

Proyecto de ley, iniciado en mensaje de S. E. la Presidenta de la República, que crea un seguro para el acompañamiento de niños y niñas que padezcan las enfermedades que indica, y modifica el Código del Trabajo para estos efectos.

MENSAJE N° 073-365/

Honorable Senado:

Tengo el honor de someter a vuestra consideración el siguiente proyecto de ley que crea el Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas y modifica el Código del Trabajo.

I. ANTECEDENTES GENERALES

1. Situación actual

Los padres y las madres trabajadores de Chile se ven enfrentados a la difícil realidad de no poder ausentarse de sus trabajos en situaciones en que necesitan cuidar a un hijo o hija menor de edad, afectado por una condición grave de salud. Ante un hecho como éste, los padres se exponen a la innecesaria disyuntiva de continuar trabajando para evitar caídas aún más dramáticas en los ingresos familiares, o bien renunciar a sus empleos para poder entregarle una adecuada atención, acompañamiento o cuidado personal a su hijo o hija.

La legislación laboral vigente en el país no se hace cargo adecuadamente de este tipo de situaciones. Por una parte, los permisos de cuidado vigentes son un derecho solo para las madres trabajadoras, quienes tienen la opción de traspasarlos a los padres cuando ellas lo dispongan. Por otra, cuando los niños y niñas son menores de dieciocho años de edad, la madre trabajadora sólo puede ausentarse por hasta el equivalente a diez jornadas ordinarias de trabajo al año, periodo de tiempo que no es suficiente en muchos casos de alta complejidad médica. Además, no se establece ningún mecanismo de compensación económica o subsidio para los trabajadores por los días que debieron ausentarse para hacerse cargo del cuidado de sus hijos e hijas.

Actualmente en Chile casi un millar de niños y niñas son diagnosticados con cáncer, quienes para enfrentar su enfermedad deben someterse a largos y complejos tratamientos. En este proceso, los niños y niñas demandan el cuidado personal y la contención de sus padres. Algo similar ocurre con los niños y niñas que son sometidos a complejos procedimientos de trasplantes de órganos y necesitan el apoyo de sus padres para poder sobrellevar de mejor manera su proceso de recuperación. No menos dramática es la situación de los padres que, tras un diagnóstico de desahucio o estado terminal de un hijo o hija menor edad, les urge contar con el tiempo para,

poder darles cuidado personal y cariño en sus últimos momentos de vida. También los padres y madres enfrentan una situación igualmente compleja cuando sus hijos e hijas menores de edad sufren un accidente grave y con peligro de muerte. Cabe recordar los accidentes son la principal causa de muerte de los niños y niñas en el país.

La eventualidad que una madre o un padre deba renunciar a su empleo para dedicarse al cuidado personal de un hijo o hija pone a las familias en una situación tremendamente compleja. La pérdida del empleo hace que los ingresos familiares caigan en momentos en que los costos del tratamiento médico de uno de sus integrantes hacen aún más urgente contar con esos recursos. Además, el trabajador deja de ser parte del sistema de protección social y de salud, lo que termina acarreando otra serie de dificultades tanto en el corto como en el largo plazo.

Para las mujeres este problema tiene una dimensión adicional que dice relación con el deterioro en sus opciones laborales futuras. Salir del mercado laboral, sobre todo por periodos largos de tiempo, implica una pérdida relevante de capital humano, lo que afecta su capacidad de reinsertarse en el mundo del trabajo y aumenta la probabilidad de ocuparse en empleos con jornadas reducidas y de menor productividad y de especializarse en tareas no remuneradas dentro del hogar. En Chile son las mujeres las que tradicionalmente cargan con la responsabilidad del cuidado de los hijos e hijas y, por lo mismo, ante el evento de que uno de ellos este afectado por una condición grave de salud, son más proclives a salir del mundo del trabajo por largos períodos de tiempo, anteponiendo estas obligaciones de cuidado a sus aspiraciones laborales.

Aumentar el empleo femenino es fundamental para fomentar un crecimiento económico sostenible y equitativo en el largo plazo. En economías que envejecen, como la chilena, una mayor participación laboral de las mujeres contribuye a contrarrestar los efectos negativos de una disminución de la población económicamente activa. Además, mejorar la situación de las mujeres es clave para continuar reduciendo la pobreza y elevar los estándares de vida de generaciones futuras, y una participación más equitativa entre hombres y mujeres en la sociedad contribuye a generar instituciones más diversas y representativas. En relación a esto último, aunque la participación femenina en Chile ha aumentado considerablemente en la última década, ésta aún se ubica muy por debajo del promedio de la OCDE e incluso de otros países de la región.

2. Beneficios de los permisos laborales

La mayoría de los países de la OCDE cuenta con alguna forma de permiso para que los trabajadores puedan ausentarse de sus trabajos para cuidar a un hijo o hija menor de edad enfermo. Si bien los detalles de éstos varían ampliamente entre países, en general, se encuentran permisos de corta duración que pueden ser usados por los padres para enfrentar una condición de salud de menor gravedad, y permisos para que los padres puedan cuidar a sus hijos en casos de enfrentar una condición grave de

salud. En este último caso, los permisos se entregan respecto a un diagnóstico o "por episodio", por periodos que varían entre dos y seis meses, y son compensados económicamente cubriendo parte de las remuneraciones de los trabajadores.

La evidencia muestra que los permisos laborales tienen beneficios concretos no sólo para los padres y madres trabajadores y sus hijos e hijas, sino también para los empleadores y la economía como un todo. Por un lado, la recuperación de los niños y niñas afectados por una condición grave de salud es más rápida cuando reciben el cuidado personal de sus padres, incluso la simple presencia de uno de ellos puede acortar la estadía en un centro de salud en más de un treinta por ciento. Más aun, un involucramiento más activo de los padres puede disminuir la necesidad y los costos de futuras atenciones médicas en la medida que los padres, entre otros aspectos, aprenden a reconocer mejor los requerimientos de atención de salud de sus hijos.

Por otra parte, los permisos laborales pagados tienen efectos positivos también en el empleo. Fomentan que los trabajadores se mantengan conectados con sus fuentes de trabajo y que se produzca una más pronta reinserción laboral. En el caso de las mujeres, donde su efecto se ha estudiado profusamente respecto a los permisos maternales, los permisos parentales que le entregan a madres y padres equitativamente el derecho de ausentarse para cuidar a sus hijos e hijas, contribuyen además a reducir la discriminación laboral en contra de las mujeres y la brecha salarial. Algunos países han ido aún más lejos, entregándoles a los padres días de permiso de uso exclusivo, para evitar que la decisión de tomarse el permiso sea percibida como una falta de compromiso con el trabajo y, en cambio, sea simplemente un derecho al que ellos tienen acceso. Con ello se ha logrado fomentar su uso por parte de los padres.

El hecho de contar con un permiso que justifique la ausencia laboral para el cuidado personal de niños y niñas, tanto para madres como para padres, aumenta también la corresponsabilidad. Que los padres participen en el cuidado de los hijos e hijas tiene efectos positivos, relevantes y duraderos en los niños desarrollan una mayor capacidad cognitiva, lingüística y emocional, además de gozar de mejor salud física y síquica. En tanto, las madres también se benefician, en la medida que se produce una repartición más equitativa de las labores de cuidado, ya que pueden salir menos o por periodos más cortos del mercado laboral. Períodos largos de ausentismo laboral tienen un impacto negativo en las remuneraciones y en las trayectorias laborales de las mujeres.

Evidentemente, aumentar la corresponsabilidad en el cuidado requiere cambios culturales relevantes y que no son inmediatos. Pero la legislación, a través de distintos medios -por ejemplo, con una distribución equitativa del permiso y un permiso exclusivo para el padre- puede comenzar a entregar los incentivos adecuados para que estos cambios sucedan. Por otra parte, la inserción de Chile en la economía global refuerza la necesidad de avanzar hacia una legislación laboral moderna que le

entregue el cuidado de los hijos no solo a la madre, sino que sea una tarea y responsabilidad compartida entre ambos padres.

