita el ejercicio de las atribuciones de las comisiones y sus intervinientes, resguardando la privacidad de los datos personales o sensibles de las personas trabajadoras, de acuerdo a lo dispuesto en la ley Nº 19.628, sobre protección de datos de carácter personal, y las normas que la complementen, incluidos los niveles de seguridad concordantes con los principios que rigen el tratamiento de datos personales, quedando sujetas a las responsabilidades que en dicha normativa se establecen. Todo lo anterior, priorizando que la información se mantenga disponible de

manera oportuna, segura y expedita de conformidad con el principio de interoperabilidad y los demás contemplados en la ley N°21.180.

Artículo 75 sexies.- El Consejo Consultivo Tripartito de Calificación, en adelante “el Consejo”, asesorará a la Superintendencia de Seguridad Social en aquellas materias y actividades relacionadas con la calificación de origen de las enfermedades. En cumplimiento de dicha misión, el Consejo tendrá las siguientes funciones:

a) Emitir su opinión en la elaboración de las normas técnicas para la calificación de origen de las enfermedades;

b) Conocer las materias fiscalizadas por la Superintendencia de Seguridad Social en relación con los procedimientos de calificación de origen de enfermedades, con el fin de proponer mejoras en la materia;

c) Evacuar, dentro del segundo trimestre de cada año, un informe que contenga su opinión sobre el funcionamiento de los procedimientos de calificación y reclamaciones respecto de enfermedades de origen profesional concluidos durante el año calendario anterior, considerando especialmente mejoras en el acceso a información por parte de las y los trabajadores y la información estadística existente. Dicho informe será remitido al Ministerio del Trabajo y Previsión Social;

d) Dar a conocer su opinión respecto de otras materias relativas a la calificación del origen de enfermedades que, en el ámbito de sus funciones, les solicite la Superintendencia de Seguridad Social;

e) Las demás funciones que le encomiende la ley.

Para el desarrollo de sus funciones, el Consejo podrá invitar a expertos a dar su opinión ante los consejeros sobre las materias que éstos les requieran.

Artículo 75 septies.- El Consejo estará integrado por seis miembros. Cinco de dichos miembros deberán contar con experiencia en salud ocupacional, dos de los cuales serán designados por la organización más representativa de las entidades empleadoras, dos por la organización más

representativa de las personas trabajadoras y un integrante del Ministerio del Trabajo y Previsión Social designado por dicha institución.

Asimismo, integrará el Consejo el o la Superintendenta de Seguridad Social, quien presidirá el Consejo. Corresponderá al Ministerio del Trabajo y Previsión Social formalizar la tramitación de las resoluciones de nombramiento respectivas.

Los acuerdos del Consejo se tomarán por la mayoría de sus miembros, debiendo sesionar con al menos tres integrantes y, en caso de empate, su Presidente tendrá voto dirimente.

Los Consejeros durarán en sus funciones tres años, pudiendo ser reelegidos solo por un período. Con todo el Superintendente o Superintendenta integrarán el Consejo por el periodo durante el cual ejerzan dicho cargo.

Los Consejeros percibirán una dieta equivalente a un monto de 8 unidades de fomento por cada sesión, con un máximo de una sesión mensual, con cargo al mecanismo de financiamiento señalado en el artículo siguiente. En el caso del integrante del Ministerio del Trabajo y Previsión Social y el o la Superintendenta de Seguridad Social, estos no percibirán la dieta señalada precedentemente.

La Superintendencia de Seguridad Social, deberá proveer la asistencia técnica y administrativa para el funcionamiento del Consejo, así como también los antecedentes y estudios técnico-complementarios que se requieran para el debido cumplimiento de las funciones de aquél, debiendo mantener reserva de la información recibida.

El o la Presidenta del Consejo deberá implementar una política de tratamiento y uso de la información reservada.

Artículo 75 septies A.- Serán causales de cesación de los consejeros las siguientes:

a) Expiración del plazo por el que fue nombrado.

b) Renuncia aceptada por el Presidente del Consejo. En caso de que sea el Presidente quien renuncia,

deberá ser aceptada por el otro integrante nombrado por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

c) Sobreviniencia de alguna causal de inhabilidad o incompatibilidad. El consejero que adquiera una calidad que lo inhabilite para desempeñar la función, cesará automáticamente en ella.

d) Falta grave al cumplimiento de las obligaciones como consejero. Se considerará como grave la inasistencia injustificada a tres sesiones consecutivas.

e) Remoción del consejero por parte de quienes lo designaron para estos efectos.

