

**LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO II. Calificación de accidentes del trabajo A. Accidentes del trabajo CAPÍTULO II. Tipos de accidentes del trabajo 2. Accidente con ocasión del trabajo**

**2. Accidente con ocasión del trabajo**

Son aquellos accidentes en que existe una relación mediata o indirecta entre la lesión y las labores del trabajador aun cuando ocurran fuera del lugar de trabajo-

Son accidentes con ocasión del trabajo:

- a. Los accidentes acaecidos mientras el trabajador realiza su colación y aquellos ocurridos en el trayecto directo, de ida o de regreso, entre el lugar de trabajo y aquél en que el trabajador toma su colación, salvo que se traslade para ese fin a su casa habitación, en cuyo supuesto los accidentes ocurridos en los desplazamientos de ida o regreso se calificarán como accidentes de trayecto de acuerdo con lo instruido en el [número 2, Capítulo II, Letra B, Título II, de este Libro III](#).
- b. Los accidentes ocurridos en el trayecto entre dos dependencias pertenecientes a una misma entidad empleadora.
- c. Los accidentes ocurridos en el trabajo que se produzcan durante la satisfacción de una necesidad fisiológica.
- d. Los infortunios acaecidos en el marco de las actividades organizadas por la entidad empleadora, sean de carácter deportivo, cultural u otros similares, incluso en aquellos casos en que la participación sea voluntaria y/o que la actividad se realice fuera de la jornada laboral.
- e. Los accidentes acaecidos en campamentos, en momentos que el afectado se encuentre realizando actos ordinarios de la vida (tales como afeitarse, levantarse de la cama, asearse, etc.), si la ocurrencia del infortunio se ha debido a condiciones de inseguridad propias del lugar. Este mismo criterio deberá aplicarse en caso que el trabajador deba pernoctar en hoteles, hostales, u otros establecimientos de la misma índole, en razón de asistir a cursos, capacitaciones, comisiones de servicio u otras labores encomendadas por su empleador.
- f. Los accidentes ocurridos a trabajadores que, estando fuera de las dependencias de la entidad empleadora, están a disposición de la misma -por ejemplo, bajo la modalidad de turnos de llamada- mientras se desplazan desde una ubicación distinta a su habitación hacia el lugar de trabajo.
- g. Los siniestros ocurridos a trabajadores que, mientras se encuentran desarrollando su quehacer laboral, sufran síntomas relacionados con una dolencia de origen común, cuando la lesión haya tenido por causa los riesgos asociados al lugar de trabajo, esto es, que la lesión resultante haya resultado de mayor gravedad que la que se habría producido de no existir dichos riesgos. Por lo anterior, el presente criterio no es aplicable en caso de accidentes de trayecto.
- h. Los accidentes sufridos por dirigentes de instituciones sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales, es decir, tanto aquellos ocurridos durante la faena y en el sitio en que ella o las actuaciones sindicales se realizaban, como también los acaecidos antes o después, fuera de dichos lugares, pero directamente relacionados o motivados por las labores gremiales que el dirigente va a cumplir o ha cumplido.

Los accidentes acaecidos a los dirigentes sindicales durante el desarrollo de una huelga legal se encontrarán bajo la cobertura de la Ley N°16.744, en la medida que el siniestro ocurra en el cumplimiento de sus cometidos gremiales.

Los accidentes sufridos por los trabajadores que, durante el periodo de huelga, conformen el

equipo de emergencia, se regirán por las reglas generales de la Ley N°16.744 y por las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social.

- i. Los siniestros de violencia laboral que sufran los trabajadores en las siguientes situaciones:
  - i. Violencia tipo 1: No existe relación laboral, ni trato de usuario o comercial entre quienes llevan las acciones violentas y la víctima que se desempeña en un centro de trabajo. Ejemplo: un robo o asalto;
  - ii. Violencia tipo 2: Existe relación entre el autor o autora y la víctima mientras se ofrece un servicio. Habitualmente se producen estos sucesos violentos cuando hay un intercambio de servicios y/o bienes en la atención al usuario. Involucra, por ejemplo, a funcionarios de seguridad pública, conductores, personal socio-sanitario, profesores, vendedores, y
  - iii. Violencia tipo 3: Existe algún tipo de implicación laboral entre el agresor o agresora y su víctima.
- j. Los siniestros que sufra un trabajador -que actualmente se encuentra bajo la cobertura de la Ley N°16.744 en razón de un accidente del trabajo o enfermedad profesional- a causa o con ocasión del otorgamiento de las prestaciones médicas que le corresponden, o bien en el trayecto directo, de ida o regreso, entre su habitación o su lugar de trabajo y el lugar donde le son otorgadas las prestaciones médicas a las que tiene derecho, independientemente de quien provea el medio de transporte mediante el cual se traslada el trabajador.
- k. Los accidentes ocurridos a los estudiantes que tengan al mismo tiempo la calidad de trabajadores por cuenta ajena, siendo de cargo del organismo administrador al que se encuentre afiliado en esta última calidad, las prestaciones que contempla la Ley N°16.744, las que serán incompatibles con las que establece el D.S. N°313, de 1972, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 9° de dicho decreto.
- l. Las situaciones disruptivas y de alta complejidad con ocasión del trabajo que incluyen presenciar un accidente con resultado de muerte para terceros, presenciar un accidente con resultado de lesiones graves a gravísimas, exponerse a hallazgos inesperados y que pueden generar malestar emocional u otros de tipo somático.