Para los empleadores, en tanto, tiene un costo que los trabajadores se ausenten de sus empleos, sobre todo cuando estas ausencias se producen de forma inesperada y no se tiene certeza respecto al momento en que el trabajador retomara sus funciones. En este sentido, para los empleadores es mejor evitarse el costo de reemplazar a un trabajador y al mismo tiempo tener certeza de la oportunidad y la extensión del permiso de que harán uso y, de esta forma, adoptar los resguardos necesarios dentro de la empresa. Con eso, se evita dejar de entregar un servicio o atender a algún cliente por falta de personal o interrumpir turnos de trabajo y sistemas de producción en cadena, con el consiguiente impacto negativo en la capacidad productiva de la empresa.

Por último, desde el punto de vista de la productividad laboral, un padre o una madre que enfrenta una situación tan dramática como el diagnóstico de cáncer de un hijo, el desahucio de este o un accidente que lo tenga al borde de la muerte, difícilmente podrá seguir cumpliendo sus obligaciones laborales en forma eficaz. Contar con una herramienta que reconozca esta realidad no sólo avanza en la necesaria compatibilidad entre la vida familiar y laboral, sino también evita pérdidas relevantes de la productividad laboral en las empresas y en la economía como un todo.

3. Potenciales beneficiarios

En Chile existen casi cinco millones y medio de trabajadores asalariados y trabajadores independientes que cotizan para la seguridad social. El seguro que se crea mediante el presente proyecto de ley se financiara con aportes por todos estos trabajadores.

Del total de estos trabajadores, más de tres millones y medio de ellos son trabajadores con al menos un hijo o hija menor de dieciocho años de edad. Todos estos trabajadores son los potenciales beneficiarios de este seguro.

Este es un seguro que cubre contingencias que presentan una baja probabilidad de ocurrencia, pero que de presentarse cualquiera de ellas, son devastadoras para el trabajador o trabajadora y su familia. En régimen, los causantes del beneficio alcanzarían a más de cuatro mil niños y niñas. Unos mil quinientos de estos niños y niñas serían aquellos que se ven afectados por un cáncer, un trasplante o se encuentren desahuciados o en estado terminal. A su vez, unos dos mil seiscientos niños y niñas serían los potencialmente afectados por un accidente grave y de alto riesgo vital.

II. OBJETIVOS DEL PROYECTO DE LEY

En primer término, el objetivo de este proyecto de ley es permitir que el padre y la madre, que tengan la condición de trabajadores, puedan prestar atención, acompañamiento o cuidado personal a sus hijos e hijas menores de edad, cuando estén afectados por una condición grave de salud, durante el periodo de tratamiento o recuperación o en la fase final de una condición terminal.

Para ello se crea un seguro obligatorio que beneficie a las madres y padres trabajadores de hijos e hijas mayores de un año y menores de quince o dieciocho años de edad, según corresponda, afectados por una condición grave de salud. Los padres podrán ausentarse justificadamente de su trabajo durante un tiempo determinado, para lo cual se extiende una licencia médica. Durante este periodo de tiempo el trabajador o trabajadora recibe un subsidio que reemplaza su remuneración mensual, financiada con cargo al seguro.

En segundo término, este proyecto de ley se hace cargo de enfrentar el desafío de garantizar el mejor cuidado de los hijos, pero sin reducir las opciones laborales de los trabajadores, especialmente de las mujeres. Para ello se crea un permiso intransferible a cada trabajador y se establece una tasa de reemplazo que decae a medida que el número de días con licencia aumenta. Asimismo, a los padres que no pueden dejar completamente sus trabajos, se les permite ausentarse por medias jornadas dándoles la flexibilidad que requieren para adecuar su horario laboral. Con esto se separa el costo del cuidado de los hijos e hijas de la contratación de mujeres y se fomenta una mayor corresponsabilidad en el cuidado de ellos.

En último término, este seguro constituye una medida que se inserta en el fortalecimiento y ampliación del Sistema de Protección Social. El país, en su conjunto y en forma solidaria, se hace cargo de contingencias que las personas por sí solas no son capaces de enfrentar sin afectar significativamente sus condiciones objetivas de bienestar. Se trata de contingencias con una baja probabilidad de ocurrencia pero que de presentarse afectan las trayectorias de vida de las personas y de sus familias.

III. CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

1. Creación del Seguro y beneficiarios

El proyecto de ley crea un seguro obligatorio, de carácter contributivo y solidario, para los padres y las madres trabajadores de niños y niñas afectados por una condición grave de salud, para que puedan ausentarse justificadamente de su trabajo durante un tiempo determinado, con el objeto de prestarles atención, acompañamiento o cuidado personal, recibiendo durante ese periodo un subsidio que reemplaza total o parcialmente su remuneración o renta mensual.

Los beneficiarios del seguro son los padres y las madres, trabajadores dependientes regidos por el Código del Trabajo, del sector público y trabajadores independientes

que cotizan en el sistema previsional. También tendrá derecho a las prestaciones del seguro el trabajador o la trabajadora que tenga a su cargo el cuidado personal del niño o niña, otorgado por resolución judicial.

Asimismo se incorporan como beneficiarios a los trabajadores y trabajadoras temporales que se encuentren cesantes. Cumpliendo determinados requisitos de cotizaciones, estos trabajadores podrán acceder a las prestaciones del seguro aun cuando no estén trabajando al momento del diagnóstico de la condición de salud del hijo o hija o de producirse el accidente.

2. Causantes del beneficio y contingencias protegidas

Los causantes del beneficio son los niños y niñas, mayores de un año y menores de quince o dieciocho años de edad, según el caso, afectados por una condición grave de salud debidamente calificada.

Para los efectos de este proyecto de ley, constituyen una condición grave de salud las siguientes:

- a) Cáncer.
- b) Trasplante de órgano sólido
- c) Desahucio o estado terminal.
- d) Accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional severa y permanente.

La condición grave de salud relativa a cáncer, trasplante y estado terminal cubre a los niños y niñas mayores de un año y menores de dieciocho años de edad. La condición grave relativa al cuadro clínico derivado de un accidente grave, cubre a los niños y niñas mayores de 1 año y menores de quince años de edad.

Ahora bien, se encuentran expresamente excluidos los cuadros clínicos derivados de una condición de salud no adquirida (congénita) ya que este seguro busca cubrir aquellas contingencias que son transitorias. Las contingencias no adquiridas o enfermedades congénitas, presentan una condición permanente o crónica que es incompatible con la transitoriedad del seguro.

En efecto, este seguro persigue que el padre o la madre puedan transitoriamente ausentarse de su trabajo, en tanto el hijo o hija está sujeto a un proceso de recuperación o rehabilitación intensiva, durante el cual la atención, cuidado personal y acompañamiento de sus padres son claves para la restauración de su salud. Concluida esa etapa -esencialmente transitoria- los padres vuelven a sus empleos. La condición crónica de un niño o niña, en cambio, requiere un acompañamiento permanente.

El desahucio o estado terminal, por su parte, si bien también tiene un carácter transitorio, no es recuperable. Sin embargo, respecto de su inclusión en el seguro existe una justificación distinta predominan en este caso razones humanitarias. Es deseable que los padres y madres puedan acompañar a un hijo o hija en la etapa final de su enfermedad.

3. Beneficios

A través de este proyecto de ley se crea un permiso para que el trabajador o la trabajadora puedan ausentarse justificadamente de su trabajo durante un tiempo determinado. Asimismo, se establece el pago de un subsidio que reemplaza total o parcialmente la remuneración o renta mensual del trabajador o trabajadora, durante el período que el hijo o hija requiera atención, acompañamiento o cuidado personal.