En caso de que los consejeros, con excepción del Superintendente o Superintendenta, cesen en sus funciones, procederá la designación de una o un nuevo consejero, cuyo nombramiento durará por el tiempo que faltare para completar el período de quien hubiera cesado en el cargo.

Los miembros del Consejo, no podrán ser gerentes, administradores o directores de un Organismo Administrador o empresa de administración delegada del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la ley N° 16.744, mientras ejerzan su cargo en el consejo.

Artículo 75 septies B.- Un reglamento dictado por intermedio del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, establecerá las normas necesarias para el funcionamiento del Consejo y para la adecuada ejecución de las funciones que le son encomendadas, la forma de ejercer la representación del mismo, inhabilidades y reemplazos, y el acceso a la información necesaria para realizar sus labores, debiendo en todo caso, resguardarse el derecho a la privacidad de las personas trabajadoras calificadas.

Artículo 75 octies.- El sistema de calificación de enfermedades que se crea en virtud del artículo 75 de esta ley, se financiará con cargo al Seguro de ley N°16.744.

Los aportes para su financiamiento serán realizados por los organismos administradores y empresas con administración delegada y serán traspasados a la Superintendencia de Seguridad Social para su administración. Estos aportes se destinarán por la Superintendencia exclusivamente para solventar los gastos de administración y

funcionamiento de las Comisiones de Calificación, de la Comisión Central de Reclamaciones, incluidos los honorarios de los integrantes de las mismas y los peritajes que procedan. También financiarán los gastos de administración y funcionamiento del Consejo Consultivo tripartito de calificación de esta ley, incluidas sus dietas. Además, financiará la implementación y mantención del sistema interconectado de información señalado en el artículo 75 quinquies.

El monto anual a ser aportado se determinará sobre la base de un programa anual y será fijado, a más tardar, dentro del mes de diciembre de cada año, mediante un decreto, expedido por el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito, además, por el Ministro de Hacienda. Dicho decreto será expedido bajo la fórmula “Por orden del Presidente de la República”, rigiendo para la siguiente anualidad.

En caso de que el monto fijado de conformidad a este artículo resulte insuficiente o superior a los gastos efectivos del sistema de calificación de enfermedades, una resolución de la Superintendencia de Seguridad Social, visada por la Dirección de Presupuestos, regulará el procedimiento a través del cual se realizará la respectiva reliquidación, como también toda otra materia necesaria al efecto. El respectivo proceso deberá llevarse a cabo dentro del primer cuatrimestre de aquellas anualidades en que corresponda su realización.

La Superintendencia de Seguridad Social propondrá a los Ministerios del Trabajo y Previsión Social y de Hacienda, el programa a que se refiere este artículo, dentro del mes de noviembre de cada año. Dicho programa contendrá el presupuesto de ingresos y gastos, considerando el porcentaje que represente el número total de personas calificadas por enfermedad profesional en los doce meses inmediatamente anteriores a la formulación del referido programa, respecto del total de denuncias individuales de enfermedad profesional tramitadas. Además, considerará los gastos para la operación y funcionamiento del sistema de calificación, incluidos los honorarios de los integrantes de las Comisiones, las dietas del Comité tripartito, los peritajes y la plataforma tecnológica de funcionamiento del sistema, en concordancia a lo dispuesto en el inciso segundo de este artículo.

La Superintendencia de Seguridad Social, mediante una norma de carácter general, determinará las modalidades y procedimientos que se seguirán para efectuar la transferencia de los recursos de que trata este artículo.

La información de la ejecución de los gastos realizados por la Superintendencia de Seguridad Social en virtud de este artículo será publicada en su sitio web.”.