### **LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO II. Calificación de accidentes del trabajo A. Accidentes del trabajo CAPÍTULO IV. Calificación del origen de los accidentes 5. Plazo para calificar**

#### **5. Plazo para calificar**

El organismo administrador o administrador delegado, deberá resolver acerca del origen de un accidente dentro del plazo de 15 días corridos, contado desde la fecha en que recepcione la primera DIAT. Efectuada la calificación del accidente, se deberá emitir la respectiva Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA) y remitirla al SISESAT en el plazo señalado en el número 4, Capítulo VI, Letra B, Título I del Libro IX.

Solo en casos debidamente fundados, el organismo administrador o administrador delegado podrá efectuar la calificación del accidente fuera del plazo señalado.

Dicha resolución en su versión impresa debe ser notificada al trabajador y a su entidad empleadora, dentro de los 5 días hábiles siguientes a su emisión. De igual modo, si en virtud de un dictamen de la Superintendencia o actuando de propia iniciativa, recalifican el origen común o laboral del accidente, deberán notificarles la nueva resolución, dentro del mismo plazo. Una copia de la RECA debe ser incluida en la ficha médica del trabajador y en el caso del ISL, en la ficha que contiene los antecedentes de las prestaciones médicas otorgadas por sus prestadores externos, a que se refiere el número 1, Letra D, Título I, del Libro V.

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública

---

La notificación al trabajador podrá efectuarse personalmente, dejando constancia de la fecha en que ésta se realice, por correo electrónico a los trabajadores que consientan expresamente en ser notificados por esa vía o a través de carta certificada a la dirección que el trabajador señale al momento de solicitar atención médica por primera vez en los servicios asistenciales del organismo administrador o de sus prestadores médicos en convenio, respecto de las secuelas del accidente objeto de calificación.

### **LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO III. Calificación de enfermedades profesionales A. Protocolo General CAPÍTULO IV. Proceso de calificación 5. Resolución de calificación**

#### **5. Resolución de calificación**

El pronunciamiento del médico de urgencia, del Médico del Trabajo o del Comité de Calificación, según corresponda, deberá formalizarse mediante la emisión de una Resolución de Calificación del origen de los accidentes y enfermedades Ley N°16.744 (RECA), que podrá ser suscrita por alguno de los médicos calificadores.

Dicha resolución, en su versión impresa, deberá ser notificada al trabajador evaluado y a su entidad empleadora, dentro de los 5 días hábiles siguientes a su emisión. De igual modo, si en virtud de un dictamen de la Superintendencia o actuando de propia iniciativa, recalifican el origen común o laboral de la patología, deberán notificarles la nueva resolución, dentro del mismo plazo.

La notificación al trabajador podrá efectuarse personalmente, dejando constancia de la fecha en que ésta se realice, por correo electrónico a los trabajadores que consientan expresamente en ser notificados por esa vía o a través de carta certificada a la dirección que el trabajador señale al momento de solicitar atención médica por primera vez en los servicios asistenciales del organismo administrador o de sus prestadores médicos en convenio, respecto de la patología objeto de calificación.

El calificador deberá elaborar un informe con los fundamentos de la calificación y los demás datos indicados en el Anexo N°6 "Informe sobre los fundamentos de la calificación de la enfermedad" de la Letra H, Título III del Libro III. Se entenderá por fundamento de la calificación la expresión de un juicio experto que considere todos los elementos evaluados y que, en forma consistente con dichos elementos, concluya en la declaración de origen laboral o común de la enfermedad evaluada. Se exceptúan de esta obligación los casos calificados por el médico de urgencia, conforme a lo establecido en el número 1. Médico de urgencia, Capítulo II, Letra A, Título III del Libro III.

El documento de los fundamentos de calificación deberá ser enviado a la Superintendencia de Seguridad Social mediante el documento electrónico establecido en el Anexo N°50 "Documento electrónico de los fundamentos de la calificación de la enfermedad", de la Letra G, Título I del Libro IX.

En caso que, el trabajador evaluado haya contraído la enfermedad en una entidad empleadora adherida o afiliada a otro organismo administrador, deberá notificar la RECA a dicho organismo y, por intermedio de éste, a esa entidad empleadora.