El permiso en caso de cáncer tendrá una duración de noventa días para cada padre o madre, en un período de doce meses y respecto de cada hijo o hija que sea causante del beneficio. En los casos de trasplante de órganos sólidos, el permiso también tendrá una duración de noventa días, para cada padre o madre con derecho al beneficio. Para los casos de desahucio o estado terminal, el permiso tendrá una duración máxima de sesenta días para cada padre o madre y en los casos de accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional severa y permanente, el permiso podrá extenderse por cuarenta y cinco días para cada padre o madre.

Si el padre y la madre son trabajadores con derecho al seguro podrán hacer uso del permiso conjunta o separadamente, según ellos lo determinen.

Con el objeto de dar mayor flexibilidad, los permisos se podrán usar por día completo o media jornada en aquellos casos en que el médico tratante prescriba que la atención, el acompañamiento o el cuidado personal del niño o niña pueda efectuarse bajo esta modalidad. En estos casos y para efectos del cálculo de la duración del permiso se entenderá que las licencias médicas otorgadas por media jornada equivalen a medio día.

4. Financiamiento del Seguro

El esquema de financiamiento del fondo fue aprobado a través de la ley N° 21.010. El fondo se integrará con una cotización mensual de cargo del empleador o del trabajador independiente, según corresponda, cuyo monto en régimen será de un 0,03% de las remuneraciones imponibles. Esta cotización se implementará gradualmente, en la misma proporción en que se va extinguiendo la cotización extraordinaria del Fondo de Contingencia de las Mutualidades, hasta alcanzar la cotización de régimen, en enero de 2020. Se espera que los ingresos del fondo alcancen un monto anual superior a los 13 mil millones de pesos.

El sistema de financiamiento del seguro permitirá incrementar en forma sostenible la cobertura de las condiciones graves de salud que afectan a los niños y niñas, partiendo por el cáncer, continuando con los trasplantes, los desahucios y, finalmente, incorporando los accidentes graves.

5. Vigencia

Hemos aprendido como país que debemos actuar con responsabilidad, pero también con sentido de urgencia. Por ello, se propone un esquema gradual de incorporación de las contingencias cubiertas, según el siguiente esquema:

- a) A partir del 1 de diciembre de 2017, se otorga cobertura para cáncer y los tratamientos destinados al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado.
- b) A partir del 1 de diciembre de 2018, se amplía la cobertura a los trasplantes de órganos sólidos.
- c) A partir del 1 de diciembre de 2019, la cobertura incorpora los desahucios y estado terminal.
- d) A partir del 1 de diciembre de 2020, se incluyen los accidentes graves.

En mérito de lo expuesto, tengo el honor de someter a vuestra consideración el siguiente

PROYECTO DE LEY

"Artículo primero.- Créase el Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas que se regirá por las siguientes normas:

Título Primero Del Seguro

Párrafo primero De las normas generales del Seguro

Artículo 1.- Objeto del Seguro. Establécese un seguro obligatorio, en adelante "el Seguro", para los padres y las madres trabajadores de niños y niñas afectados por una condición grave de salud, para que puedan ausentarse justificadamente de su trabajo durante un tiempo determinado, con el objeto de prestarles atención, acompañamiento o cuidado personal, recibiendo durante ese período un subsidio que reemplaza total o parcialmente su remuneración o renta mensual, en los términos y condiciones señalados en la presente ley.

Artículo 2.- Personas protegidas por el Seguro. Estarán sujetos al Seguro las siguientes categorías de trabajadores:

a) Los trabajadores dependientes regidos por el Código del Trabajo.

b) Los funcionarios de los órganos de la Administración del Estado señalados en el artículo 1 del decreto con fuerza de ley N° 1/19.653, de 2000, del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, con exclusión de los funcionarios de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad pública sujetos al régimen previsional de las Cajas de Previsión de la Defensa Nacional y de Carabineros de Chile, del Congreso Nacional, del Poder Judicial, del Ministerio Público, del Tribunal Constitucional, del Servicio Electoral, de la Justicia Electoral y demás tribunales especiales creados por ley.

c) Los trabajadores independientes a que se refieren los artículos 89, inciso primero, y 90, inciso tercero, del decreto ley N° 3.500, de 1980.

La afiliación de un trabajador al Seguro se entenderá efectuada por el solo ministerio de la ley, cuando éste se incorpore al régimen del seguro de la ley N° 16.744, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Artículo 3.- Beneficiarios del Seguro. Son beneficiarios del Seguro, el padre y la madre trabajadores señalados en el artículo precedente, de un niño o niña mayor de un año y menor de quince o dieciocho años de edad, según corresponda, afectado o afectada por una condición grave de salud. También serán beneficiarios del Seguro el trabajador o la trabajadora que tenga a su cargo el cuidado personal de dicho niño o niña, otorgado por resolución judicial.

Artículo 4.- De las prestaciones del Seguro. Los trabajadores afiliados al Seguro tendrán derecho, cumpliendo los requisitos establecidos en esta ley, a un permiso para ausentarse justificadamente de su trabajo durante un tiempo determinado y al pago de un subsidio que reemplaza total o parcialmente su remuneración o renta mensual, durante el periodo que el hijo o hija requiera atención, acompañamiento o cuidado personal.

Artículo 5.- Requisitos de acceso al Seguro. Para acceder a las prestaciones del Seguro los trabajadores deberán estar afiliados a él y cumplir los siguientes requisitos:

a) Los trabajadores dependientes deberán tener una relación laboral vigente a la fecha de inicio de la licencia médica y registrar, a lo menos, ocho cotizaciones previsionales mensuales, continuas o discontinuas, en los últimos veinticuatro meses anteriores a la fecha de inicio de la licencia médica. Las tres últimas cotizaciones más próximas al inicio de la licencia deberán ser continuas.

b) Los trabajadores 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. Las cinco últimas cotizaciones más próximas al inicio de la licencia deberán ser continuas. Además, estos trabajadores deberán encontrarse al día en el pago de las cotizaciones para pensiones, salud, el seguro de la ley N° 16.744 y para el Seguro contemplado en esta ley. Para los efectos de esta ley se considerara que se encuentran al día quienes hayan pagado las cotizaciones para pensiones, salud, el seguro de la ley N° 16.744 y el Seguro creado por esta ley, el mes inmediatamente anterior al inicio de la licencia.

c) Contar con una licencia médica emitida de conformidad a lo establecido en el artículo 13, junto con los demás documentos y certificaciones que correspondan.

Artículo 6. - Requisitos de acceso al Seguro para el trabajador temporal cesante. Si a la fecha de inicio de la licencia médica el trabajador o la trabajadora no cuentan con un contrato de trabajo vigente, tendrá derecho a las prestaciones del Seguro cuando cumpla copulativamente con los siguientes requisitos:

a) Tener doce o más meses de afiliación previsional con anterioridad a la fecha de inicio de la licencia médica.

b) Registrar, a lo menos, ocho cotizaciones previsionales mensuales, continuas o discontinuas, en calidad de trabajador dependiente, en los últimos veinticuatro meses anteriores a la fecha de inicio de la licencia médica.

c) Las tres últimas cotizaciones registradas, dentro de los ocho meses anteriores al inicio de la licencia médica, deberán ser en virtud de un contrato a plazo fijo o por obra, trabajo o servicio determinado.

Párrafo segundo

De las contingencias protegidas por el Seguro

Artículo 7.- Contingencia protegida. La contingencia protegida por el Seguro es la condición grave de salud de un niño o niña. Constituyen una condición grave de salud las siguientes:

a) Cáncer.

b) Trasplante de órgano sólido.

c) Desahucio o estado terminal.

d) Accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente.

En los casos de las letras a), b) y c) serán causantes del beneficio los niños y niñas mayores de un año y menores de dieciocho años de edad. En el caso de la letra d) serán causantes del beneficio los niños y niñas mayores de un año y menores de quince años de edad.

Artículo 8.- Condiciones de acceso en caso de cáncer. Las condiciones de acceso y acreditación en caso de cáncer son las siguientes:

a) Que la condición de salud del niño o niña forme parte de las patologías consideradas dentro de las Garantías Explícitas en Salud establecidas en la ley N° 19.966 y sus reglamentos, en sus etapas de sospecha, confirmación diagnóstica y recidiva.

b) Licencia médica extendida por el médico tratante.