**13)** Incorpóranse en el párrafo 2°. Procedimientos y Recursos, que pasa a ser el párrafo 3°, los siguientes artículos, nuevos:

“Artículo 76 bis.- Para efectos de la calificación del origen de la enfermedad profesional, los organismos administradores o administradores delegados tendrán disponibles todos los antecedentes, incluidos los aportados por las personas trabajadoras a las Comisiones Calificadoras, a través del sistema referido en el artículo 75 quinquies, en el plazo máximo de veinte días corridos desde que tomen conocimiento de la denuncia individual de la enfermedad profesional, con al menos los exámenes médicos y las evaluaciones correspondientes a las condiciones de trabajo, considerando además la información que proporcione al efecto el empleador respecto a dichas evaluaciones, y los demás antecedentes que al efecto establezca la Superintendencia de Seguridad Social. De igual forma, la persona trabajadora podrá aportar antecedentes de salud o solicitar al organismo administrador que este requiera los antecedentes que no pudiera aportar directamente de atenciones previas que haya tenido en los prestadores de salud.

Será deber de los organismos administradores o administradores delegados, en la elaboración de sus informes, estudios y evaluaciones, ceñirse estrictamente a la evidencia clínica disponible, al conocimiento técnico científico y a las condiciones de trabajo informadas.

Sin perjuicio de lo señalado en el inciso anterior, las Comisiones Calificadoras y la Comisión Central de Reclamaciones, en el ejercicio de sus funciones, podrán requerir a los distintos organismos administradores o administradores delegados, y a las personas y entidades que estimen pertinente, como los prestadores de salud y otras instituciones involucradas en el tratamiento del respectivo

cuadro, y a los aseguradores de salud, los antecedentes complementarios que juzguen necesarios para mejor resolver.

Los exámenes, estudios y traslados necesarios para la calificación, serán de cargo del organismo administrador o de la respectiva empresa con administración delegada.

Artículo 76 ter.- Las personas trabajadoras deberán concurrir a las citaciones que les formulen los organismos administradores y los administradores delegados durante el proceso de calificación o las demás entidades de salud, según sea el caso, para los exámenes que sean necesarios, debiendo el empleador permitir su asistencia. El tiempo que en ello utilicen será considerado como trabajado para todos los efectos legales. Excepcionalmente podrán ser citados por la comisión calificadora de origen de la enfermedad o la comisión de reclamación cuando sea requerido por éstas.

La persona trabajadora independiente deberá permitir la evaluación de las condiciones de trabajo cuando sea requerido.

A las personas trabajadoras, tanto dependientes como independientes, que no concurran a las citaciones que señala este artículo, de manera injustificada, se les suspenderá el pago del subsidio de incapacidad temporal que se encuentren percibiendo, cualquiera sea el régimen que lo otorgue. La persona trabajadora afectada podrá reclamar de esta resolución ante la Superintendencia de Seguridad Social.

Asimismo, la entidad empleadora o ex entidad empleadora, según sea el caso, deberá otorgar las facilidades para la evaluación de las condiciones de trabajo. En caso de negativa o falta de colaboración, el organismo administrador podrá imponer un recargo de hasta un 50% de las tasas que correspondan conforme a la letra b) del artículo 15 de esta ley, y si esta fuera igual a cero el recargo se impondrá sobre la tasa inmediatamente superior a cero. Este recargo subsistirá mientras no se otorguen las facilidades requeridas, sin perjuicio de la aplicación de las demás sanciones legales que procedan.

Los actos que se dicten en aplicación de este artículo serán reclamables ante la Superintendencia de Seguridad Social, la que resolverá sin ulterior recurso.

Artículo 76 quáter.- Las resoluciones de calificación de origen de la enfermedad que emitan las Comisiones Calificadoras, serán notificadas electrónicamente a la persona trabajadora, a la entidad empleadora, al organismo administrador, al administrador delegado y a la institución de salud a la que se encuentre afiliada, según corresponda, dentro de 2 días hábiles siguientes a su dictación. La resolución de calificación podrá ser reclamada mediante solicitud fundada, ante la Comisión Central de Reclamaciones, que resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso, conforme al procedimiento que establezca el reglamento, debiendo interponerse dentro del plazo de 90 días hábiles.