### **LIBRO III. DENUNCIA, CALIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE INCAPACIDADES PERMANENTES TÍTULO V. Declaración, evaluación y/o reevaluación de las incapacidades permanentes B. Entidades evaluadoras competentes**

#### **B. Entidades evaluadoras competentes**

La declaración, evaluación, reevaluación y revisión de las invalideces será de competencia de las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), exceptuadas las incapacidades permanentes derivadas de accidentes del trabajo, de trabajadores afiliados a una mutualidad de empleadores, en cuyo caso, corresponde a éstas su evaluación.

Por lo tanto, pueden distinguirse las siguientes situaciones:

1. Entidad empleadora o trabajador independiente afiliado al Instituto de Seguridad Laboral o empresa con administración delegada

Si la entidad empleadora o el trabajador independiente están afiliados en el Instituto de Seguridad Laboral o si se trata de una empresa con administración delegada, ambas evaluaciones, tanto por accidente del trabajo como por enfermedad profesional, serán realizadas por la COMPIN que corresponda.

2. Entidad empleadora o trabajador independiente adherido a una mutualidad de empleadores

Si la entidad empleadora o el trabajador independiente están adheridos a una mutualidad de empleadores, la evaluación de la incapacidad permanente derivada de las secuelas de un accidente del trabajo, le corresponderá a las comisiones evaluadoras de las mutualidades de empleadores y a las COMPIN las que deriven de una enfermedad profesional.

Las COMPIN y las mutualidades, según corresponda, deberán realizar la evaluación de una incapacidad permanente, a requerimiento del organismo administrador, administrador delegado, trabajador o de la entidad empleadora. Según el Dictamen N°E413434, de 8 de noviembre de 2023, de la Contraloría General de la República, las COMPIN deben concluir el proceso de evaluación dentro del plazo de 6 meses previsto en el artículo 27 de la Ley N°19.880. Si lo exceden, no afectará la validez de las actuaciones realizadas con posterioridad a su vencimiento, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas que procedan.

Corresponderá a las comisiones evaluadoras de dichas entidades determinar el porcentaje exacto de incapacidad de ganancia.

#### **LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS\_TÍTULO I. Obligaciones de las entidades empleadoras\_D. Obligaciones en caso de accidentes fatales y graves**

##### **D. Obligaciones en caso de accidentes fatales y graves**

Para una mejor comprensión de las obligaciones que se establecen en esta normativa, se encuentra disponible en el sitio web [www.suseso.cl](http://www.suseso.cl), la "[Guía práctica para empleadores de la normativa de accidentes fatales y graves en el trabajo](#)". De igual modo, este documento se encontrará disponible en los respectivos sitios web de los organismos administradores.

##### **CAPÍTULO I. Antecedentes**

En conformidad con lo dispuesto en los incisos cuarto y quinto del artículo 76 de la Ley N°16.744, si en una empresa ocurre un accidente del trabajo fatal o grave, el empleador deberá:

- Suspender en forma inmediata las faenas afectadas y, de ser necesario, permitir a los trabajadores evacuar el lugar de trabajo.
- Informar inmediatamente de lo ocurrido a la Inspección del Trabajo (Inspección) y a la Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI) que corresponda.

Para los efectos de las obligaciones antes señaladas, se establecen las siguientes definiciones, de acuerdo con el concepto de accidente del trabajo previsto en el inciso primero del artículo 5° de la Ley N°16.744:

1. Accidente del trabajo fatal

Es aquel accidente que provoca la muerte del trabajador en forma inmediata o como consecuencia directa del accidente.

2. Accidente del trabajo grave

Es aquel accidente que genera una lesión, a causa o con ocasión del trabajo, y que:

- a. Provoca en forma inmediata (en el lugar del accidente) la amputación o pérdida de cualquier parte del cuerpo.

Se incluyen aquellos casos que produzcan, además, la pérdida de un ojo; la pérdida total o parcial del pabellón auricular; la pérdida de parte de la nariz, con o sin compromiso óseo; la pérdida de cuero cabelludo y el desforramiento de dedos o extremidades, con y sin compromiso óseo.

- b. Obliga a realizar maniobras de reanimación

Debe entenderse por éstas, el conjunto de acciones encaminadas a revertir un paro cardiorespiratorio, con la finalidad de recuperar o mantener las constantes vitales del organismo. Estas pueden ser básicas (no se requiere de medios especiales y las realiza cualquier persona debidamente capacitada); o avanzadas (se requiere de medios especiales y las realizan profesionales de la salud debidamente entrenados).

- c. Obliga a realizar maniobras de rescate

Son aquellas destinadas a retirar al trabajador lesionado cuando éste se encuentre impedido de salir por sus propios medios o que tengan por finalidad la búsqueda de un trabajador desaparecido.