Artículo 9.- Condiciones de acceso en caso de trasplante. Las condiciones de acceso y acreditación en caso de trasplante de órgano sólido son las siguientes:

a) Que se trate del trasplante de un órgano sólido de acuerdo a lo establecido en la ley N° 19.451, que establece normas sobre trasplante y donación de órganos, y su reglamento.

b) Que se haya efectuado el trasplante. En los casos en que no se haya efectuado el trasplante y el niño o niña se encuentre inscrito en el registro nacional de potenciales receptores de órganos a cargo del Instituto de Salud Pública de Chile, priorizado como urgencia médica, se requerirá un certificado emitido por la Coordinadora Nacional de Trasplante que acredite esta circunstancia.

c) Licencia médica extendida por el médico tratante.

Artículo 10.- Condiciones de acceso en caso de desahucio o estado terminal. El desahucio o estado terminal es aquella condición de salud en que no existe recuperación de la salud del niño o niña y su término se encuentra determinado por la muerte. Se incluye dentro de esta condición de salud el tratamiento destinado al alivio del dolor y los cuidados paliativos por cáncer avanzado.

Las condiciones de acceso y acreditación son las siguientes:

a) En caso de desahucio o estado terminal se requerirá un informe o declaración escrita expedida por el médico tratante que acredite la condición de salud del niño o niña, ratificada por el Comité de Ética Asistencial establecido en la ley N° 20.584 y su reglamento.

b) En caso de tratamiento destinado al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado, se requerirá que la condición de salud del niño o niña forme parte

de las patologías consideradas dentro de las Garantías Explícitas en Salud establecidas en la ley N° 19.966 y sus reglamentos.

c) Licencia médica extendida por el médico tratante.

Artículo 11.- Condiciones de acceso en caso de accidente grave. Las condiciones de acceso y acreditación en caso de accidente grave con riesgo de muerte o de secuela funcional grave y permanente son las siguientes:

a) Informe o declaración escrita expedida por el médico tratante que acredite:

1) Que el niño o niña se encuentra afectado por un cuadro clínico severo derivado de un accidente grave, y

2) Que el cuadro clínico implique alto riesgo vital o de secuela funcional severa y permanente que requiera rehabilitación intensiva para su recuperación.

b) Documento o certificado que acredite que el niño o niña se encuentre hospitalizado o sujeta a un proceso de rehabilitación funcional intensiva o a cuidados especializados en el domicilio.

c) Licencia médica extendida por el médico tratante.

Artículo 12.- Reglamentos de ejecución. Uno o más reglamentos conjuntos de los Ministerios de Salud y del Trabajo y Previsión Social, suscrito además por el Ministro o Ministra de Hacienda, fijarán las normas para la adecuada aplicación y acreditación de lo dispuesto en los artículos 8, 9, 10 y 11, incluidas las normas relativas a la emisión de las licencias médicas y los demás antecedentes documentales.

Título Segundo

De las Prestaciones del Seguro

Párrafo primero

De la licencia médica y el permiso

Artículo 13.- Licencia médica. La licencia médica será otorgada al trabajador o trabajadora por el médico tratante del niño o niña y en ella deberá certificarse la ocurrencia de alguna de las condiciones graves de salud señaladas en el artículo 7.

La licencia médica se otorgará por períodos de hasta quince días, salvo lo dispuesto en el inciso sexto del artículo siguiente, pudiendo ser prorrogada por períodos iguales, sea en forma continua o discontinua. Con todo, la suma de los días correspondientes a cada licencia no podrá exceder de los plazos máximos establecidos en el artículo siguiente.

En el caso de la contingencia señalada en la letra d) del artículo 7, la licencia médica sólo podrá otorgarse a partir del día décimo primero de ocurrido el accidente.

El uso, extensión y control de las licencias médicas se regirá por el o los reglamentos establecidos en el artículo anterior y las demás normas vigentes, especialmente lo dispuesto en la ley N° 20.585, sobre otorgamiento y uso de licencias médicas.

Artículo 14.- Duración del permiso. El permiso para cada trabajador o trabajadora en caso de cáncer tendrá una duración de hasta noventa días, por cada hijo o hija afectado por esa condición grave de salud, dentro de un periodo de doce meses, contados desde el inicio de la primera licencia médica. El permiso podrá ser usado por hasta dos periodos continuos respecto del mismo diagnóstico.

El permiso para cada trabajador o trabajadora en caso de trasplante de órgano sólido tendrá una duración de hasta noventa días, por cada hijo o hija afectado por esa condición grave de salud, respecto del mismo diagnóstico, contados desde el inicio de la primera licencia médica.

En los casos de desahucio o estado terminal el permiso para cada trabajador o trabajadora tendrá una duración total de hasta sesenta días, por cada hijo o hija afectado por esa condición grave de salud, respecto del mismo diagnóstico, contados desde el inicio de la primera licencia.

El permiso para cada trabajador o trabajadora por accidente grave tendrá una duración máxima de hasta cuarenta y cinco días, en relación al evento que lo generó, por cada hijo o hija afectado por esa condición grave de salud, contados desde el inicio de la primera licencia médica.

Si el padre y la madre son trabajadores con derecho al Seguro podrán hacer uso del permiso conjunta o separadamente, según ellos lo determinen.

Los permisos establecidos en este artículo podrán usarse por media jornada en aquellos casos en que el médico tratante prescriba que la atención, el acompañamiento o el cuidado personal del hijo o hija pueda efectuarse bajo esta modalidad. Para efectos del cálculo de la duración del permiso se entenderá que las licencias médicas otorgadas por media jornada equivalen a medio día. Las licencias médicas por media jornada en los casos de cáncer, trasplante de órgano sólido y desahucio podrán tener una duración de hasta treinta días cada una de ellas.

Durante el goce del permiso que regula esta ley se aplicará lo dispuesto en el inciso tercero del artículo 161 del Código del Trabajo.

Artículo 15.- Regla especial de uso del permiso para el padre, madre o tercero que tenga el cuidado personal por resolución judicial. Cuando ambos padres sean

trabajadores con derecho a las prestaciones del Seguro, el padre o la madre que tenga el cuidado personal del hijo o hija otorgado por resolución judicial decidirá cuál de los padres hará uso del permiso que corresponde a aquel que no tiene el cuidado personal.

Esta decisión deberá ser comunicada al empleador del padre o la madre que hará uso del permiso, a la entidad pagadora del subsidio y a las demás instituciones y entidades encargadas de la gestión del Seguro, en la forma y plazos que establezca el procedimiento fijado por la Superintendencia de Seguridad Social.

Cuando el cuidado personal del niño o niña lo tenga un tercero distinto del padre o la madre, otorgado por resolución judicial, sólo éste podrá hacer uso del permiso, en los mismos términos que el padre o la madre.

Párrafo segundo **Del subsidio**

Artículo 16.- Subsidio. El trabajador o trabajadora que haga uso del permiso establecido en el artículo 14 tendrá derecho al pago de un subsidio con cargo al Seguro por todo el período de duración del permiso, si cumple con los requisitos de afiliación y cotización regulados en esta ley.

El monto diario del subsidio de los trabajadores dependientes se calculará sobre la base del promedio de las remuneraciones netas y de los subsidios por incapacidad de origen común, laboral o maternal o bien, de este Seguro, percibidos en los últimos tres meses calendarios anteriores más próximos al inicio del permiso.

Se entienden por remuneraciones netas para la determinación de la base de cálculo la remuneración imponible respecto de la que se hayan efectuado las cotizaciones, con deducción de las cotizaciones de cargo del trabajador y de los impuestos, en su caso.

Tratándose de los trabajadores independientes el subsidio se calculará sobre la base de las rentas netas y subsidios percibidos dentro de los cinco meses anteriores más próximos al mes en que se inicia el permiso.