Para efectos de las comunicaciones y notificaciones en el proceso de calificación, los intervinientes deberán indicar una dirección de correo electrónico, caso en el cual se entenderá como domicilio válido para practicar las notificaciones. En caso de que uno de los intervinientes carezca de acceso a medios electrónicos, podrá solicitar por medio de un formulario, ante la Superintendencia de Seguridad Social, que las comunicaciones y notificaciones se le practiquen de forma diversa, debiendo pronunciarse dicha Superintendencia dentro de tres días hábiles, según lo establezca el reglamento, y deberá hacerlo de manera fundada en caso de denegar la solicitud. La notificación se realizará en la forma solicitada si fuere posible o mediante carta certificada dirigida al domicilio que informe al presentar esta solicitud. En caso de notificaciones por carta certificada, éstas se entenderán practicadas a contar del tercer día siguiente a su recepción en la oficina de correos que corresponda.

Un reglamento dictado por intermedio del Ministerio del Trabajo y Previsión Social regulará el sistema, el procedimiento y los plazos para la calificación del origen de la enfermedad, las cualificaciones técnicas de los profesionales de la salud, la forma y condiciones bajo las cuales se almacenará la información, el resguardo de la vida privada de las personas involucradas, la forma en como procederá la supervigilancia administrativa, así como las demás normas necesarias para el funcionamiento de estas comisiones.

Artículo 76 quinquies.- Cuando una persona trabajadora manifieste a su entidad empleadora que padece una

enfermedad presumiblemente de origen laboral que no estuviera enumerada en la lista a que se refiere el artículo 7 de esta ley, y que considere haber sido contraída como consecuencia directa de la profesión o del trabajo realizado, esta última deberá remitir la respectiva Denuncia Individual de Enfermedad Profesional según lo establecido en el artículo 76 de esta ley, al organismo administrador, y si no lo hiciera podrán hacerlo las personas señaladas en el artículo 76, sin perjuicio de las demás sanciones legalmente procedentes.

Tanto los organismos administradores como así también los organismos con administración delegada, una vez practicados los exámenes y recopilados los demás antecedentes a que se refiere el artículo 76 bis, los remitirá a las Comisiones Calificadoras, cuya resolución podrá ser reclamada mediante solicitud fundada ante la Comisión Central de Reclamaciones, en los mismos términos que se indican en el artículo 76 quáter, debiendo en ambas instancias considerar como criterios para resolver que exista una relación causal directa entre la exposición a un entorno de trabajo o actividad laboral específica y la enfermedad.”.

**14)** Sustitúyase el artículo 77 bis, por el siguiente:

“Artículo 77 bis.- Cuando se resuelva fundadamente que un accidente tiene un origen cuya cobertura corresponde a un organismo de régimen previsional diferente, según corresponda, las Instituciones de Salud Previsional, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, los Servicios de Salud, las mutualidades de empleadores, el Instituto de Seguridad Laboral o las empresas con administración delegada, deberán derivar al trabajador a la entidad de ese régimen, quien le otorgará las prestaciones médicas y/o pecuniarias que correspondan, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren. Las resoluciones de las señaladas entidades podrán ser reclamadas en un plazo de 90 días hábiles ante la Superintendencia de Seguridad Social, quien resolverá con competencia exclusiva y sin ulterior recurso.

En el caso de las enfermedades, al recepcionar una denuncia o una licencia médica emitida como laboral, las mutualidades de empleadores, el Instituto de Seguridad Laboral y las empresas con administración delegada, deberán remitirla a las Comisiones Calificadoras junto a los antecedentes médicos y las evaluaciones para la calificación del origen, manteniendo el otorgamiento de las prestaciones médicas y pecuniarias que correspondan, hasta que dicha

Comisión resuelva. Lo anterior, salvo que las mutualidades, el Instituto de Seguridad Laboral o las empresas con administración delegada concuerden con el origen laboral del cuadro, caso en el cual, deberán extender la respectiva resolución de calificación. De esta resolución se podrá reclamar ante la Comisión Central de Reclamaciones.