- d. Ocurra por caída de altura de más de 1.8 metros

Para este efecto la altura debe medirse tomando como referencia el nivel más bajo. Se incluyen las caídas libres y/o con deslizamiento, caídas a hoyos o ductos, aquellas con obstáculos que disminuyan la altura de la caída y las caídas detenidas por equipo de protección personal u otros elementos en el caso de que se produzcan lesiones.

- e. Ocurra en condiciones hiperbáricas

~~Como por ejemplo aquellas que ocurren a trabajadores que realizan labores de buceo u operan desde el interior de cámaras hiperbáricas. Comprenden los acaecidos en el desarrollo de labores de buceo profesional y aquellos que afecten a quienes operan cámaras hiperbáricas desde su interior, producto de una explosión o incendio, o que les provoquen lesiones de gravedad clínica.~~

- f. Involucra un número tal de trabajadores que afecten el desarrollo normal de las faenas.

Las anteriores definiciones no son de carácter clínico ni médico legal, sino operacional y tienen por finalidad que el empleador reconozca con facilidad cuándo debe proceder según lo establecido en este Capítulo I.

3. Faena afectada

Corresponde a aquella área o puesto de trabajo en que ocurrió el accidente, pudiendo incluso abarcar la totalidad del centro de trabajo, dependiendo de las características y origen del siniestro y en la cual, de no adoptar la entidad empleadora medidas correctivas inmediatas, se pone en peligro la vida o salud de otros trabajadores.

**LIBRO IV. PRESTACIONES PREVENTIVAS TÍTULO II. Responsabilidades y obligaciones de los organismos administradores y de los administradores delegados G. Prescripción de medidas de control CAPÍTULO I. Normas generales 8. Verificación del cumplimiento**

**8. Verificación del cumplimiento**

Los organismos administradores, deberán verificar el cumplimiento, en tiempo y forma, de las medidas prescritas, a través de cualquier medio que confirme su implementación.

El plazo de verificación del cumplimiento de las medidas prescritas, será de 90 días corridos, contado desde el vencimiento del plazo que se hubiere fijado para su implementación.

Se exceptúan:

- a. El cumplimiento de las medidas prescritas en el marco del Programa de Asistencia al Cumplimiento (PAC), a que se refiere el artículo 506 ter del Código del Trabajo, que deberá verificarse dentro de los 12 meses siguientes a la incorporación a dicho programa, conforme se establece en el [Capítulo IV, de esta Letra G](#);
- b. El cumplimiento de las medidas correctivas prescritas a causa de un accidente fatal o grave, deberá verificarse en un plazo máximo de 90 días corridos desde que fue emitido el eDoc 145 RALF-Prescripción, mencionando en la columna "Observaciones" del eDoc 146 RALF-Verificación, las razones de un eventual incumplimiento;
- c. El cumplimiento de las medidas prescritas con motivo de la calificación de una enfermedad profesional que, de conformidad con lo dispuesto en el [número 8, del Capítulo IV, Letra A, Título III, del Libro III](#), deberá verificarse dentro de los 10 días hábiles siguientes al vencimiento del plazo que se hubiere fijado para su implementación, y
- d. Los agentes de riesgo susceptibles de vigilancia, en cuyos respectivos protocolos se establezcan plazos de verificación.

Luego, si se constata el incumplimiento de la medida, se deberá proceder conforme a lo siguiente:

- a. Si el riesgo que se pretende controlar figura en la "Guía para la identificación y evaluación primaria de riesgos en los ambientes de trabajo", del Instituto de Salud Pública (ISP), cuyo listado contiene el [Anexo N°38 "Clasificación de riesgos del trabajo"](#), de la Letra K de este Título II, se deberá a su vez distinguir:
  - i. Si conforme al citado Anexo N°38, el riesgo corresponde a la Categoría N°1, de "Alto potencial de accidente o enfermedad", deberá recargarse la tasa de cotización adicional diferenciada de la entidad empleadora, de acuerdo con lo instruido en el [Capítulo IV, Letra B, Título II, del Libro II](#).
  - ii. En cambio, si conforme al referido anexo, el riesgo corresponde a la Categoría N°2, de "Potencial de accidente o enfermedad", deberá concederse un nuevo plazo para la implementación de la medida, no superior al originalmente fijado y efectuarse la segunda verificación, dentro de un plazo no superior a 30 días corridos, contados desde el término del nuevo plazo de implementación. Sin embargo, tratándose de medidas prescritas con motivo de la calificación de una enfermedad profesional, la segunda verificación deberá efectuarse dentro del plazo de 5 días hábiles.

Las entidades empleadoras que al término de este nuevo plazo persistan en su incumplimiento, deberán ser sancionadas con el recargo de su cotización adicional diferenciada.