El subsidio a que da lugar esta ley será imponible para previsión y salud de conformidad al artículo 17 del decreto ley N° 3.500, de 1980. Durante el período en que el trabajador esté percibiendo este subsidio el empleador deberá continuar declarando y pagando las cotizaciones que son de su cargo.

En todo lo no previsto en este artículo se aplicarán al subsidio establecido en esta ley, en cuanto sea compatible con su naturaleza, las reglas establecidas en el decreto con fuerza de ley N° 44, de 1978, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, que fija normas comunes para subsidios por incapacidad laboral de los trabajadores dependientes del sector privado, con excepción de los artículos 10 y 11. Respecto de

los trabajadores independientes, se aplicarán las normas del Párrafo 2° del Título II del Libro II del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de la leyes N° 18.933 y N° 18.469.

Artículo 17.- Reglas aplicables al subsidio para el trabajador temporal cesante. En el caso de los trabajadores cesantes señalados en el artículo 6, el monto diario del subsidio se calculara sobre la base del promedio de las remuneraciones netas y de los subsidios por incapacidad de origen común, laboral o maternal o bien, de este Seguro, percibidos en los últimos doce meses calendarios anteriores y más próximos al inicio del permiso.

Artículo 18.- Del tope del subsidio. El monto del subsidio por los días que correspondan a la primera mitad de los períodos de duración máxima del permiso establecido en el artículo 14, equivaldrá al 100% de las remuneraciones o rentas netas del trabajador o trabajadoras calculadas de acuerdo al procedimiento establecido en los artículos 16 y 17.

El monto del subsidio por el tiempo restante para completar el plazo máximo de duración del permiso corresponderá al 80% de las remuneraciones o rentas netas del trabajador o trabajadora, calculadas de la misma forma indicada en el inciso anterior.

Artículo 19.- Incompatibilidades. Las prestaciones del Seguro son incompatibles con el pago del subsidio por incapacidad de origen común o laboral, del subsidio por descanso maternal, incluido el tiempo de descanso postnatal parental o por el permiso por enfermedad grave del niño menor de un año, y se suspenderán por estas causas. Asimismo, será incompatible con el uso de feriado legal o permiso con goce de remuneración, en su caso.

Solamente se podrá hacer uso del Seguro una vez finalizados los permisos o descansos señalados en el inciso anterior. Sin perjuicio de lo dispuesto en este artículo, serán compatibles con el pago de subsidio de origen común, laboral o de otro beneficio de protección a la maternidad utilizado en jornada parcial con lo dispuesto en inciso sexto del artículo 14.

Párrafo tercero

Del procedimiento para el otorgamiento de las prestaciones del Seguro

Artículo 20.- Presentación de la licencia médica. La licencia médica será presentada por el trabajador o la trabajadora al empleador, acompañada de los antecedentes respectivos.

El empleador remitirá la licencia médica y los demás antecedentes a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez. En el caso de los trabajadores independientes, éstos

presentarán la licencia médica y la documentación correspondiente en forma directa a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.

En todo lo no regulado expresamente en este párrafo se aplicara supletoriamente lo dispuesto en el decreto supremo N° 3, de 1984, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento de autorización de licencias médicas por las COMPIN e instituciones de salud previsional, en cuanto sea compatible con lo establecido en este Párrafo.

Artículo 21.- Proceso de calificación. La calificación medica corresponderá a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, en adelante "la Comisión". Será competente para conocer de la calificación de la licencia médica la Comisión del lugar donde presta sus servicios el trabajador o la trabajadora o la del domicilio del trabajador o trabajadora independiente, en su caso.

La Comisión consultará los requisitos de elegibilidad establecidos en los artículos 5 y 6 y el número de días autorizados al trabajador o trabajadora con cargo a este Seguro, de acuerdo al procedimiento y a los mecanismos de verificación que establezca la Superintendencia de Seguridad Social. Para tal efecto las entidades recaudadoras deberán contar con un sistema electrónico de consulta en línea.

La Comisión dispondrá de un plazo de siete días hábiles para revisar la licencia médica y los demás antecedentes y pronunciarse sobre la procedencia del permiso. Este plazo será prorrogable por siete días hábiles más. De no ser observada dentro de estos plazos la licencia médica se entenderá aprobada.

La autorización o rechazo de la licencia médica será comunicada por la Comisión al trabajador o la trabajadora y al empleador, preferentemente en forma electrónica. Las licencias médicas autorizadas deberán comunicarse también a la entidad pagadora, en forma electrónica.

Artículo 22.- Cálculo y pago del subsidio. Las entidades pagadoras calcularán el monto del subsidio a que tiene derecho el trabajador o trabajadora de acuerdo a lo establecido en los artículos 16, 17 y 18.

El subsidio se pagará con la misma periodicidad que la remuneración, sin que pueda ser, en caso alguno, superior a un mes.

El pago de los subsidios será realizado por las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda.

Título Tercero **Del Financiamiento del Seguro y del Fondo**

Párrafo primero **Del Fondo para el Acompañamiento de los Niños y Niñas**

Artículo 23.- El Fondo. El Fondo del Seguro para el Acompañamiento de los Niños y Niñas, en adelante el "Fondo", tiene como objetivo financiar las prestaciones que otorga este Seguro, de acuerdo al artículo 3 de la ley N° 21.010.

Este Fondo tendrá un patrimonio independiente y separado del patrimonio de la entidad que lo administre o gestione.

Artículo 24.- Financiamiento del Fondo. El Fondo se financiará con los siguientes recursos:

a) Con una cotización mensual de un 0,03% de las remuneraciones o rentas imponibles de los trabajadores dependientes e independientes, de cargo del empleador o de estos últimos, establecida en el artículo 3 de la ley N° 21.010.

b) Con la cotización para este Seguro que proceda durante los períodos en que el trabajador o la trabajadora este haciendo uso de él y por los periodos de incapacidad laboral temporal de origen común, maternal o de la ley N° 16.744, de cargo del empleador.

c) Con el producto de las multas, reajustes e intereses que se apliquen en conformidad a la ley N° 17.322.

d) Con las utilidades o rentas que produzca la inversión de los recursos anteriores.

Artículo 25.- Destino del Fondo. Los recursos del Fondo se destinarán a financiar:

a) El pago de los subsidios a que da lugar el Seguro.

b) El pago de las cotizaciones previsionales y de salud que procedan durante el uso del Seguro.

c) El pago de los gastos de administración, gestión, fiscalización y todo otro gasto en que incurran las instituciones y entidades que participan en la gestión del Seguro.

Párrafo segundo **De las cotizaciones**

Artículo 26.- Cotizaciones. El empleador deberá cotizar por todos sus trabajadores.

La cotización establecida en la letra a) del artículo 24 se calculará sobre las remuneraciones o rentas imponibles de los trabajadores, según corresponda, hasta el tope máximo vigente establecido en el artículo 16 del decreto ley N° 3.500, de 1980, consideradas al último día del mes anterior al pago.

Para los efectos de lo dispuesto en la presente ley se considerara remuneración la señalada en el artículo 41 del Código del Trabajo y renta imponible la señalada en los artículos 90 y 92-K del decreto ley N° 3.500 de 1980.

Si un trabajador o trabajadora desempeña dos o más empleos se deberán efectuar cotizaciones por cada una de las remuneraciones y, en cada una, hasta el tope a que se refiere el inciso segundo de este artículo. En lo demás, se aplicara lo dispuesto en el artículo 16 del decreto ley N° 3.500, de 1980.

En caso de incapacidad laboral temporal del trabajador o trabajadora de origen común, maternal, de la ley N° 16.744 o cuando el trabajador o trabajadora haga uso de este Seguro, el empleador deberá continuar declarando y pagando la cotización para el financiamiento de este Seguro. Por su parte la entidad pagadora del Seguro deberá enterar las cotizaciones para previsión y salud de cargo del trabajador en los organismos que correspondan.