En caso que las Instituciones de Salud Previsional, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez o el Servicio de Salud, consideren fundadamente y en base a antecedentes del caso concreto que una enfermedad tiene un origen laboral, deberán derivar los antecedentes de respaldo al organismo administrador o a la empresa con administración delegada, según sea el caso, los cuales podrán concordar o no con aquéllas. Sólo en este último caso, el organismo administrador o la empresa con administración delegada deberá remitir los antecedentes a la Comisión Calificadora, debiendo las Instituciones de Salud Previsional, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez o el Servicio de Salud, mantener el otorgamiento de las prestaciones médicas y pecuniarias que correspondan, hasta que dicha Comisión resuelva sobre la calificación. El organismo administrador podrá rechazar las derivaciones que sean infundadas o incompletas de acuerdo con una norma de carácter general dictada por la Superintendencia de Seguridad Social.

Cuando corresponda, de acuerdo a lo resuelto por la Comisión Calificadora, si la entidad que otorgó las prestaciones debe derivar al trabajador al otro sistema previsional según sea el caso, de igual forma este dará continuidad a las prestaciones médicas y económicas que correspondan, sin perjuicio de los reclamos posteriores y reembolsos, si procedieren, salvo que la persona trabajadora manifieste expresamente su consentimiento para trasladarse al prestador correspondiente.

Las reclamaciones que se interpongan ante la Comisión Central de Reclamaciones no suspenderán los efectos de las resoluciones de calificación emitidas por las Comisiones Calificadoras, salvo respecto de los reembolsos, que solo serán exigibles una vez que la resolución de la Comisión Central de Reclamaciones esté firmada administrativamente.

Si la Superintendencia de Seguridad Social, en el caso de accidente, la Comisión Calificadora o la Comisión Central de Reclamaciones, en caso de enfermedad, resuelve que las prestaciones debieron otorgarse con cargo a

un régimen previsional de salud diferente de aquel conforme al cual se proporcionaron, el Servicio de Salud, la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, el Instituto de Seguridad Laboral, la mutualidad de empleadores, las empresas con administración delegada, la Caja de Compensación de Asignación Familiar o la Institución de Salud Previsional, según corresponda, deberán reembolsar el valor de aquéllas a la entidad que las solventó, previo requerimiento. En el caso de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez y del Servicio de Salud, el reembolso deberá realizarse al Fondo Nacional de Salud. El reembolso del valor 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 al momento de su otorgamiento, 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 30 días, contado 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, el que se aplicará diariamente a contar del señalado requerimiento de pago.

En el evento que las prestaciones hubieren sido otorgadas conforme a los regímenes de salud comunes, y la Superintendencia de Seguridad Social en caso de accidentes, las Comisiones Calificadoras o la Comisión Central de Reclamaciones, si se trata de una enfermedad, resolvieren que la afección es de origen profesional, la entidad de ese régimen 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 el día en que se efectuó el reembolso a la institución de salud correspondiente.

Si, por el contrario, la afección es calificada como común y las prestaciones hubieren sido otorgadas como si su origen fuese profesional, el Servicio de Salud, la Comisión de Medicina Preventiva o Invalidez, 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, según el valor del arancel a que se refiere el artículo 159 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N°18.933 y N°18.469

La Superintendencia de Seguridad Social, dentro del ámbito de sus competencias, fiscalizará y sancionará el incumplimiento por parte de las entidades sometidas integralmente a su supervigilancia, de lo dispuesto en este artículo conforme a lo previsto en los artículos 57 y siguientes de la ley N°16.395. Asimismo, deberá derivar los antecedentes correspondientes e informar el incumplimiento respectivo a la Superintendencia de Salud, quien evaluará el establecimiento de las respectivas sanciones conforme a lo establecido en el artículo 110 N°4 del D.F.L N°1, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1973 y de las leyes 18.993 y N°18.469.

La Superintendencia de Seguridad Social podrá dictar normas de carácter general para la aplicación de estas disposiciones.”.