- b. Si el riesgo no ha sido incluido en el listado de la "Guía para la identificación y evaluación primaria de riesgos en los ambientes de trabajo" del ISP y, por lo tanto, no figura en alguna de las Categorías N°s 1 y 2 antes señaladas, deberá ser asimilado a los riesgos Categoría N°2 en caso de constatarse el incumplimiento de la medida prescrita para su control.
- c. Si la medida ha sido prescrita con motivo de la ocurrencia de un accidente del trabajo fatal o grave, deberá siempre recibir el tratamiento de los riesgos Categoría N°1, de manera que no procederá otorgar un nuevo plazo para su implementación y su incumplimiento deberá ser sancionado con el recargo de la cotización adicional diferenciada previsto en el artículo 15 del D.S. N°67, de 1999, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.
- d. Si la medida prescrita e incumplida es la elaboración del protocolo de prevención del acoso sexual, laboral y la violencia en el trabajo, deberá considerarse como un riesgo Categoría N°1, con las implicancias señaladas en la letra c precedente.

Si se prescriben medidas con plazos de implementación distintos, el plazo para verificar su cumplimiento, correrá desde el término del plazo mayor.

La verificación de las medidas prescritas a los trabajadores independientes, sólo procederá cuando, a juicio del organismo administrador, dicha gestión sea necesaria, en atención a las circunstancias del caso particular.

Corresponderá al organismo administrador evaluar, a través del análisis de los resultados de la vigilancia de la salud de los trabajadores expuestos, la eficacia de las medidas de control implementadas por la entidad empleadora. De verificarse alteraciones o indicadores precoces de daño, el organismo administrador deberá prescribir que, en base a la revisión de las medidas implementadas, se efectúen las correcciones pertinentes o se implementen nuevas medidas en caso de corresponder.

El informe de verificación, deberá contener, al menos, los datos establecidos en el [Anexo N°9 "Elementos mínimos versión impresa. Verificación de medidas"](#) de la [Letra K de este Título II](#) y deberá ser notificado a la entidad empleadora, en la forma y condiciones establecidas en el [número 6 de este Capítulo I](#).

Si la entidad empleadora o el trabajador independiente implementa una medida distinta a la prescrita, el organismo administrador deberá evaluar que esa medida alternativa sea adecuada para el control del riesgo. Sólo así podrá considerar cumplida la prescripción.

## **LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS TÍTULO II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral H. Cálculo del subsidio 3. Estructura de la Base de Cálculo**

### **3. Estructura de la Base de Cálculo**

#### a) Trabajador Dependiente

Para determinar el monto de la remuneración neta de cada uno de los 3 meses calendarios más próximos al mes en que se inicia el reposo, se debe efectuar el siguiente cálculo:

<b>Cálculo de la Remuneración Neta - Trabajador Dependiente:</b>	
REMUNERACIÓN IMPONIBLE (descontadas las remuneraciones ocasionales)	
(menos)	COTIZACIÓN DE PENSIONES (incluida la comisión de AFP (1))

<b>Cálculo de la Remuneración Neta - Trabajador Dependiente:</b>	
(menos)	COTIZACIÓN DE SALUD (el 7% ó el monto total pactado si éste supera el 7%)
(menos)	IMPUESTO (*)
TOTAL:	REMUNERACIÓN NETA MENSUAL
(más)	SUBSIDIOS DEL MES (si corresponde)
TOTAL:	<b>REMUNERACIÓN MENSUAL NETA</b>

(1) Se exceptúan del descuento de estas cotizaciones los trabajadores que se encuentren en la situación descrita en los párrafos segundo y tercero, del [numeral i\), letra d\), del número 1, de esta Letra H](#), salvo que han decidido cotizar.

i. Monto diario del Subsidio

Para determinar el monto diario del subsidio se debe dividir por 90, la suma de los totales mensuales de cada uno de los 3 meses que conforman la Base de Cálculo.

<p>MONTO DIARIO DEL SUBSIDIO =</p> $\frac{\sum_{i=1}^3 \text{Totales mensuales}_i}{90 \text{ días}}$
--

ii. Monto del Subsidio

Corresponde al monto diario del subsidio, multiplicado por el número de días de subsidio.

iii. Monto del subsidio a pagar

Corresponde al monto del subsidio menos la cotización para el seguro de cesantía, según corresponda, por los días de subsidio.

<b>(*) Determinación del Impuesto a descontar en la Base de Cálculo del Subsidio</b>	
REMUNERACIÓN IMPONIBLE (topada)	
(menos)	COTIZACIÓN DE PENSIONES (incluida la comisión de la AFP)
(menos)	COTIZACIÓN DE SALUD (el 7%, <del>aun cuando el monto total pactado supere dicho porcentaje más el monto adicional pactado, cuando corresponda, hasta el equivalente a un 7% del tope imponible</del> )
(menos)	COTIZACIÓN SEGURO DE CESANTÍA
TOTAL:	"REMUNERACIÓN AFECTA A IMPUESTO"
Luego, (REMUNERACIÓN AFECTA A IMPUESTO * FACTOR) - REBAJA = IMPUESTO (*)	

En el [Anexo N°6 "Ejemplo de Cálculo de un Subsidio por Incapacidad Temporal - Trabajador Dependiente"](#), se muestra un ejemplo de cálculo.



Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública

---

b) Trabajador Independiente obligado

(...)

c) Trabajador Independiente voluntario

(...)

## **LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS TÍTULO II. Prestación económica por incapacidad temporal. Subsidio por incapacidad laboral O. Duración máxima del subsidio**

La duración máxima del período de subsidios es de 52 semanas, prorrogable por otras 52 semanas, cuando sea necesario para el tratamiento del trabajador accidentado o enfermo o para atender su rehabilitación.

Se entenderá que se ha prorrogado el periodo de subsidio cuando, las mutualidades emitan una orden de reposo, o el ISL o administradores delegados autoricen una licencia médica, con cuyo reposo se excedan las 52 semanas.

El rechazo de la prórroga deberá ser fundado y puesto en conocimiento del interesado y del organismo administrador cuando corresponda, a más tardar dentro del plazo de 5 días hábiles, de emitida la resolución respectiva.

Los plazos señalados en el primer párrafo anterior, regirán independientemente para cada enfermedad o accidente que sufra el trabajador, a menos que la segunda enfermedad o accidente sea consecuencia, continuación o evolución de la primera, en cuyo caso los períodos se computarán como uno solo, según el artículo 31, Ley N°16.744.

### **1. Envío a Evaluación**

En aquellos casos en que se requiere de periodos de reposo prolongados, a más tardar transcurridas 40 o 92 semanas de subsidio, de acuerdo al artículo 53 bis, D.S. N°101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, según corresponda, el organismo administrador y las empresas con administración delegada deberán preparar los antecedentes necesarios para que, cuando ya no existan tratamientos pendientes, se realice la evaluación de la incapacidad permanente.

No obstante, lo anterior, los organismos administradores y las empresas con administración delegada deberán realizar un seguimiento de los trabajadores con Licencias Médicas u Órdenes de Reposo Ley N°16.744, de manera de poder detectar cuando corresponde derivar al trabajador a una evaluación de su incapacidad permanente, dejando registrada la fecha en que se envíe a evaluación, en el expediente de trámite.

### **2. Pago de Subsidio durante el Período de Evaluación**

En todo caso, cuando el trabajador que se encuentra percibiendo subsidio deba ser evaluado por una incapacidad presumiblemente permanente a causa del accidente o de la enfermedad, los organismos administradores y las empresas con administración delegada deberán mantener el pago de subsidio hasta que se declare su invalidez, cumpla las 104 semanas de pago de subsidio, o se otorgue al trabajador el alta laboral. Cuando un trabajador o trabajadora que se encuentra percibiendo subsidios por incapacidad laboral, es derivado a evaluación de una eventual incapacidad permanente, su organismo administrador deberá continuar pagando ese beneficio o una pensión de invalidez transitoria total - si durante esa evaluación entera las 104 semanas de goce de subsidios -, hasta que se constituya la indemnización global o la pensión de invalidez a que tenga derecho en virtud de su incapacidad presumiblemente permanente o hasta que se declare que ésta es inferior a un 15% (sin alcance médico legal).

### **3. Pensión de Invalidez Total Transitoria**

Si al cabo de las 104 semanas de subsidio, existieren terapias pendientes, se deberá presumir que el trabajador presenta un estado de invalidez. En dicho supuesto, el organismo administrador deberá constituir y pagar una pensión de invalidez total transitoria, a contar del día inmediatamente siguiente al cumplimiento de las 104 semanas, con el objeto de dar cumplimiento al principio de continuidad de ingresos previsto en el artículo 1° del D.S. N°109, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. La primera mensualidad deberá pagarse dentro de los 30 días siguientes a la última fecha de pago de los subsidios. Cabe hacer presente que, para dar inicio a una pensión de invalidez transitoria no se requiere de una Resolución de Incapacidad Permanente (REIP).

~~Esta pensión deberá otorgarse mientras persista la incapacidad, hasta el término de las terapias, ocasión en que se deberá evaluar al trabajador para determinar el grado de incapacidad permanente. Si al momento de concluir las terapias y otorgársele por tanto el alta médica, el o la trabajadora permanece incapacitada para reincorporarse a sus jornadas y labores habituales, el organismo administrador deberá continuar pagando la pensión de invalidez transitoria hasta que se constituya la indemnización global o la pensión de invalidez a que eventualmente tengan derecho en virtud de su incapacidad presumiblemente permanente o hasta que se declare que ésta es inferior a un 15%. En cambio, si el trabajador o trabajadora se reincorpora a sus jornadas y labores habituales con anterioridad a su alta médica, el pago de la pensión de invalidez transitoria cesará al otorgársele el alta laboral.~~

Por lo tanto, esta prestación no corresponde, en estricto rigor, a una pensión de invalidez, sino a un beneficio económico cuyo objetivo es mantener la continuidad de ingresos a aquellos trabajadores que han enterado el plazo máximo de 104 semanas de goce de subsidios por incapacidad laboral y que aún presentan una incapacidad temporal, no siendo aún posible evaluar su incapacidad permanente. Con todo, el cálculo de este beneficio deberá efectuarse conforme a lo instruido en la [Letra A, Título III del presente Libro VI](#).