Las cotizaciones que pague el empleador para este Seguro durante el periodo en que el trabajador o trabajadora este haciendo uso del deberán efectuarse sobre la base de la última remuneración imponible enterada para el Seguro, correspondiente al mes anterior a aquel en que se haya iniciado el permiso.

Durante el período en que un trabajador independiente esté haciendo uso de un permiso por incapacidad laboral temporal de origen común, maternal, de la ley N° 16.744 o cuando esté haciendo uso de este Seguro, se encontrará exento de la obligación de contribuir al Seguro creado por esta ley. Con todo, para los efectos de acceder a sus beneficios, se entenderá que el trabajador independiente ha cumplido con el requisito relativo al pago de la cotización señalada en la letra a) del artículo 24.

Para todos los efectos legales estas cotizaciones tendrán el carácter de cotización de seguridad social.

Artículo 27.- Entidad recaudadora. La recaudación de las cotizaciones se efectuará por las Mutualidades de Empleadores y el Instituto de Seguridad Laboral, conjuntamente con las demás cotizaciones que recaudan para el financiamiento del seguro de la ley N° 16.744.

Artículo 28.- Obligación de pago de las cotizaciones. La declaración y pago de las cotizaciones de este Seguro se regirán por las reglas establecidas en el artículo 19 del decreto ley N° 3.500, de 1980.

El pago de las cotizaciones de los trabajadores independientes se regirá por las normas relativas al pago provisional de las cotizaciones establecido en el inciso cuarto del artículo 92 del decreto ley N° 3.500, de 1980.

Artículo 29.- Mantención de las prestaciones del Seguro. Las cotizaciones declaradas y no pagadas por el empleador se reputarán enteradas para los efectos que los trabajadores accedan a las prestaciones que otorga este Seguro.

Artículo 30.- Cobro de cotizaciones. Corresponderá a la entidad recaudadora respectiva perseguir el cobro de las sumas adeudadas.

A las cotizaciones del Seguro le serán aplicables las normas de la ley N° 17.322 y gozarán de los mismos privilegios y garantías que las otras cotizaciones previsionales.

Párrafo tercero

De la administración financiera del Fondo

Artículo 31.- Entero de los recursos al Fondo. Los ingresos recibidos por las entidades recaudadoras del Seguro serán depositados mensualmente en una cuenta única que será llevada por la entidad administradora del Fondo, dentro de los cinco días siguientes al vencimiento del plazo legal en que las entidades recaudadoras reciben las cotizaciones correspondientes, término que se prorrogará hasta el primer día hábil siguiente si dicho plazo expirare en día sábado, domingo o festivo.

Artículo 32.- Administración financiera del Fondo. La administración financiera del Fondo estará a cargo de una persona jurídica de derecho privado, constituida en la República de Chile, en adelante "la entidad administradora", que tendrá por objeto exclusivo la administración del Fondo, la inversión de sus recursos y los giros que se dispongan de conformidad con esta ley.

La entidad administradora será determinada mediante licitación pública.

Artículo 33.- Licitación y adjudicación del Fondo. La licitación y la adjudicación del servicio se regirán por las normas establecidas en la presente ley y las respectivas bases de licitación, las que serán aprobadas por resolución de la Superintendencia de Seguridad Social, previa aprobación del Ministerio de Hacienda.

Las bases de licitación de la administración financiera del Fondo deberán contemplar, a lo menos, los requisitos de postulación; las garantías que deberán otorgar los oferentes; los criterios de idoneidad de las entidades postulantes; los criterios de adjudicación; la forma de determinación de la retribución por la administración del Fondo; las condiciones bajo las cuales la licitación se declararía desierta, las obligaciones que le corresponderán a la entidad que resulte adjudicada y la duración del contrato de administración, que en ningún caso podrá ser inferior a tres años ni superior a diez años.

Podrán postular a esta licitación las personas jurídicas, nacionales o extranjeras, que cumplan con lo establecido en las bases de licitación.

La Superintendencia de Seguridad Social efectuará un proceso de precalificación de los postulantes a la licitación con el fin de asegurar su idoneidad técnica, económica y financiera.

Si no hubiere interesados en la licitación o ésta fuere declarada desierta deberá llamarse, dentro de los treinta días siguientes, a una nueva licitación pública. Dicho plazo se contará desde la fecha de la resolución que declara desierta la licitación. En este caso, la Superintendencia de Seguridad Social deberá resolver la administración transitoria del Fondo.

La licitación se adjudicará evaluando las ofertas técnicamente aceptables atendiendo, a lo menos, a factores tales como el costo de administración y la calificación técnica para la prestación del servicio. La definición de estos factores y su forma de aplicación para adjudicar la prestación del servicio serán establecidas en las respectivas bases de licitación.

La adjudicación será realizada a través de una resolución dictada por la Superintendencia de Seguridad Social con aprobación previa del Ministerio de Hacienda. Esta resolución será publicada en el Diario Oficial.

Artículo 34.- Contrato de administración. La entidad adjudicataria estará obligada a constituir, en el plazo de sesenta días contado desde la publicación en el Diario Oficial de la resolución mencionada en el artículo anterior y con los requisitos que las bases de licitación establezcan, una sociedad comercial de nacionalidad chilena o agencia de la empresa extranjera constituida en Chile, con quien se celebrará el contrato de administración y su objeto exclusivo será el mencionado en el artículo 32.

La entidad administradora será de duración indefinida y subsistirá hasta el cumplimiento del plazo de vigencia del contrato de administración respectivo.

El contrato de administración será suscrito por la Superintendencia de Seguridad Social y aprobado por resolución de la misma Superintendencia. Se entenderán incorporadas al contrato las bases de licitación.

Existirá separación patrimonial entre los recursos propios de la entidad administradora y los del Fondo. La entidad administradora no tendrá dominio sobre el patrimonio que constituye el Fondo y tampoco podrá darlo en garantía. Los bienes y derechos que componen el patrimonio del Fondo serán inembargables.

Durante la vigencia del contrato, la entidad administradora deberá asegurar la continuidad de la prestación del servicio en condiciones de absoluta normalidad y en forma ininterrumpida. El incumplimiento de esta obligación constituirá infracción grave de las obligaciones de la entidad administradora.

La entidad administradora podrá celebrar contratos de prestación de servicios con entidades externas, según lo que al respecto establezcan las bases de licitación y el contrato de administración del Fondo.

La entidad administradora deberá presentar, a lo menos, semestralmente a la Superintendencia de Seguridad Social un informe que contendrá, respecto del periodo respectivo, los ingresos obtenidos, las cotizaciones enteradas, los egresos, la cartera de inversiones, la rentabilidad y los demás antecedentes que se establezcan en las bases de licitación.

Artículo 35.- Término del contrato de administración. El contrato de administración termina por las siguientes causales:

- a) Cumplimiento del plazo del contrato.
- b) Acuerdo entre la Superintendencia de Seguridad Social y la entidad que se adjudique la licitación.
- c) Infracción grave de las obligaciones que impone el contrato por parte de la entidad administradora
- d) Insolvencia de la entidad administradora.
- e) Las que se estipulen en las bases de licitación.

Para dar término al contrato de administración y proceder a su liquidación se requerirá previamente contar con la aprobación de la cuenta de liquidación por parte de la Superintendencia de Seguridad Social. Igual procedimiento se seguirá cuando se ponga término a la sociedad por haberse cumplido su objetivo.

Artículo 36.- Infracciones graves. La declaración de infracción grave de las obligaciones que impone el contrato por parte de la entidad administradora o de insolvencia de esta corresponderá a la Superintendencia de Seguridad Social, a través de un procedimiento racional y justo, y deberá estar fundada en alguna de las causales establecidas en esta ley, en las bases de licitación o en el contrato de administración del Fondo.

La Superintendencia de Seguridad Social deberá llamar a licitación pública en el plazo de sesenta días contado desde la declaración de la infracción grave o la insolvencia, con el objeto de seleccionar a la nueva entidad que se adjudicará la licitación.