**Artículo 2**°.- Introdúcese el siguiente artículo 89 bis nuevo, a la ley N°20.255, sobre reforma previsional,

“Artículo 89 bis.- Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 89 precedente, la incorporación al Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales contemplado en la ley N°16.744 de las personas trabajadoras independientes a que se refiere el inciso tercero del artículo 90 del decreto ley N°3.500, de 1980, y al seguro de acompañamiento de niños y niñas afectados por una condición grave de salud de la ley N° 21.063, podrá sujetarse a las siguientes reglas especiales:

a) Las personas trabajadoras independientes a que se refiere este artículo podrán acceder a un régimen excepcional respecto al seguro social de la ley N° 16.744 y al seguro de acompañamiento de niños y niñas

afectados por una condición grave de salud de la ley N° 21.063 durante el periodo máximo de cuatro años consecutivos, contados desde su incorporación a los seguros antes señalados, siempre que paguen las cotizaciones contempladas en los artículos 15 y 16 de la citada ley, debiendo además, cotizar en forma conjunta para el seguro de acompañamiento de niños y niñas afectados por una condición grave de salud de la ley N° 21.063.

b) Transcurridos los cuatro años antes indicados, las personas trabajadoras independientes de que trata este artículo quedarán sujetas a los artículos 88 y 89 de esta ley, según corresponda. A su vez, podrán afiliarse y cotizar a los regímenes de seguridad social que se determine en caso de cumplirse con los requisitos que contenga la normativa respectiva, en cuyo caso se regirán por las disposiciones legales que resultaren aplicables.

c) Las personas trabajadoras independientes deberán pagar las cotizaciones a que se refiere la letra a) de este artículo calculadas sobre el monto de un ingreso mínimo mensual vigente. Dichas cotizaciones tendrán el carácter previsional para el solo efecto de la aplicación de la presente disposición respecto de la Ley sobre Impuesto a la Renta, no afectando lo establecido en otros regímenes de seguridad social. Los trabajadores independientes que coticen en virtud de este artículo no serán considerados afiliados al Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el título I del Libro II, del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, y mantendrán la calidad de beneficiarios del mismo. Con todo, de conformidad a las reglas generales, dichos trabajadores podrán efectuar las cotizaciones destinadas a financiar las prestaciones de salud.

d) Para tener derecho a las prestaciones de las leyes Nº16.744 y N°21.063 y para el solo efecto de este artículo, las personas trabajadoras independientes que opten por acogerse a esta disposición deberán estar registradas en un organismo administrador con anterioridad a la ocurrencia de la respectiva contingencia. Junto con lo anterior, para poder acceder a las prestaciones de la ley N° 16.744, deberán haber enterado las cotizaciones correspondientes en los términos indicados en los literales a) y f) de este artículo, al mes anteprecedente a aquel en que ocurrió el accidente o tuvo lugar el diagnóstico de la enfermedad profesional, o haber pagado, a lo menos, seis cotizaciones, continuas o discontinuas, en los últimos doce

meses anteriores a los mencionados siniestros, sea que aquellas se hayan realizado en virtud de su calidad de persona trabajadora independiente o dependiente. En el caso de las prestaciones de la ley N° 21.063, para acceder a éstas, las personas trabajadoras independientes deberán contar, a lo menos, con doce cotizaciones previsionales mensuales, continuas o discontinuas, en los últimos veinticuatro meses anteriores al inicio de la licencia médica. Además, las cinco últimas cotizaciones más próximas al inicio de la licencia deberán ser continuas.

Con todo, la persona trabajadora que se afilia por primera vez al seguro social de la ley Nº 16.744 en su calidad de independiente acogido a este artículo, durante los tres primeros meses posteriores a su registro, accederá a las prestaciones de aquél siempre que pague, a lo menos, las cotizaciones del mes en que ocurrió la contingencia de que se trate, cuando corresponda, conforme a lo dispuesto en el inciso anterior.

e) Respecto a las prestaciones de la ley N° 21.063, la persona trabajadora tendrá derecho únicamente al pago de un subsidio con cargo al Seguro que ella establece por todo el periodo de duración del permiso establecido en el artículo 14 de la ley.

f) Las cotizaciones deberán pagarse en forma conjunta y mensualmente ante el organismo administrador del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales establecido en la ley N° 16.744, a que se encontrare afecto el respectivo trabajador, hasta el último día hábil del mes calendario siguiente a aquel a que corresponde la respectiva renta.