En todo caso, por los fundamentos consignados en el [número 5, Letra O, Título II de este Libro VI](#), a los funcionarios públicos que se encuentran en la situación descrita en el párrafo anterior, no procede constituir una pensión de invalidez total transitoria.

#### **4. Acciones a seguir por parte de los organismos administradores y empresas con administración delegada**

Los organismos administradores y administradores delegados deberán realizar un seguimiento de la evolución del estado de incapacidad de los trabajadores que se encuentren percibiendo [subsidio por incapacidad laboral](#) o pensión de invalidez transitoria, de manera de enviar o solicitar que se derive al trabajador a la evaluación de su incapacidad permanente cuando ya no existan tratamientos pendientes.

Las empresas con administración delegada deberán informar al ISL, el último día hábil de cada mes, los trabajadores que en dicho mes completaron las 92 semanas percibiendo subsidios, remitiéndole toda la información laboral necesaria para que dicho Instituto (ISL) constituya la pensión de invalidez transitoria, en caso de corresponder.

Asimismo, deberán informar al ISL los trabajadores que hayan sido dados de alta antes de cumplirse las 104 semanas de subsidio, dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de dicha alta, ya sea ésta un alta laboral, la que permite al trabajador reincorporarse a sus jornadas y labores habituales, o un alta médica porque no hay tratamientos médicos, quirúrgicos u otros pendientes para lograr la mejoría del trabajador y corresponde solicitar la evaluación de su incapacidad presumiblemente permanente.

#### **5. Situación de Funcionarios Públicos**

(...)

**LIBRO VI. PRESTACIONES ECONÓMICAS TÍTULO III. Prestaciones económicas por incapacidad permanente. Indemnizaciones y pensiones E. Pensiones de sobrevivencia 4. Monto de las pensiones de sobrevivencia**

**4. Monto de las pensiones de sobrevivencia**

a. Pensiones de viudez y del o la conviviente civil sobreviviente

~~Cuando~~ De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley N°19.953 cuando no existan hijos del causante titulares de pensión de orfandad, el monto de la pensión del o la cónyuge y del o la conviviente civil sobreviviente, y del o la cónyuge o del o la conviviente civil sobreviviente inválidos, será equivalente al 60% de la pensión básica que le habría correspondido a la víctima si se hubiere invalidado totalmente o a un 60% de la pensión básica que se encontraba percibiendo a la fecha del fallecimiento.

Si existen hijos del causante titulares de pensión de orfandad, la pensión del o la cónyuge y del o la conviviente civil sobreviviente, y del o la cónyuge y del o la conviviente civil sobreviviente inválidos, será equivalente al 50% de la pensión básica que habría correspondido a la víctima si se hubiere invalidado totalmente o a un 50% de la pensión básica que se encontraba percibiendo a la fecha del fallecimiento.

Por lo tanto, si el trabajador o la trabajadora muere producto de un accidente de trabajo, para efectos de determinar el monto de la pensión de su cónyuge o conviviente civil sobreviviente, se deberá aplicar el porcentaje que corresponda (50% o 60%) sobre el 70% de su sueldo base.

Viuda/o	Trabajador(a) fallecido(a)	Pensionado(a) fallecido(a)
Viuda/o sin hijos titulares de pensión de orfandad	60% del 70% del sueldo base (42% del sueldo base)	60% de la pensión básica (*) que percibía
Viuda/o con hijos titulares de pensión de orfandad	50% del 70% del sueldo base (35% del sueldo base)	50% de la pensión básica (*) que percibía
(*) Pensión básica no considera incremento por hijo ni suplemento por gran invalidez		

b. Pensión de la madre de hijos del causante

Si la madre de los hijos del causante, tiene hijos titulares de pensión de orfandad, el monto de la pensión será equivalente a un 30% de la pensión básica que le habría correspondido a la víctima si se hubiere invalidado totalmente o a un 30% de la pensión básica que se encontraba percibiendo a la fecha del fallecimiento.

~~El monto~~ Según lo dispuesto en el citado artículo 1° de la Ley N°19.953, el monto de esta pensión será equivalente al 36% de la pensión básica que habría correspondido a la víctima si se hubiere invalidado totalmente, o de la pensión básica que se encontraba percibiendo a la fecha del fallecimiento cuando no tenga hijos del causante titulares de pensión de orfandad.