Producida alguna de las situaciones mencionadas en el inciso primero cesará la prestación del servicio de la entidad administradora. En este caso, la Superintendencia

de Seguridad Social deberá adoptar todas las medidas necesarias para la continuidad operativa del servicio.

Artículo 37.- Inversión de los recursos del Fondo. Los recursos del Fondo se invertirán en los instrumentos financieros señalados en las letras a), b), c), d), e), g), h), i) y k) del artículo 45 del decreto ley N° 3.500, de 1980.

Las normas que establezcan los criterios de elegibilidad de emisores y diversificación serán determinadas por el Ministerio de Hacienda.

Las inversiones que se efectúen con recursos del Fondo tendrán como único objetivo la obtención de una adecuada rentabilidad que asegure el otorgamiento de los beneficios establecidos en esta ley.

Artículo 38.- Reglas de operación del Fondo. La contabilidad y la programación de los ingresos y egresos del Fondo se sujetarán a las siguientes reglas:

a) Mensualmente cada una de las entidades recaudadoras enviará a la Superintendencia de Seguridad Social y a la entidad administradora del Fondo, la información sobre los ingresos percibidos por concepto de este Seguro en el mes respectivo. La información será enviada en la forma y con el detalle que establezca la Superintendencia. La entidad administradora informará mensualmente a la Superintendencia los ingresos totales del Fondo. La Superintendencia consolidará la información entregada por las entidades recaudadoras y por la entidad administradora. La información será de carácter público y se difundirá a través del sitio web de la Superintendencia.

b) Las entidades pagadoras informarán mensualmente a la Superintendencia de Seguridad Social y a la entidad administradora del Fondo, los requerimientos estimados de recursos para los pagos que deberán efectuar por concepto de subsidios. Los contenidos de estos informes serán determinados por una norma de la Superintendencia. Las entidades pagadoras que no remitan oportunamente los presupuestos y programas de egresos a la Superintendencia y a la entidad administradora deberán solventar el pago de los subsidios con recursos propios, sin perjuicio de los ajustes que ordene la Superintendencia en los períodos posteriores.

c) La Superintendencia de Seguridad Social determinará mediante una norma de carácter general las modalidades y procedimientos que seguirá la entidad administradora del Fondo para efectuar las transferencias de los recursos a las entidades pagadoras.

d) Las entidades pagadoras deberán rendir mensualmente a la entidad administradora los recursos recibidos para el pago de los subsidios, de conformidad con las normas que fije la Superintendencia de Seguridad Social para estos efectos. Las entidades

pagadoras deberán llevar un registro de los días autorizados y pagados a cada trabajador o trabajadora.

Artículo 39.- Gasto de administración. Los gastos de administración de las instituciones y entidades que participan de la recaudación de las cotizaciones, del pago de los subsidios, de la gestión, administración y fiscalización del Seguro no podrán exceder, en conjunto, del 8% de las cotizaciones recaudadas en cada año.

Un reglamento del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, suscrito por el Ministro o Ministra de Hacienda, establecerá los factores y los mecanismos para determinar la asignación de los gastos de administración del Seguro.

Por resolución anual de la Superintendencia de Seguridad Social, visada por la Dirección de Presupuestos, se establecerán los montos asignados para los gastos de administración entre las instituciones y entidades participantes de la gestión, administración y fiscalización del Seguro.

Artículo 40.- Regla de sustentabilidad del fondo. El valor total de los beneficios a pagar con cargo al Fondo en un mes determinado no podrá exceder el 16% del valor acumulado en el Fondo al último día del mes anterior.

Si el valor total de los beneficios a pagar en el mes, con cargo al Fondo, excediere el monto indicado en el inciso anterior, el beneficio a pagar a cada afiliado se disminuirá proporcionalmente conforme al valor total de beneficios que pueda financiar el Fondo de acuerdo al inciso anterior. En estos casos la Superintendencia de Seguridad Social determinará la rebaja y los montos finales que se pagarán a cada beneficiario por concepto de subsidios.

Artículo 41.- Estudio actuarial. La Dirección de Presupuestos y la Superintendencia de Seguridad Social deberán cada cinco años realizar o encargar la realización de un estudio actuarial que permita evaluar la sustentabilidad del Fondo. Asimismo, este estudio deberá realizarse cada vez que se proponga una modificación legal a las prestaciones otorgadas por el Seguro, a sus condiciones de acceso o a cualquier variable que afecte los ingresos o gastos esperados del Fondo. Dicho estudio deberá, a lo menos, considerar un análisis sobre el efecto de la modificación en los ingresos y gastos del Fondo. Los resultados del estudio actuarial serán públicos.

Título Cuarto

De las facultades de la Superintendencia de Seguridad Social y de las sanciones penales

Artículo 42.- Funciones y atribuciones de la Superintendencia de Seguridad Social. La Superintendencia de Seguridad Social ejercerá las funciones y atribuciones de supervigilancia, control, regulación, fiscalización y sanción respecto del Seguro. Para

estos efectos, la Superintendencia estará investida de las mismas facultades que su normativa legal le otorgue respecto de los organismos sometidos a su fiscalización.

En el ejercicio de estas funciones y atribuciones, la Superintendencia de Seguridad Social podrá dictar normas e instrucciones que serán obligatorias para todas las instituciones o entidades que participen en la gestión del Seguro, en la recaudación de las cotizaciones, en la calificación de las contingencias y en el otorgamiento y pago de sus beneficios.

Artículo 43.- De las apelaciones y reclamaciones. A la Superintendencia de Seguridad Social le corresponderá resolver las apelaciones efectuadas en contra de las resoluciones emitidas por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez.

El trabajador o trabajadora podrá recurrir a la Superintendencia de Seguridad Social cuando estime que el rechazo o modificación de la licencia médica fue injustificado o cuando las prestaciones pecuniarias que recibe son menores a las que le corresponden. El reclamo deberá presentarse, preferentemente, en forma electrónica, señalando sus fundamentos.

La Superintendencia de Seguridad Social conocerá del reclamo y resolverá las apelaciones en única instancia, para lo cual tendrá acceso directo a toda la información que sea necesaria para el otorgamiento del permiso y del subsidio establecidos en esta ley y podrá requerir informe a las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez, a las Mutualidades de Empleadores y al Instituto de Seguridad Laboral, según corresponda, organismos que deberán emitir sus informes, a más tardar, dentro de los cinco días hábiles siguientes al requerimiento.

Artículo 44.- Sanciones penales. Todo aquel que con el objeto de percibir beneficios indebidos del Seguro para sí o para terceros proporcione, declare o entregue a sabiendas datos o antecedentes falsos, incompletos o erróneos, será sancionado con las penas establecidas en el artículo 467 del Código Penal.

Sin perjuicio de las penas aplicadas en conformidad al inciso precedente, el infractor deberá restituir al Fondo las sumas indebidamente percibidas, reajustadas en conformidad a la variación que experimente el Índice de Precios al Consumidor determinado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace, entre el mes anterior a aquél en que se percibieron dichas sumas y el que antecede a la restitución. Las cantidades así reajustadas devengarán además el interés penal mensual establecido en el artículo 53 del Código Tributario.

La responsabilidad de realizar las gestiones necesarias para la restitución de las sumas indebidamente percibidas corresponderá a las entidades pagadoras, sin perjuicio de las facultades de la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo 45.- Sanciones por otorgamiento de certificaciones médicas sin fundamento. En caso que el profesional médico que certifique la condición de gravedad del niño o niña lo haga con evidente ausencia de fundamento médico, la Superintendencia de Seguridad Social, de oficio o mediante denuncia del empleador del beneficiario o de las entidades recaudadoras, podrá, si existe mérito para ello, iniciar una investigación, siendo aplicable lo dispuesto en el artículo 5 de la ley N°20.585.