Para efectos de enterar las cotizaciones a que se refiere este artículo, las personas trabajadoras deberán otorgar un mandato de pago automático de las cotizaciones que procedan de acuerdo con este artículo, con una institución financiera y con cargo a las cuentas de las que sean titulares, tales como cuenta vista, cuenta corriente, tarjetas de crédito o tarjetas de pago previa provisión de fondos. El mandato deberá otorgarse por el periodo de un año prorrogable por ciclos iguales y sucesivos y no podrá ser revocado durante un periodo anual de vigencia, a menos que el mandante adquiera la condición de trabajador dependiente o perciba rentas que queden comprendidas en el numeral 2 del artículo 42 de la Ley sobre Impuesto a la Renta.

El mandato de pago deberá considerar el pago tanto de las cotizaciones para el seguro de la ley N° 16.744, como las del seguro de acompañamiento de niños y niñas afectados por una condición grave de salud de la ley N° 21.063.

g) g) Para mantener su afiliación a los seguros de que trata este artículo, las personas trabajadoras independientes deberán acreditar a su organismo administrador el otorgamiento del mandato de pago señalado en el literal f), para lo cual deberán celebrar los convenios que fueren necesarios con las instituciones financieras respectivas. La Superintendencia de Seguridad Social impartirá normas de carácter general para la implementación de lo dispuesto en este literal.

h) Durante el periodo a que se refiere la letra a) precedente, para efectos de tener derecho a la prestación establecida en el artículo 30 de la ley N° 16.744, el accidente o la enfermedad debe haber sido calificado previamente como de origen profesional de acuerdo con lo establecido en los artículos 5 y 7 del mismo cuerpo legal.

i) Para efectos de lo dispuesto en este artículo, los subsidios de incapacidad que procedan en el marco de las leyes N°16.744 y 21.063, no serán imponibles para el régimen de salud común ni para efectos previsionales.

La Superintendencia de Seguridad Social impartirá a los organismos administradores y a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, considerando la letra c) de este artículo, instrucciones para el cálculo del subsidio. Asimismo, impartirá a los intervinientes, las demás instrucciones necesarias para la aplicación de este artículo.”.

**Artículo 3°.-** Transfórmense en la planta de directivos de la Superintendencia de Seguridad Social, fijada por el artículo 1° del decreto con fuerza de ley N°2, de 2008, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, cinco cargos de Jefe de Departamento, grado 3°, afectos al artículo 8° del Estatuto Administrativo, en cinco cargos de Directivo, grado 3°, en la planta de directivos del segundo nivel jerárquico afectos al título VI de la ley N°19.882.

La transformación de los cargos señalados en el inciso anterior entrará en vigencia una vez que el

cargo de Jefe de Departamento quede vacante por cualquier causa. Lo anterior se formalizará mediante resolución de la Superintendencia de Seguridad Social, cuya copia deberá ser remitida a la Dirección de Presupuestos.

**Artículo 4°.-** Introdúcense las siguientes modificaciones a la Ley N°16.395, que fija el texto refundido de la Ley de Organización y Atribuciones de la Superintendencia de Seguridad Social:

**1)** Reemplázase en el inciso quinto del artículo 1°, la oración “la supervigilancia y fiscalización de” por “dictar normas de carácter general, supervigilar y fiscalizar”.

**2)** Modifícase el artículo 2, del siguiente modo:

**a)** Incorpórase en la letra c) el siguiente párrafo segundo, nuevo:

“Para el cumplimiento de esta función, la Superintendencia podrá contratar la prestación de servicios de profesionales, ya sea a través de la celebración de convenios a honorarios o bien por medio de la suscripción de contratos de suministros a que se refieren la ley N° 19.886 y su Reglamento, con personas naturales o sociedades de profesionales de la salud, con el objeto de informar y proponer la resolución de reclamos en materias de salud común, maternal o respecto de la aplicación de la ley N° 16.744.”.

**b)** Reemplázase en el literal i) la palabra “Pública” por “Nacional”.

**c)** Reemplázase en el literal l) la expresión “Superintendencia de Valores y Seguros” por “Comisión para el Mercado Financiero”.

**d)** Reemplázase el literal q) por lo siguiente: “q) Coordinar y velar por el adecuado funcionamiento administrativo del Sistema de Calificación del origen de Enfermedades.”