	Trabajador fallecido	Pensionado fallecido
Madre sin hijos titulares de pensión de orfandad	36% del 70% del sueldo base (25,2% del sueldo base)	36% de la pensión básica (*) que percibía

	Trabajador fallecido	Pensionado fallecido
Madre con hijos titulares de pensión de orfandad	30% del 70% del sueldo base (21% del sueldo base)	30% de la pensión básica (*) que percibía
(*) Pensión básica no considera incremento por hijo ni suplemento por gran invalidez		

Cuando existan dos o más madre de hijos del causante, el porcentaje de pensión que corresponda a éstas deberán dividirse entre las mismas.

c. Pensión de orfandad

Cada uno de los hijos del causante tendrá derecho a una pensión equivalente a un 20% de la pensión básica que habría correspondido a la víctima si se hubiere invalidado totalmente o de la pensión básica que percibía al momento de la muerte.

	Trabajador(a) fallecido(a)	Pensionado(a) fallecido(a)
Pensión de orfandad	20% del 70% del sueldo base (14% del sueldo base)	20% de la pensión básica (*) que
(*) Pensión básica no considera incremento por hijo nin suplemento por gran validez		

d.

Al mismo monto tendrán derecho los demás descendientes y los ascendentes a que se alude en la letra d) del número 1. Beneficiarios y requisitos, de la presente Letra E.

Los descendientes tendrán derecho a que la pensión de orfandad sea aumentada en un 50%, toda vez que carezcan de padre y madre. En estos casos las pensiones podrán ser entregadas a las personas o Instituciones que los tengan a su cargo, siempre que:

- i. El descendiente sea menor de 18 años, o inválido de cualquier edad;
- ii. La persona o Institución compruebe estar a cargo de la educación escolar o técnica del descendiente o garantice que se hará cargo de dicha educación.
- iii. Exista un informe favorable de una asistente social sobre las condiciones de vida proporcionada al descendiente.

Las pensiones por sobrevivencia no podrán exceder, en su conjunto, del 100% de la pensión total que habría correspondido al fallecido si se hubiere invalidado totalmente o de la pensión total que percibía en el momento de la muerte, incluidos los incrementos por hijo cuando proceda y excluido el suplemento por gran invalidez, si lo hubiere.

Por lo tanto, si la suma de las pensiones del total de beneficiarios supera el referido 100%, el monto de la pensión de cada beneficiario deberá reducirse a prorrata de sus respectivos porcentajes. Las pensiones acrecerán, también, proporcionalmente, dentro de los límites respectivos a medida que alguno de los beneficiarios deje de tener derecho a pensión o fallezca.

Cuando el respectivo beneficiario no alcance, una vez aplicadas las normas pertinentes, a obtener una pensión de un monto igual o superior a los establecidos en los artículos 24 y 26 de la Ley N°15.386, el monto de la pensión se deberá ajustar al monto de la pensión mínima vigente.

Documento preparado por la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo, como referencia para una mayor comprensión de las modificaciones introducidas al Compendio de Normas del Seguro Social de la Ley N°16.744 mediante el proyecto de circular sometido a consulta pública

---

**LIBRO IX. SISTEMAS DE INFORMACIÓN. INFORMES Y REPORTES TÍTULO I. Sistema Nacional de Información de Seguridad y Salud en el Trabajo (SISESAT) B. Módulo de accidentes y enfermedades profesionales CAPÍTULO V. Certificado de Alta Médica (ALME)5. Consideraciones respecto del ALME**

**5. Consideraciones respecto del ALME**

Se instruye el envío del Alta Médica en los casos en que el médico tratante certifique el término de los tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y otros susceptibles de efectuarse en cada caso específico (artículo 75 del D.S. 101, de 1968, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social). Se incluyen, en consecuencia, aquellos casos que cumpliendo la definición anterior cuenten con la emisión de un Alta Laboral.

~~En aquellos casos calificados de origen común no corresponde el envío del Alta Médica.No corresponde el envío del Alta Médica en aquellos casos calificados como de origen común, no se detecta enfermedad o accidente sin lesión.~~

Cuando al cabo de 52 semanas de extensión del subsidio o 104 semanas, en su caso, no se hubiere logrado la curación y/o rehabilitación del trabajador, se presumirá que éste presenta un estado de invalidez (artículo 31, Ley N°16.744), y se deberá extender el ALME.

Se entiende por invalidez "el estado derivado de un accidente del trabajo o enfermedad profesional que produzca una incapacidad presumiblemente de naturaleza irreversible, aun cuando deje en el trabajador una capacidad residual de trabajo que le permita continuar en actividad" (artículo 3°, D.S. N°109, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social).

El organismo administrador deberá solicitar o iniciar, según el caso, la declaración, evaluación o reevaluación de las incapacidades permanentes, a más tardar dentro de los 5 días hábiles siguientes al "Alta Médica" (artículo N°75, D.S. N°101).