Artículo 46.- Sanciones por conflicto de interés y uso de información privilegiada. Se aplicarán las penas de presidio menor en su grado medio a presidio mayor en su grado mínimo, a los directores, gerentes, apoderados, liquidadores, operadores de mesa de dinero y trabajadores de la entidad administradora del Fondo, que en razón de su cargo y posición y valiéndose de información privilegiada de aquella que trata el título XXI de la ley 18.045:

a) Ejecuten un acto, por sí o por intermedio de otras personas, con el objeto de obtener un beneficio pecuniario para sí o para otros, mediante cualquier operación o transacción de valores de oferta pública.

b) Divulguen información privilegiada relativa a las decisiones de inversión del Fondo a personas distintas de las encargadas de efectuar las operaciones de adquisición y enajenación de valores de oferta pública por cuenta o en representación del Fondo.

Artículo segundo.- Reemplázase el artículo 199 bis del Código del Trabajo por el siguiente:

"Art. 199 bis. Cuando la salud de un niño o niña mayor de un año y menor de dieciocho años de edad, requiera el cuidado personal de su padre o madre con motivo de un accidente grave o de una enfermedad grave, aguda y con riesgo de muerte, tanto el padre como la madre trabajadores tendrán derecho a un permiso para ausentarse de su trabajo por el número de horas equivalentes a diez jornadas ordinarias de trabajo al año, distribuidas a elección del trabajador o trabajadora en jornadas completas, parciales o combinación de ambas, las que se consideraran como trabajadas para todos los efectos legales. El accidente o la enfermedad deberán ser acreditadas mediante certificado otorgado por el médico que tenga a su cargo la atención del niño o niña.

Si el padre y la madre son trabajadores podrán usar este permiso conjunta o separadamente.

Cuando el cuidado personal del niño o niña lo tenga un tercero distinto del padre o la madre, otorgado por resolución judicial, sólo éste podrá hacer uso del permiso, en los mismos términos que el padre o la madre.

Cuando él o la cónyuge, el o la conviviente civil o el padre o la madre del trabajador o trabajadora estén desahuciados o en estado terminal, el trabajador o la trabajadora podrá ejercer el derecho establecido en el inciso primero de este artículo, debiendo acreditarse esta circunstancia mediante certificado médico.

El tiempo no trabajado deberá ser restituido por el trabajador o trabajadora mediante imputación a su próximo feriado anual o laborando horas extraordinarias o a través de cualquier forma que convengan libremente las partes. En estos casos se aplicará lo dispuesto en el inciso final del artículo 32 y no se considerará el límite del inciso primero del artículo 31. Sin embargo, tratándose de trabajadores regidos por estatutos que contemplen la concesión de días administrativos, en primer lugar, el trabajador deberá hacer uso de ellos, luego podrá imputar el tiempo que debe reponer a su próximo feriado anual o a días administrativos del año siguiente al uso del permiso a que se refiere este artículo o a horas extraordinarias.

Asimismo, el trabajador y el empleador podrán utilizar y convenir directamente los mecanismos señalados en el artículo 375 y 376 de este Código para restituir y compensar el tiempo no trabajado.

En el evento de no ser posible aplicar los mecanismos señalados en los incisos anteriores se podrá descontar el tiempo equivalente al permiso obtenido de las remuneraciones mensuales del trabajador, en forma de un día por mes, lo que podrá fraccionarse según sea el sistema de pago, o en forma íntegra si el trabajador cesare en su trabajo por cualquier causa.

Iguales derechos y mecanismos de restitución serán aplicables a los padres, a la persona que tenga su cuidado personal o sea cuidador en los términos establecidos en la letra d) del artículo 6 de la ley N° 20.422, de un menor con discapacidad, debidamente inscrito en el Registro Nacional de la Discapacidad, o siendo menor de 6 años, con la determinación diagnóstica del médico tratante.

Lo dispuesto en el inciso precedente se aplicará, en iguales términos, tratándose de personas mayores de dieciocho años con discapacidad mental, por causa psíquica o intelectual, multidéficit, o bien, presenten dependencia severa.

La solicitud del permiso deberá formalizarse mediante cualquier medio escrito de comunicación interna de la empresa, ya sea físico o electrónico, acompañando el certificado médico correspondiente. Cumpliéndose los requisitos establecidos en este artículo, el empleador no podrá negarse a otorgar el permiso.

En todo caso, de la ausencia al trabajo se deberá dar aviso al empleador dentro de las 24 horas siguientes al ejercicio del derecho."

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo primero transitorio.- La presente ley entrará en vigencia a partir de su publicación en el Diario Oficial, sin perjuicio de las reglas especiales que se establecen en los artículos siguientes.

Artículo segundo transitorio.- A partir del 1 de diciembre de 2017, tendrán cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra a) del artículo 7 y los tratamientos destinados al alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado indicados en la letra b) del artículo 10, ambos establecidos en el artículo primero de esta ley.

A partir del 1 de diciembre de 2018, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra b) del artículo 7, establecido en el artículo primero de la presente ley.

A partir del 1 de diciembre de 2019, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra c) del artículo 7, establecido en el artículo primero de la presente ley.

A partir del 1 de diciembre de 2020, tendrá cobertura de este Seguro la contingencia señalada en la letra d) del artículo 7, establecido en el artículo primero de la presente ley.

Artículo tercero transitorio.- Los artículos 31 y 37 del artículo primero de la presente ley entrarán en vigencia dentro de los noventa días siguientes a la constitución de la entidad administradora del Fondo señalada en el Párrafo tercero del Título Tercero, también del artículo primero de esta ley.

En tanto se constituya e inicie sus operaciones la entidad administradora del Fondo, las funciones que le señala el artículo 38 serán cumplidas por las entidades recaudadoras bajo las instrucciones que para este efecto le imparta la Superintendencia de Seguridad Social. Asimismo, respecto de las materias señaladas en los artículos 31 y 37 regirán las normas establecidas en el artículo 5 de la ley N° 21.010 y las instrucciones impartidas por la Superintendencia de Seguridad Social.

Artículo cuarto transitorio.- La primera licitación para la adjudicación del servicio de la entidad administradora del Fondo será convocada por la Superintendencia de Seguridad Social dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo quinto transitorio.- Una vez que la entidad administradora entre en operaciones, las entidades recaudadoras deberán efectuar el traspaso de los recursos del Fondo que cada una de ellas administre, en forma pormenorizada, acompañado de un informe de los ingresos, egresos y operaciones del período, según las instrucciones y en los plazos que señale la Superintendencia de Seguridad Social para estos efectos.

Artículo sexto transitorio.- Si para el cumplimiento de los requisitos establecidos en los artículos 5 y 6, ambos establecidos en el artículo primero de esta ley, se requiere considerar meses anteriores a abril de 2017, se entenderán cumplidos para cada mes, si el trabajador o trabajadora registra pago de cotizaciones previsionales a las que haya estado obligado, según corresponda.

Artículo séptimo transitorio.- Durante el primer año de cobertura del Seguro, el proceso de calificación a que se refiere el artículo 21 establecido en el artículo primero de la presente ley corresponderá a la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez de la Región Metropolitana. Para tales efectos, las respectivas Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez receptoras deberán remitirle a la referida Comisión la totalidad de la documentación necesaria para su pronunciamiento.

Durante este mismo periodo y para efectos de esta ley, la licencia médica podrá ser reemplazada por un formulario que al efecto elabore la Superintendencia de Seguridad Social, en consulta al Ministerio de Salud.

Artículo octavo transitorio.- La regla contenida en el artículo 40 establecido en el artículo primero de la presente ley, será aplicable veinticuatro meses después del inicio de la primera contingencia cubierta por el Seguro que crea esta ley.

Artículo noveno transitorio.- El primer estudio actuarial señalado en el artículo 41, establecido en el artículo primero de la presente ley, deberá ser publicado dentro de los veinticuatro meses siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

Artículo décimo transitorio.- La cotización indicada en la letra a) del artículo 24 incorporado por el artículo primero de la presente ley, será implementada en la forma establecida en el artículo segundo transitorio de la ley N° 21.010."