**e)** Incorpóranse los siguientes literales r) y s, nuevos:

"r) Impartir normas de carácter general y fiscalizar la función de gestión de riesgos, el cumplimiento de estándares de gobierno corporativo y el correcto uso de los recursos de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar y de las mutualidades de empleadores.

s) Desempeñar las demás funciones que le encomienden las leyes.".

**3)** Reemplázase el inciso segundo del artículo 4°, por el siguiente:

"La Superintendencía de Seguridad Social está afecta al Sistema de Alta Dirección Pública del Título VI de la ley N° 19.882.".

**4)** Reemplázase en el inciso segundo del artículo 7° el número "10" por "13".

**5)** Incorpóranse en el artículo 38, las siguientes letras f), g) y h), nuevas:

"f) Dictar normas de carácter general, supervisar y fiscalizar la función de gestión de riesgos y los estándares de gobierno corporativo, considerando la sustentabilidad y la sostenibilidad, transparencia institucional, y conflictos de interés.

g) Impartir las instrucciones sobre las modalidades de contratación y canales de denuncia.

h) Dictar normas de carácter general, fiscalizar y supervigilar la utilización de recursos destinados a publicidad y marketing respecto de las entidades sujetas íntegramente a su fiscalización, estableciendo sus condiciones y alcances.".

## ARTÍCULOS TRANSITORIOS

**Artículo primero transitorio**.- La presente ley entrará en vigencia a partir del primer día del séptimo mes siguiente a aquel de su publicación.

Con todo, las normas del Título VIII de la ley N° 16.744, incorporado por esta ley, comenzarán a regir a contar del primer día del décimo octavo mes siguiente al de su publicación. Sin perjuicio de lo anterior, respecto del primer proceso para la determinación del aporte para el

financiamiento del sistema de calificación de enfermedades, la Superintendencia de Seguridad Social, mediante una resolución fijará los plazos para proponer el primer programa. El decreto que lo apruebe deberá ser dictado, a más tardar, dentro del mes siguiente al de la propuesta. Dicho aporte regirá para los meses que resten del año calendario respectivo.

Asimismo, con anterioridad al primer día del décimo octavo mes siguiente al de la publicación de esta ley, la Superintendencia antes señalada, el Ministerio del Trabajo y Previsión Social y el Ministerio de Hacienda, según corresponda, podrán dictar los actos y celebrar las contrataciones que sean necesarias para la debida implementación del Título VIII antes citado.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso primero, los reglamentos que corresponda dictar en virtud de esta ley podrán ser expedidos a partir de la fecha de publicación de este cuerpo legal.

**Artículo segundo transitorio.-** El o la cónyuge sobreviviente y las madres de hijos no matrimoniales del causante, menores o mayores de 45 años de edad, que estuvieren percibiendo una pensión de sobrevivencia a la fecha de la entrada en vigencia de la presente ley, continuarán percibiéndola de manera vitalicia, incrementándose ésta, en su caso, de acuerdo al porcentaje establecido en el nuevo artículo 44 de la ley N°16.744.

Desde la publicación de la presente ley en el Diario Oficial, la Superintendencia de Seguridad Social impartirá a los organismos administradores, a través de una norma de carácter general, las instrucciones para constituir los montos necesarios para las reservas que permitan cumplir lo señalado en el inciso precedente.

**Artículo tercero transitorio**.- Las calificaciones de enfermedades que, a la fecha de entrada en vigencia del párrafo 2° del Título VIII de la Ley N°16.744, incorporado por esta ley, hayan iniciado el proceso de calificación de su origen deberán continuar dicho proceso de conformidad a las normas vigentes a la data de inicio del proceso de calificación.

**Artículo cuarto transitorio.-** El mayor gasto fiscal que represente la aplicación de esta ley, durante el primer año de vigencia, se financiará con cargo al presupuesto vigente de los respectivos organismos y, en lo que faltare, el Ministerio de Hacienda podrá suplementarlos con los recursos

que se traspasen de la Partida Presupuestaria Tesoro Público de la Ley de Presupuestos del Sector Público.”.

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO
SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA

Dios guarde a V.E.,

**GABRIEL BORIC FONT**
Presidente de la República

**MARIO MARCEL CULLELL**
Ministro de Hacienda

**JEANNETTE JARA ROMÁN**
Ministra del Trabajo
y Previsión Social